



COMUNIDAD Y DROGAS
(Publicación trimestral)

Precio del ejemplar: 500 pts. (IVA incluido).
Suscripción anual: 2.000 pts. (4 números) (IVA incluido).
(Extranjero: 25 dólares USA).

Edita y distribuye:
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Publicaciones, Documentación y Biblioteca
Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

ISSN: 0213-5884
NIPO: 351-86-055-7
Deposito Legal: M-31.656-1986.

Imprime:
Rumagraf, S. A.
Nicolás Morales, 34. 28019 MADRID.

Director

D. Miguel Solans

Consejo de Redacción

D.ª Pilar Alvarez

D. Carlos Alvarez

D. Jaime Funes

D.ª M.ª Jesús Manovel

D. Ramón Mendoza

D. José Navarro

D. Pedro Oñate

D. Armando Peruga

D. Santiago de Torres

Secretario de Redacción

D. Francisco de Asis Rábago

EDITORIAL

ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS

- 9 SIDA: Prevalencia de la infección por VIH en los ADVP. Situación actual y posibilidades de actuación. Joaquim Camprubi.
- 23 Función de los profesionales de la salud en la reducción de la actual prevalencia de tabaquismo en España. Teresa Salvador.
- 41 El consumo de drogas en la provincia de Cádiz: un análisis cualitativo. Javier Blanco.
- 61 Dependencia de la cocaína. Lluís San, Gemma Pomarol y Lluís Torralba.

DOCUMENTACION

- 75 Informe de la Comisión de Investigación del Parlamento Europeo sobre el problema de las drogas en la Comunidad Europea (extracto).
- 85 Resolución del Parlamento Europeo sobre el uso indebido de la droga.

DIRECTORIO DE ORGANISMOS PUBLICOS

Nota a los colaboradores

Los artículos deberán dirigirse a: Secretario de Redacción de COMUNIDAD Y DROGAS. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

Los artículos se enviarán mecanografiados a doble espacio, por un solo lado, sin exceder de 40 folios. Se enviará también un resumen de 8-10 líneas de extensión. Las notas se mecanografiarán a un solo espacio, numeras y colocadas, bien a pie de página, bien al final del artículo.

Los artículos serán inéditos, de forma preferente; en caso de no ser así, se hará constar lugar y fecha de publicación.

El nombre y un breve «currículum» del autor deberán ir mecanografiados en hoja aparte.

La responsabilidad por las
opiniones expresadas en los
artículos publicados por
COMUNIDAD Y DROGAS recae
únicamente sobre sus autores.

Editorial

Líneas de actuación 1987-1988

Desde su aprobación por Consejo de Ministros en julio de 1985, ha transcurrido casi año y medio desde la instauración del Plan Nacional sobre Drogas (P.N.S.D.).

5

El balance de lo realizado en ese período de tiempo se presentará, de acuerdo con lo que establecen las disposiciones normativas que regulan la actuación de la Delegación del Gobierno para el P.N.S.D., en el primer trimestre de 1987 ante el Senado (Cámara que, hasta la fecha, ha asumido la competencia en esta materia y ante la que periódicamente, se rinden cuentas de la marcha del Plan).

No obstante, sin que se haya realizado aún ese balance, se está trabajando ya en las líneas de actuación para el bienio 1987-1988. Y esto es así, porque la problemática de la droga exige una reflexión y previsión constantes que permitan planificar, con la suficiente anticipación, las acciones a desarrollar en este campo que es todo, menos estático.

Señalaremos brevemente los sectores sobre los que se va a incidir en el bienio arriba mencionado:

— **Aspectos normativos.** Se prevé, por un lado, el establecimiento de una regulación básica de Centros de atención a drogodependientes. Por otro lado, está en estudio la posibilidad de que en determinados casos, el tratamiento rehabilitador sea una alternativa al cumplimiento de la pena en el supuesto de los toxicómanos delincuentes.

— **Prevención.** Fundamentalmente, a través de dos vías:

a) intensificando las acciones de educación preventiva con una participación mayor del Ministerio de Educación y Ciencia en el ámbito de sus competencias.

b) continuando la lucha contra el tráfico en una línea de especialización y coordinación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

En coordinación con lo anteriormente expuesto, se prestará una mayor atención a aquellos grupos de población, cuya actividad fundamental es el tráfico de drogas, y se desarrollarán programas que favorezcan la participación ciudadana en los planes de ayuda contra la drogadicción.

— **Asistencia y reinserción social.** Las acciones en este sector se orientan principalmente a:

a) Consolidar y completar la red pública de servicios de asistencia, ampliando los recursos existentes para responder adecuadamente a las demandas planteadas.

b) Mejora de la colaboración entre el sector público y el privado, avanzando en la definición del papel que le corresponde a cada uno de ellos, y apoyo al desarrollo del movimiento asociativo.

c) Estimular una mayor diversidad de modelos de tratamiento y reinserción social, aumentando los mecanismos de evaluación, de forma que se ofrezca a la sociedad una imagen clara y transparente de los recursos que la Administración Pública ofrece y los resultados que los mismos ponen de manifiesto.

d) Potenciar acciones que incidan en sectores de alto riesgo, como son los menores de reforma y los internos en instituciones penitenciarias.

— **Formación e investigación.** Se consideran aspectos importantes el establecimiento de criterios para la formación de profesionales, significando que en estos momentos, se ha de pasar de una fase de mentalización a otra de capacitación en temas concretos. Igualmente, se estudiará la acreditación de algunos Centros para capacitación de este personal y desarrollo de los correspondientes programas docentes, así como la puesta en marcha de sistemas de evaluación y seguimiento en Centros sanitarios y sociales.

— **Coordinación y Cooperación.** Las actuaciones a las que nos hemos referido en los apartados anteriores, exigen una estrecha coordinación y colaboración entre las distintas Administraciones Públicas e instituciones privadas implicadas; aspecto éste que, dada su importancia, seguirá acentuándose en el futuro.

Estudios y experiencias

Joaquim Camprubí*

SIDA: Prevalencia de la infección por VIH en ADVP. Situación actual y posibilidades de actuación

RESUMEN

Se describen las principales características de la infección por VIH, especialmente en ADVP. En España, el 53,6% de los casos de SIDA registrados son ADVP, mientras que el porcentaje de VIH+ en ADVP se encuentra entre el 40 y el 80%, variando según zonas y según el origen de la muestra. El porcentaje de seropositividad es tanto más alto, cuanto más años de ADVP. Ante esta situación y su tendencia previsible, se sugiere la inmediata adopción de medidas preventivas.

AIDS: Prevalence of infection by HIV in IVDA. Present situation and scope for action

SUMMARY

The main characteristics of infection by HIV, especially in IVDA, are described. In Spain, 53.6% of recorded AIDS cases are IVDA, whereas the percentage of HIV+ in IVDA stands at somewhere between 40 and 80%, varying according to areas and the origin of the sample. The seropositivity percentage rises in conjunction with the number of years of IVDA. In the face of this situation and its foreseeable tendency, the immediate adoption of preventive measures is suggested.

INTRODUCCION

DESDE que en 1982 se publicó el primer caso conocido del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en nuestro país (1), el número de enfermos ha ido creciendo progresivamente, llegando a registrarse un total de 177 casos en junio de 1986, que cumplen los criterios diagnósticos de

los Centers for Disease Control (CDC) de EE.UU. (2).

A pesar del escaso número de personas afectadas, las características de enfermedad infecciosa, su inicial vinculación a comportamientos culturalmente rechazados, la dificultad para su control y su elevada letalidad, han convertido al SIDA en uno de los problemas de salud pública que más aparecen en los medios de comunicación y más preocupan a la población, a los profesionales y a los poderes públicos.

(*) Correspondencia: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. P.º del Prado, 18-20. Madrid-28014.

CARACTERÍSTICAS DEL SIDA

10 El SIDA se caracteriza por un conjunto de manifestaciones clínicas derivadas de la disfunción producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) —denominación que sustituye a la que hasta ahora se había utilizado: HTLV-III/LAV—, en el sistema inmunológico (3). Las principales manifestaciones clínicas se relacionan con infecciones oportunistas, facilitadas por la inmunodepresión, el sarcoma de Kaposi y otras neoplasias, resultando una letalidad muy elevada. En ocasiones, aparece una fase prodrómica, que se caracteriza por pérdida de peso, malestar, fiebre, diarreas, fatiga, linfadenopatía generalizada, artralgias, candidiasis oral y signos poco específicos, que pueden durar semanas o meses. Existe también un conjunto de signos y síntomas clínicos denominados Complejo Asociado a SIDA y relacionados con la infección por VIH. En la actualidad no hay un tratamiento satisfactorio de la enfermedad, a pesar de los numerosos esfuerzos realizados, algunos en nuestro país (4).

El período de incubación puede variar de pocos meses (5) a varios años, siendo distinto, según la vía de transmisión (3, 6). El contacto con el VIH provoca una reacción inmunitaria que se detecta al encontrar anticuerpos frente al virus, pero una serología positiva (VIH+) no significa que se padezca o se vaya a padecer la enfermedad. Hay diversas hipótesis sobre la evolución de los individuos VIH+, pudiendo afirmar que entre un 10-40% de ellos padecerán la enfermedad en los próximos años, aunque hay grandes diferencias, según países y según factores de riesgo (7).

Se ha aislado el virus en sangre y diversas secreciones (semen, saliva, lá-

grimas, secreciones vaginales, leche de mujer), realizándose la transmisión por contacto entre cualquiera de estos productos biológicos con la sangre de una persona susceptible de contagio. En nuestro medio, las relaciones sexuales con portadores/as del VIH, la utilización de material inyectable infectado y la transfusión de hemoderivados contaminados, son los tres principales factores de riesgo de entrar en contacto con el VIH y, en consecuencia, de contraer la enfermedad en la edad adulta. Otro factor de riesgo menos frecuente es viajar a zonas endémicas de África. Se puede afirmar que la infección no se transmite a través de contactos domésticos o sociales no sexuales, ni por contacto con objetos posiblemente contaminados. El VIH se inactiva por el calor, y por algunos desinfectantes.

En niños, los dos principales factores de riesgo son recibir hemoderivados contaminados y nacer de una madre enferma de SIDA, o que sea VIH+, o que pertenezca a uno de los grupos de riesgo de la edad adulta (8).

El personal sanitario que atiende a personas VIH+, que trabaja en laboratorios analizando productos biológicos o realiza labores de investigación clínica y/o serológica, debe tomar rigurosas medidas de precaución, para evitar el contacto con el VIH (9).

El desconocimiento del período de incubación impide definir el período en que la enfermedad es transmisible, por lo que los VIH+ deben someterse a un conjunto de medidas preventivas, que impidan el contagio a otra persona durante un tiempo muy prolongado, que puede durar toda la vida. También deben recibir apoyo psicosocial por la elevada posibilidad de padecer ansiedad, depresión, pérdida del trabajo, dificultades de relación e, incluso, intentos de suicidio (3, 6).

Por otra parte, el hallazgo del virus en células sanguíneas de individuos seronegativos y asintomáticos (10) y la existencia de una ligera proporción de VIH+ entre la población que no pertenece a ninguno de los grupos considerados de riesgo, complica aún más las posibilidades de control de la enfermedad.

SITUACION EN ESPAÑA

Los datos que aparecen en este apartado han sido facilitados por la Comisión nacional sobre SIDA, para su presentación en una reunión sobre SIDA en Adictos a Drogas por Vía Parenteral, convocada por la Oficina Regional de la OMS para Europa, el pasado mes de octubre, y en la que se discutió la situación en los distintos países.

En nuestro país, el SIDA afecta a la población que se autoadministra drogas por vía endovenosa —ADVP en la terminología del Grupo de Trabajo para el Estudio de Infecciones en Drogadictos (11)—, de forma distinta al resto de países europeos, a excepción de Italia (12).

Hasta el mes de junio de 1986, se han registrado 177 casos de SIDA, de los que 160 (90,3%) son varones y 17 (9,7%) mujeres. Del total de casos registrados, han fallecido 113, lo que indica una letalidad del 63,8%. La Tabla I muestra la evolución del registro de casos y los fallecimientos (los casos correspondientes a 1986 son provisionales, debido al sistema de registro). La Figura 1 muestra la distinta evolución según la exposición a los tres principales factores de riesgo. Aunque debido al prolongado período de incubación, seguirán apareciendo casos entre varones homosexuales y hemofílicos, estos grupos han tomado medidas pre-

ventivas que permiten tener esperanzas sobre su evolución futura. Por el contrario, parece que la epidemia entre ADVP no está controlada en absoluto.

Del conjunto de casos de SIDA, 95 son ADVP, lo que significa el 53,6% del total (Tabla II). En este grupo de enfermos hay una elevada proporción de varones, 87,3%, siendo el grupo de edad más afectado entre los 25 y 29 años (Tabla III). En la actualidad han fallecido 58 enfermos, lo que muestra una letalidad del 61,0%, próxima a la encontrada en el conjunto de casos.

Algunos de los enfermos ADVP están expuestos a otros factores de riesgo: 14 mantienen relaciones homosexuales, 11 han realizado viajes al extranjero en los últimos años, y 4 han recibido transfusiones sanguíneas. A pesar de su escaso número (14,7%), los ADVP/homosexuales pueden ser un grupo de gran importancia epidemiológica en la difusión de la enfermedad por su papel de puente entre dos grupos de riesgo (13).

Las cifras de seropositividad frente al VIH en población ADVP oscilan entre el 40% y el 80%, según diversos autores, dependiendo de la zona y el momento en que se ha realizado la investigación y el origen de la muestra. Cuantos más años de adicción, mayor porcentaje de ADVP son VIH+ (14, 15). La penetración del virus ha sido progresiva en los últimos años (15), por lo que los trabajos más recientes muestran cifras de seropositividad cada vez mayores. Todo lo anterior indica que la infección en ADVP no está estabilizada.

Por otro lado, existe evidencia de transmisión del virus de madres VIH+ a sus recién nacidos, aunque no se conoce exactamente el mecanismo de transmisión (8). En los últimos doce

meses, se han registrado cinco casos de SIDA pediátrico en hijos de madre ADVP, cifra que puede ir en aumento en los próximos años, si se mantiene la tendencia actual de incremento del número de mujeres ADVP que son VIH+.

La promiscuidad es un comportamiento frecuente en ADVP. Si bien el compañero/a estable de un VIH+ es relativamente fácil de seguir y controlar, el riesgo de diseminación y extensión incontrolada es muy importante en el caso del ejercicio de la prostitución.

TENDENCIA

Debido a las características de la enfermedad, la predicción de su evolución tiene muchas dificultades (16, 17). Un cálculo fácil y erróneo de la tendencia consiste en aplicar los porcentajes de VIH+ al número estimado de consumidores (18). Así se obtiene una aproximación del número de ADVP que pueden ser seropositivos en estos momentos. A esta cifra se aplica el porcentaje de VIH+ que se cree que desarrollarán SIDA en los próximos 5-10 años y se obtiene una estimación excesivamente imprecisa de la evolución de la enfermedad en el futuro.

Para predecir el número de casos nuevos de SIDA y los recursos necesarios para su asistencia, se ha utilizado un modelo matemático (17, 19). Si la tendencia y evolución actuales se mantienen, en 1987 y 1988 se espera la aparición de 257 y 370 casos nuevos respectivamente (Tabla IV), los cuales precisarán recursos de asistencia sanitaria y social, tanto los enfermos, como sus familiares. Aplicando el modelo a los casos de SIDA en ADVP, obtenemos para 1987 una previsión de 195 ca-

sos y para 1988, de 299, lo que representa el 75,8% y el 80,8%, respectivamente, del total de nuevos casos esperados para estos años (Tabla V).

MEDIDAS DE CONTROL

La ausencia de tratamiento eficaz, el desconocimiento del período de incubación y de transmisibilidad y las dificultades para elaborar una vacuna, hacen que la mayoría de los esfuerzos deban encaminarse a interrumpir la vía de transmisión del virus, desde una persona infectada —no necesariamente enferma— a otra susceptible (3, 6, 8, 20).

En consecuencia, sobre los tres factores de riesgo citados anteriormente —contacto sexual con VIH+, utilización (voluntaria o fortuita) de material inyectable contaminado y trasfusión de hemoderivados contaminados—, se han desarrollado distintas propuestas preventivas: utilización de condones en las relaciones sexuales; utilización de material inyectable estéril y de un solo uso y su destrucción una vez utilizado; control de donantes de sangre; calentamiento de hemoderivados; etc.

Concretamente, en el caso de los ADVP, la recomendación de modificar sus hábitos sexuales y adictivos es especialmente importante (21, 22) y, en nuestro país, urgente. Los profesionales que tienen contacto con ADVP, tanto en centros específicos de tratamiento y reinserción, como en la red general asistencial —servicios sociales de base, servicios de enfermedades infecciosas, centros de salud...—, deben esforzarse en transmitir que el peligro de contagio por VIH es una amenaza para la salud tan grave como la propia heroína.

En aquellas ocasiones en que no se consigue la abstinencia a drogas, hay

que insistir en que el adicto utilice material inyectable de un solo uso y lo destruya después de usarlo. Si bien la práctica de los denominados «contratos terapéuticos» ha mejorado los indicadores de eficacia y eficiencia de muchos centros, tiene el inconveniente de dificultar la atención a otros problemas de salud de los drogodependientes y alejar de los servicios asistenciales a personas que lo necesitan.

Esto es especialmente importante, en el caso de los ADVP-VIH+, que independientemente de su comportamiento adictivo, precisan apoyo psicológico y vigilancia de su estado de salud. En estos enfermos hay que considerar la posibilidad de incluirlos en tratamientos con metadona, aunque debido al elevado número de ADVP que son seropositivos y al mal uso de este producto que se ha hecho en nuestro país (23), es excesivamente arriesgado hacer una recomendación generalizada en favor de estos tratamientos. De todos modos, a efectos de controlar la infección por VIH y sin entrar en otras consideraciones terapéuticas, la utilización de metadona estaría indicada en ADVP prostitutas y en ADVP homosexuales, que son dos subgrupos de gran significación epidemiológica.

No es aconsejable la detección sistemática de anticuerpos frente al VIH, debido a que su resultado no permite tomar medidas preventivas distintas de las que se deben recomendar en todo ADVP. Por otra parte, un resultado negativo puede producir una falsa conciencia de seguridad o disminuir la práctica de las medidas higiénicas necesarias para impedir la transmisión. A pesar de ello, en el caso de conocerse la serología positiva de un individuo, es necesaria la prestación de apoyo psicológico y su seguimiento, y el de sus compañeros/as sexuales. Hay que in-

tensificar los esfuerzos para evitar que un VIH+ comparta material inyectable, e incluso considerar la posibilidad de facilitárselo.

En nuestro país, en el que se obtienen jeringuillas y agujas con facilidad en cualquier oficina de Farmacia a un precio asequible, reproducir la polémica que existe en otros lugares (24, 25) sobre la entrega gratuita de este material, podría tener efectos contraproducentes. De todos modos, hay que considerar la posibilidad de suministrar material inyectable de un solo uso y folletos explicativos a los adictos a drogas, ya sea directamente, ya sea a través de recursos comunitarios que estén en contacto con ellos (grupos de autoayuda, cooperativas de jóvenes, asociaciones marginales, etc.). En las zonas donde no existen estos recursos, habría que impulsar su creación, debido a que pueden ser un vehículo de transmisión de información y modificación de algunos hábitos. A pesar de las importantes diferencias culturales y sociales que caracterizan el consumo de drogas entre distintos países, se han comunicado buenos resultados en este sentido (21) que desmienten el supuesto de que los ADVP no son capaces de cambiar su comportamiento adictivo y sexual en relación con problemas de salud, ajenos a la sustancia propiamente dicha.

La inclusión en los envases de jeringas y agujas con una leyenda advirtiendo de los peligros de compartir material inyectable, puede ser de utilidad si va acompañada de otros esfuerzos en el mismo sentido.

A pesar de que no se conoce exactamente la probabilidad de que un recién nacido de madre seropositiva desarrolle el SIDA, es aconsejable el aborto terapéutico (8).

Debido a que el uso de varias drogas es muy frecuente (26) y a que el número de personas que han utilizado heroína en alguna ocasión supera en mucho el número de los que la utilizan periódicamente (18), la información sobre la prevención del SIDA no debe reducirse a los ADVP, sino que tiene que llegar a adictos a otras drogas y grupos en riesgo de toxicodependencia. Como se ha indicado anteriormente, merecen especial atención, por su repercusión sobre el conjunto de la población, los/as adictos/as que ejercen la prostitución.

Una iniciativa muy interesante es la existencia de un teléfono que suministre información confidencial sobre el SIDA y su prevención. En las Comunidades Autónomas que lo vienen ofertando desde hace uno o dos años, ha demostrado su utilidad para derivar hacia los servicios asistenciales a individuos que no los utilizan por rechazo o desconocimiento.

Finalmente, hay que intensificar la vigilancia epidemiológica, tanto de los ADVP enfermos de SIDA, como de los

VIH + conocidos, así como de sus contactos, para aumentar las posibilidades de control de la enfermedad, tanto en relación a su prevención, como en relación a su evolución y a la planificación de los recursos necesarios para la asistencia sanitaria a los enfermos. Debido a la variación de las características epidemiológicas del SIDA, según los factores de riesgo, y a la evolución distinta, según los países, e incluso en zonas de un mismo país, es necesario realizar un seguimiento y evaluación permanentes de la situación en España (27).

En nuestro país es urgente movilizar los recursos necesarios para extender estas medidas de control a todo el territorio nacional y modificar la tendencia de esta enfermedad.

* * *

Mi agradecimiento a María J. Medrano, de la Comisión Nacional sobre SIDA, por su ayuda en la elaboración de los datos referidos a la situación actual y tendencia en España.

Tabla I. Distribución por fechas de diagnóstico (situación al 13 de junio de 1986)

Año	Trimestres				Anual	Muertes
	1.º	2.º	3.º	4.º		
1981	—	—	—	1	1	1
1982	—	1	—	1	2	2
1983	1	4	3	2	10	9
1984	7	5	5	9	26	23
1985	15	18	35	31	99	63
1986	31	8	—	—	39	15
Total					177	113

Tabla II. Distribución por fecha de diagnóstico de los casos de SIDA en ADVP.

Año	Trimestres				Total anual	Defunciones
	1.º	2.º	3.º	4.º		
1981	—	—	—	—	—	—
1982	—	—	—	—	—	—
1983	—	—	2	1	3	3
1984	1	1	2	6	10	8
1985	7	14	21	17	59	38
1986	18	5	—	—	23	9
Total	—	—	—	—	95	58

Tabla III. Distribución por grupos de edad y sexo de los casos de SIDA en ADVP.

	Varones	Mujeres
0-14	—	—
15-19	2	2
20-24	26	5
25-29	36	5
30-34	13	—
35-39	3	—
40-44	3	—
≥ 45	—	—
Total	83	12

Tabla V. Nuevos casos de SIDA esperados en ADVP.

Año	1.º	2.º	3.º	4.º	Total
1986	22	26	30	35	113
1987	40	46	51	58	195
1988	64	71	78	86	299

15

Tabla IV. Nuevos casos de SIDA esperados.

Año	Trimestres				Total anual
	1.º	2.º	3.º	4.º	
1986	33 ± 8	38 ± 9	43 ± 11	49 ± 13	163 ± 41
1987	55 ± 14	61 ± 17	67 ± 19	74 ± 21	257 ± 71
1988	81 ± 24	89 ± 26	96 ± 29	104 ± 32	370 ± 111

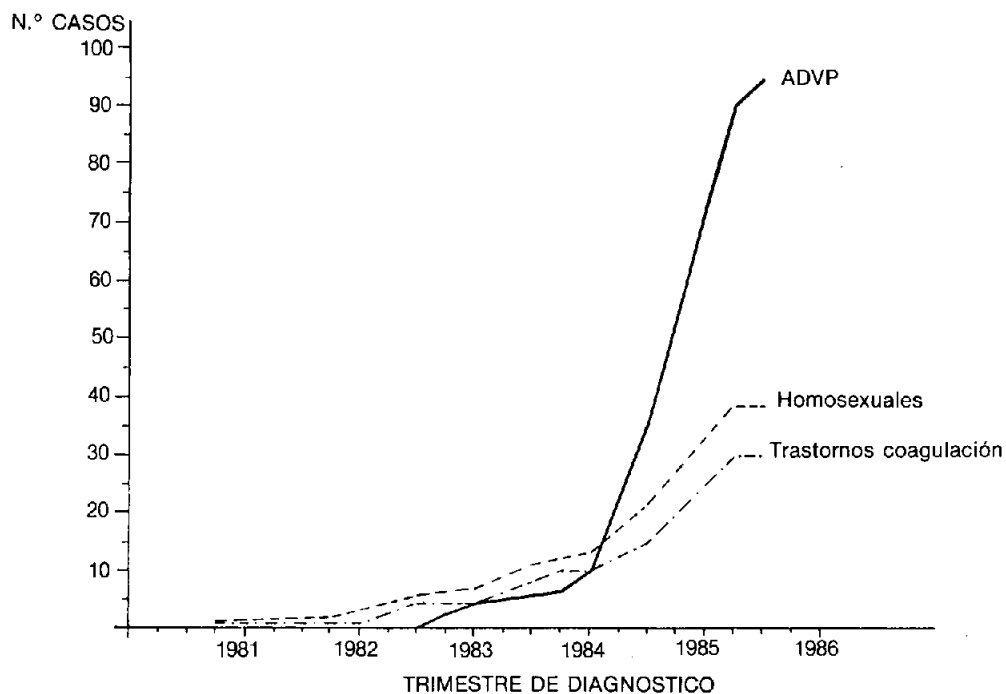


Fig. 1. Casos acumulados de SIDA en los distintos grupos de riesgo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) VILASECA, J. et al.:
Kaposi's sarcoma and Toxoplasma gondii abcees in Spanish homosexual.
LANCET 1982; 1:572
- (2) BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL n.º 1.701-1985.
SIDA. Revisión de la necesidad de caso.
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
- (3) MELBYE, M.
The natural history of HTLV-III infection: The cause of AIDS.
BR. MED. J. 1986; 292:5-12
- (4) RAMIREZ, J.
Indomethacin in the relief of AIDS Symptoms.
THE LANCET 1986; 2:570
- (5) VITTECOQ, D. et. al.:
Lymphadenopathy Syndrome and Seroconversion Two Months after single Use of Needle Shared with and AIDS patient.
THE LANCET 1986; 1:1280
- (6) ACHESON, E. D.
AIDS: a Challenge for the Public Health.
THE LANCET 1986; 1:662-666
- (7) MOSS, A. R. et. al:
What proportion of HTLV-III Antibody positives will proceed to AIDS?
THE LANCET 1985; 2:223-224
- (8) ROGERS, M. F.
AIDS in children: a review of the clinical, epidemiologic, and public health aspects.
PED. INFEC. UIS. 1986; 4:230-236
- (9) BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL.
SIDA. Medidas preventivas. 1986; n.º 1.725 y 1.726.
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
- (10) SALAHUDDIN, S. Z. 52 et al.:
HTLV-III in symptom-free seronegative persons.
LANCET 1984; II:1418-1423
- (11) GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE INFECCIONES EN DROGADICTOS.
Estudio multicéntrico de las complicaciones infecciosas en adictos a drogas por vía parenteral en España: análisis de 4.653 casos (1977-1985).
ENF. INFEC. MICROBIOL. CLIN. 1986; 4, 4, 202-205
- (12) INSTITUT DE MEDICINE ET D'EPIDEMIOLOGIE AFRICAINES ET TROPICALES.
AIDS Surveillance in Europe.
REPORT. N.º 10. 10/6/1986. PARIS.
- (13) OLLE, J.
El SIDA en España.
JANO 1986; 302:531-2 537
- (14) MUGA, R. et al.:
Epidemiology and prevalence of LAV/HTLV-III antibody in high risk group of the Barcelona metropolitan area.
POSTER 066 PRESENTADO EN LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE SIDA. PARIS 1986.
- (15) RODRIGO, J. M. et al.:
Anticuerpos antiviral-T-linfotrópico humano (HTLV-III) en adictos a drogas por vía intravenosa de la Comunidad Valenciana.
MED. CLIN. 1986; 86:89-92
- (16) McEROY, M. et al.:
Some problems in the prediction of future numbers of cases of the AIDS in the UK.
THE LANCET 1985; 2:341-342

- (17) RODRIGUEZ, F. et al.:
Predicting AIDS cases.
THE LANCET 1986; 1:378.
- (18) EQUIPO DE INVESTIGACION SOCIOLOGICA EDIS.
El consumo de drogas en España.
FD. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEG. SOCIAL Y CRUZ ROJA 1985.
- (19) MEDRANO, M.* J. et al.:
Mathematical prediction of future trends of AIDS in Spain.
POSTER 668 PRESENTADO EN LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE SIDA. PARIS 1986.
- (20) ANONIMO.
AIDS: act now, don't pay later.
BR. MED. J. 1986, 293:348.
- (21) DES JARLAIS, D. C.
Risk Reduction for the AIDS among intravenous drug users.
ANN. INTER. MED. 1985; 103:755-759.
- (22) ADLER, M. W.
AIDS and intravenous Drug Abusers.
BR. J. ADDIC. 1986. 81:307-310
- (23) DE TORRES, S.
Los programas de tratamiento con metadona en España.
Comunidad y Drogas 1986; 1: 37-43.
- (24) SOUS-COMMISSION «DROGUE» DE LA COMMISSION FEDERALE DES STUPEFIANTS.
Remise de seringues et d'aiguilles aux personnes dépendantes de la drogue.
BULLETTIN DE L'OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE (BERNA) 1986; 4: 16-17.
- (25) DES JARLAIS, D. C. et al.:
«Free» needles for intravenous drug users at risk for AIDS: current developments in New York city.
N. ENGL. MED. 1985; 1476.
- (26) NAVARRO, J.
Perfil básico del problema de las toxicomanías en España.
COMUNIDAD Y DROGAS 1986; 1: 9-36.
- (27) NAJERA, R. et al.:
LAV/HTLV-III antibodies in high risk groups for AIDS in Spain.
POSTER 667 PRESENTADO EN LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE SIDA. PARIS 1986.

APENDICE

Consulta sobre SIDA en drogodependientes.

Estocolmo, 7-9 octubre, 1986

INTRODUCCION

EN la Conferencia de Ministros de Sanidad, celebrada en Londres en marzo de 1986 sobre el abuso de narcóticos y drogas psicotrópicas, se puso de manifiesto un gran interés acerca del problema del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre las personas que abusan de las drogas por medio de inyección. En la Conferencia y, posteriormente, en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud y en el Comité Regional para Europa, se invitó a la O.M.S. a tomar medidas urgentes en este campo. El resultado fue una Consulta para discutir el problema del SIDA entre drogadic-tos. Los 27 participantes incluían expertos de 12 países europeos, de Canadá y de los Estados Unidos, especialistas en materias relacionadas con la administración de drogas por vía intravenosa y en las referentes a problemas generales de infección por el VIH, juntamente con representantes de la Comisión de las Comunidades Europeas, el Consejo de Europa, el Consejo Internacional del Alcohol y las Adicciones y el Consejo Nórdico.

El propósito de la Consulta era:

— estudiar los métodos existentes en determinados países europeos para

resolver especiales problemas relacionados con el riesgo del SIDA y de la infección por el VIH entre los drogadic-tos;

— considerar las mejoras logradas en el desarrollo de políticas nacionales sobre estos problemas;

— intercambiar experiencias sobre los métodos para la prevención de la infección entre este grupo especial de riesgo e investigar los más eficaces, con el fin de hacer llegar esta información a los Estados miembros;

— estudiar las medidas más adecuadas para la atención a los drogadic-tos infectados por el VIH o que sufren sus manifestaciones clínicas;

— aconsejar sobre la viabilidad de la colaboración internacional en este campo.

Se apreciaron debidamente los esfuerzos de las demás agencias internacionales europeas representadas en la Consulta, encaminados a la solución del problema de la infección por el VIH y de la drogadicción. Se manifestó la esperanza de que los informes sobre sus respectivas consultas se pondrían a disposición del Comité Internacional.

EL SIDA EN EUROPA

Hasta el 30 de junio de 1986 se habían registrado 3.041 casos de SIDA en la región europea. Muchos países sufrieron la epidemia y en los países del este de Europa se diagnosticaron algunos casos. El desarrollo de focos epidémicos locales dio como resultado un incremento en el porcentaje de pacientes de origen europeo y una disminución considerable en el porcentaje de pacientes originarios de África. El porcentaje de casos entre drogadictos que se inyectan seguía presentando un claro aumento; del 12% al 14% en tres meses, y la mayoría de los casos se registraron en la parte sur de la región. Esta situación era especialmente preocupante en Italia y España, países en los que más de la mitad de los casos recientemente registrados ocurrieron entre drogadictos que se inyectan. La mayoría de los pacientes del SIDA pediátrico eran niños cuyas madres estaban infectadas por el virus; el 31% de estas madres eran drogadictas que se administraban la droga por vía intravenosa y más del 24% eran las compañeras heterosexuales de miembros de grupos de riesgo que incluyen a los drogadictos.

Si bien el número de casos de SIDA entre adultos drogadictos que se administran por vía intravenosa en Europa es pequeño (319) en comparación con el total de casos registrados, esta cifra no daba ninguna indicación del número de los que en este grupo estaban infectados por el VIH. Este era claramente mucho más elevado y sus implicaciones en la salud pública, mucho más graves aún.

ASUNTOS ESPECIFICOS

Después de pasar revista a la situación en los países representados con

un mayor detalle, los participantes dirigieron su atención hacia el tratamiento de drogadictos que se inyectan por vía i. v. con particular referencia a la prevención y contención de la infección por el VIH y hacia el desarrollo de una táctica determinada. Fueron temas específicos los factores relacionados con la prostitución, las pruebas de anticuerpos para el VIH en drogadictos que se inyectan por vía i. v., la terapia de sustitución por metadona, la disponibilidad de jeringas y agujas y la educación referente a prácticas sexuales seguras.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se debe dar la mayor prioridad a la consideración de la infección por el VIH en los programas sobre drogadicción tanto locales como nacionales e internacionales. Un solo enfoque del problema no es suficiente ni viable y en cada país debe explorarse una diversidad de métodos.

Ha de ponerse el mayor interés en la provisión de medidas para la atención psicosocial de los individuos calificados como VIH-positivos y para aquellos que padecen las manifestaciones clínicas o están muriendo a causa de la enfermedad. En el tratamiento de pacientes, es importante reconocer la existencia de síntomas neurológicos, tales como cambios en la personalidad y/o demencia, que a veces aparecen antes que otros síntomas de la infección por el VIH. Debería instruirse a médicos y otro personal sanitario acerca de la mayor necesidad de atención psicosocial y, en particular, del peligro de que los pacientes puedan responder, al conocimiento de la infección por VIH, aumentando el uso de drogas.

Se necesitan urgentemente mayores y más accesibles instalaciones para el

tratamiento. Los centros de tratamiento deberían contactar con el máximo número de drogadictos tan pronto como sea posible; deberían ampliarse al máximo los canales alternativos de remisión para tratamiento. Deben hacerse todos los esfuerzos posibles, incluyendo el empleo de personal extra, para llegar a todos los tipos de drogadictos que se inyectan por vía i. v., especialmente a aquellos que no son habituales.

La eliminación de la práctica ilícita de la inyección es el método más seguro para la prevención de la infección VIH entre los consumidores ordinarios de droga, pero, dadas las dificultades que presenta el hacerlo así, tienen que intentarse también otros métodos diversos para reducir la expansión de la infección por VIH entre los consumidores de droga por vía i. v.

Los programas de tratamiento deberían incorporar una educación sobre el comportamiento que pueda ocasionar la transmisión del virus. Más específicamente, el consejo sobre el empleo seguro de agujas y sobre seguridad en las prácticas sexuales ha de ser un componente rutinario del conjunto normal de actividades. Es claro que el personal ha de ser instruido en estas materias.

2. También son necesidades apremiantes una continua y mejor investigación y vigilancia de la epidemiología del consumo intravenoso de droga y de la infección VIH en los drogadictos que se inyectan. Los estudios de seroprevalencia deberían desempeñar un papel importante. Se deberían realizar estudios de cohorte sobre consumidores de droga por inyección i. v. con objeto de determinar el natural desarrollo de la infección VIH en este grupo. Son necesarias investigaciones para la identi-

cación de métodos eficaces para la educación de estos drogadictos y otros grupos de riesgo relacionados: acerca del riesgo de la infección VIH, unos mayores esfuerzos para poner en tratamiento a los consumidores por vía i. v. y métodos más eficaces de tratamiento.

Se deberían estudiar los hábitos y el comportamiento cultural de los consumidores de droga intravenosa juntamente con las disponibilidades de equipo inyectable y las actitudes de las autoridades, tales como la policía y los tribunales, respecto a este asunto con el fin de determinar su influencia relativa en la expansión de la infección VIH. También deberán estudiarse los hábitos sexuales de los adictos a la droga intravenosa con objeto de determinar su influencia en la difusión de esta infección.

3. Se deberán emplear todos los medios disponibles para continuar informando y educando al público, incluso a los consumidores de droga intravenosa, sus familias y parejas sexuales y aquellos que están experimentando con drogas o se encuentran expuestos a determinado riesgo de verse envueltos en el consumo. Los medios de información tienen que ser conscientes de lo que esto significa y deberán ser mantenidos al día de modo que su información y su consejo puedan ser fiables, precisos y responsables.

El acercamiento personal a los distintos consumidores de droga i. v. seguirá siendo, sin embargo, el método más eficaz de educación, especialmente en temas como el empleo seguro del material de inyección y la utilización de condones y otras prácticas sexuales que hagan mínimo el riesgo de infección por VIH. Se deberán utilizar para este propósito grupos de amigos, orga-

nizaciones de consumidores de droga y otros grupos voluntarios.

4. Se dio la mayor importancia a la necesidad de cooperación entre las personas interesadas en la infección VIH y el SIDA y aquellas que estén interesadas en el consumo abusivo de drogas.

Deberán incluirse en las consultas sobre el control de la infección VIH otras autoridades locales y nacionales, como las de justicia y de policía. Deberán revisarse la política de la policía en cuanto a su acción frente a los individuos drogadictos para asegurar, lo más posible, que dicha política no perjudica las medidas de control de la infección por VIH.

5. Es importante para el paciente individual y para propósitos epidemiológicos más amplios la realización de pruebas de anticuerpos VIH en consumidores de droga i. v. Para la realización de las pruebas se requiere el consentimiento al respecto. Podría producir efectos contrarios el seleccionar mediante coacción. Deberán realizarse esfuerzos por persuadir a los que asisten a un programa de que deben someterse a las pruebas. Las pruebas podrían ser un importante instrumento para motivar a los consumidores para la aceptación de medidas preventivas.

Ha de evitarse cualquier posible indicio de discriminación de los consumidores de droga intravenosa que hayan resultado VIH-positivos.

6. Debe preocupar seriamente la posibilidad de difusión de la enfermedad entre la población en general a través de contactos heterosexuales con prostitutas.

Existe la urgente necesidad de saber más sobre las actitudes y las prácticas

sexuales de las prostitutas y sus clientes en relación con la difusión de la infección por VIH, incluyendo hasta en qué medida se les puede convencer de que realicen prácticas sexuales seguras y utilicen condones.

Han de explorarse modos de entrar en relación y ofrecer otro modo de vida a las prostitutas que se droguen por vía intravenosa.

7. Aunque las opiniones fueron diversas de acuerdo con los enfoques nacionales, culturales y políticos, con la excepción de un país, se llegó a convenir que no se deben negar a los drogadictos agujas ni jeringuillas.

8. También fueron diversas las opiniones sobre el papel de la metadona en la terapia de sustitución en la prevención de la infección VIH en los drogadictos. La mayoría de los participantes convinieron que se necesitaba mantener una actitud flexible hacia su uso y que debería disponerse de ella en el equipo de tratamiento global. La terapia tiene algún valor manteniendo a los pacientes en tratamiento y puede ayudar a atraer a los consumidores a la participación en un programa. También deben explorarse nuevas vías para atraer a aquellos que nunca han estado implicados en el programa sobre abuso de drogas.

9. Es esencial que se comparta con otros países la experiencia de los que se enfrentan con el mayor impacto del SIDA epidémico entre los consumidores de droga, especialmente con aquellos que todavía no se han visto afectados. La OMS correrá a cargo de una parte importante en la promoción de la colaboración y en la recopilación de la información diseminada y su difusión, especialmente en materia de legislación sanitaria, investigación y formación.

Teresa Salvador-Llivina*

Función de los profesionales de la salud en la reducción de la actual prevalencia de tabaquismo en España

RESUMEN

La falta de una política globalizadora de promoción de la salud y control del tabaquismo, es presentada como el factor clave para explicar el incremento del consumo de tabaco en España en un 150% durante los últimos 30 años, mientras la población aumentó en un 22% en el mismo periodo. Se analiza la actual falta de concienciación del problema por parte de los profesionales sanitarios (PS) y se enfatiza el papel crucial que deberían jugar en la reducción de dicho problema, tanto aportando elementos de presión al Gobierno, como desarrollando un «modelo» positivo en la comunidad. Cifras de consumo de 1985 muestran que, por el momento, el 64% de los médicos españoles (ME) son fumadores, mientras lo es sólo el 41% de la población general. Además, el 31% de los ME fuman todavía en presencia de sus pacientes.

Se resumen estudios sobre la función de los PS en la reducción del tabaquismo. Finalmente, y de acuerdo al modelo que explica el hecho de dejar de fumar como un proceso, se proponen diversos niveles de intervención por parte de los PS. Se presentan enfoques y recursos prácticos, haciendo especial hincapié en la «intervención mínima de ayuda al fumador» que debería ofrecerse desde la Asistencia Primaria y aprovechando los actuales centros de tratamiento de otras drogodependencias para ofrecer una ayuda especializada en los casos que así se requiriese.

The role of Spanish health professionals in helping people to stop smoking

SUMMARY

To point out the relevance of the subject and as a referential framework, the article starts reviewing the current dimension of the smoking problem in Spain. The persisting lack of a comprehensive Health Promotion Policy to control smoking, is seen as the main clue to explain why smoking consumption in the country has increased a 150% in the last 30 years, while during the same period the population increase was only of a 22%. A major emphasis is done on the lack of health professionals' (HPs) awareness about their crucial role in controlling smoking, both, by putting pressure among government's agencies, as well as by developing a positive «model» to the public. Data from 1985 show that 64% of all Spanish physicians (SPhs) are current smokers, while smoking among the general population is 41%. Furthermore, 31% of SPhs smoke in presence of their patients. Relevant studies about the potential role of HPs in controlling smoking are summarised. Finally, according with the model of stopping smoking as a process, a HPs' intervention approach is discussed, and different types

of HPs' practical possibilities and resources are presented, with special emphasis in the «minimal intervention» approach at the Primary Health Care level. For those patients unable to stop smoking without specialised help, a proposal to use the current network of specialised centers to treat other drugabuse problems, is made.

«Si todos los médicos de cabecera del Reino Unido recomendasen sistemáticamente a sus pacientes dejar de fumar, se conseguirían más de medio millón de ex fumadores al año.» Russell, Wilson, Taylor y Baker (1979).

24 **E**STA afirmación de Russell y colaboradores, tras su ya clásico estudio publicado en el «British Medical Journal» (1), fue el detonante que alentó el inicio de una nueva línea de trabajo e investigación por parte de algunos profesionales de la salud (PS), que en diversos países se enfrentaban al reto diario de intentar ayudar a sus pacientes a dejar el tabaco. Desde entonces, estudios parecidos realizados a partir del trabajo de médicos, profesionales de enfermería o farmacéuticos motivados por el tema, están confirmando que los PS constituyen uno de los colectivos sociales con mayor capacidad potencial para ayudar a los fumadores a dejar el tabaco. Los trabajos evaluados hasta el momento (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) permiten ya identificar algunos elementos relevantes que, utilizados por PS sensibilizados, pueden tener una influencia decisiva en el proceso de ayudar a la población fumadora a dejar el tabaco.

El presente trabajo se propone cuatro objetivos principales. En primer lugar, definir qué es el tabaquismo como drogodependencia, así como analizar el proceso que articula y hace posible la abstinencia al tabaco. En segundo lugar, revisar las evidencias evaluadas hasta hoy respecto a la función crucial de los PS en la reducción de la prevalencia del tabaquismo en la comunidad. En tercer lugar, describir los dis-

tintos tipos de intervención que en la práctica pueden aplicar dichos colectivos profesionales según sea su ubicación dentro del ámbito sanitario. Y finalmente, dar a conocer los recursos existentes en la actualidad, así como describir aquellos recursos necesarios para un abordaje eficaz del problema desde la perspectiva global de la Promoción de la Salud.

Sin embargo, antes de desarrollar los cuatro aspectos anteriormente enunciados, es preciso definir, a modo de marco referencial, las dimensiones actuales del tabaquismo en el Estado español. En base a éstas, se justifica la urgencia de adoptar una postura activa y comprometida por parte de los PS, teniendo en cuenta que ésta no es la única exigencia que se les plantea a dichos profesionales, y que, por tanto, su capacidad de respuesta y su tiempo de dedicación son limitados y no podrán conceder prioridad alguna al problema, hasta que no se hallen suficientemente informados y sensibilizados, tanto de los aspectos sanitarios vinculados al tabaquismo como de las implicaciones sociales, económicas y políticas del tema.

1. TABAQUISMO Y PROFESIONALES DE LA SALUD: FUNDAMENTOS PARA UNA INTERVENCIÓN INAPLAZABLE

Mientras la prevalencia del consumo de tabaco en numerosos países indus-

(*) Correspondencia: Servicio de Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Seguridad Social. P.º Lluís Companys, 7. BARCELONA 08003.

trializados se ha reducido ostensiblemente en el transcurso de las tres últimas décadas y continúa haciéndolo en la actualidad, la dimensión del problema en España se ha incrementado de forma alarmante en los pasados treinta años, afectando en la actualidad al 41% de la población general de forma directa, y al resto de población de forma indirecta como fumadores involuntarios o pasivos (9).

De forma global podemos decir que se ha llegado a este punto por la falta de una política coherente de Promoción de la Salud, circunstancia que analizada de forma más concreta, se define a través de algunos hechos básicos:

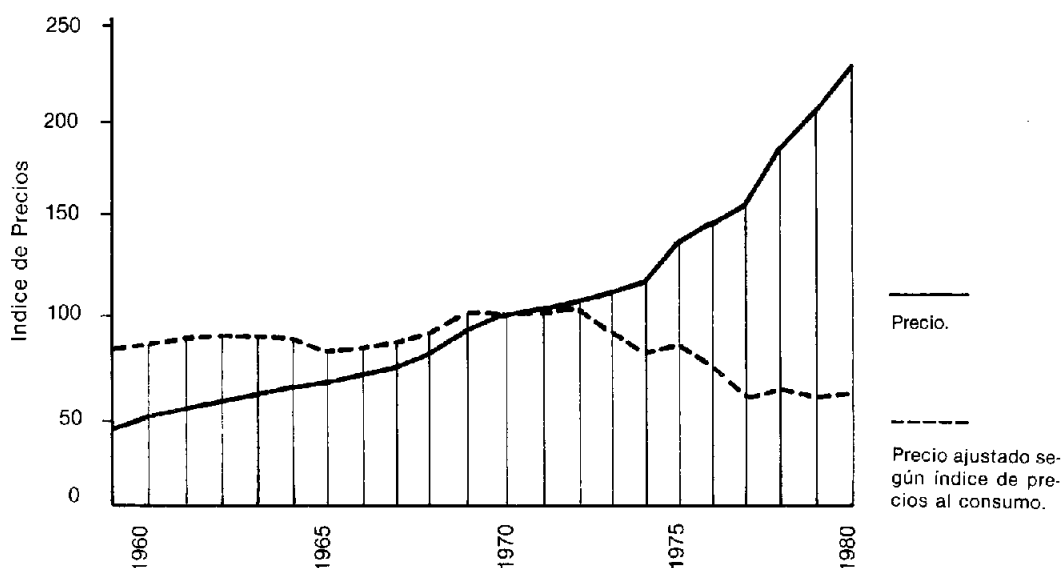
- El masivo aumento en el mercado español de la oferta de cigarrillos manufacturados, a partir del incremento de la producción nacional y de las importaciones de tabaco, especialmente americano y británico (10).
- El soporte creciente e incondicional a los agricultores para que conviertan campos de cultivos tradicionales en plantaciones de tabaco. Los presupuestos para la reconversión y los programas de formación corren a cargo del «Servicio Nacional de Cultivo y Fermentación del Tabaco» del Ministerio de Agricultura (10).
- La alta disponibilidad del producto. El tabaco es, en nuestro país, la droga literalmente más accesible para cualquier ciudadano. Recordemos que aparte de las expendidurías de Tabacalera, 20.000 en 1979, el tabaco se vende en los bares, máquinas automáticas, comercios de alimentación, centros de formación, hospitales y otros centros sanitarios, e irónicamente, hasta en la entrada del propio

Ministerio de Sanidad y Consumo en Madrid.

- La falta de una política legislativa enérgica capaz de controlar la cada vez más abusiva publicidad directa e indirecta de los productos tabáquicos, así como de articular los mecanismos necesarios para que se respeten los derechos de los no fumadores en todos aquellos lugares en los que existe una convivencia cotidiana entre fumadores y no fumadores, especialmente en centros laborales, comerciales y espacios públicos en general.
- El constante abaratamiento de los precios del tabaco en comparación con los salarios y el índice de precios al consumo (Fig. 1).
- La falta de una política de sensibilización, información y educación sanitaria que debe dirigirse de forma prioritaria en tres direcciones: profesionales de la salud, medio escolar y población general.

Todos estos factores sumados son los responsables más directos de que entre los años 1957 y 1985 el consumo de tabaco en España haya aumentado en un 150%, mientras en el mismo período, la población creció sólo en un 22% (12, 13).

Al principio de este proceso, la producción y venta de tabaco en este país significó una discreta fuente de ingresos, tanto para el Gobierno, como para los agricultores y minoristas españoles, así como para otros sectores afines. Sin embargo, a medida que aumenta la producción nacional, aumentan también las importaciones, y buena parte de estos ingresos va a las compañías tabaqueras multinacionales, a la vez que se incrementan los problemas de salud pública debidos a enfermedades



Fuente: Servicio de Estudios de Tabacalera, S.A. Documento n.º 1. Actualidad Tabaquera, 1981.

26

Fig. 1. Índice de precios del tabaco en España (1959-1980).

relacionadas con el tabaco, las tasas de absentismo laboral entre los fumadores, y aumenta también la ya trágica deforestación que padece la Península Ibérica. Aunque a nivel nacional, no existe todavía ningún estudio que evalúe el coste sanitario y social del tabaquismo, los datos aportados por estudios económicos realizados en otros países, demuestran que el tabaquismo, además de ser un problema de salud pública de primera magnitud, entraña asimismo enormes pérdidas económicas para el país. Varios estudios han demostrado que, a la larga, dichas pérdidas superan a los beneficios (14). De acuerdo a los más recientes datos disponibles, en Cataluña el coste del tabaquismo en 1977 se estimó en 20.000 millones de pesetas (Tabla 1). En España, el mismo año, el importe de los pagos en concepto de indemnizaciones por incendios debidos al tabaco, desembolsados por las compañías de seguros, fue de 7.570 millones de pesetas.

Tabla 1. Estimación del coste social del tabaquismo en Cataluña. 1977. (En millones de pesetas).

Coste de producción del tabaco	3.907,6
Gastos sanitarios	5.097,5
Consultas médicas	1.045,7
Gasto hospitalario	2.400,0
Productos farmacéuticos	1.652,0
Pérdida capacidad potencial de producción	10.100,0
Absentismo temporal	5.500,0
Mortalidad anticipada	4.600,0
Total	19.105,3

Fuente: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Informe. El tabaquisme a Catalunya. Serie Promoció de la Salut. Barcelona. 1983.

A pesar de estas consideraciones estrictamente económicas, el control del tabaquismo en estos momentos constituye una exigencia primordialmente ética y sanitaria. Es decir, para hacer posible no sólo que aumente la esperanza de vida de la población de fumadores actuales, sino, y muy especial-

mente, para que mejore la calidad de los años vividos por fumadores y no fumadores, y se produzca una percepción individual de esta mejora.

En la actual situación, ¿cuál es el papel de los profesionales de la salud? Como miembros de la comunidad a la que pertenecen los PS de este país, no sólo no se han visto exentos de la epidemia tabáquica, sino que, actualmente, entre ellos hay más fumadores que entre la población general. Según la más reciente encuesta nacional realizada por el CIS por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo, en 1985 el 64% de los médicos españoles son fumadores (15). Ya hemos citado que el porcentaje de fumadores en la población general se sitúa alrededor del 41%. En estos momentos, la misma encuesta se está realizando entre los profesionales de enfermería, no disponiéndose de datos a nivel nacional respecto a la extensión del tabaquismo entre otros PS, como psicólogos, farmacéuticos u otros que, por su tarea de contacto directo con la comunidad tengan relevancia en este tema. Cabe señalar que la desproporción de fumadores que se observa entre médicos y población general es debida a que, por ahora, el consumo de tabaco entre mujeres profesionales es superior que entre las mujeres de la población general. Esta situación, sin embargo, sólo se repite en otros dos países occidentales: Portugal y Finlandia (16). Además del número de fumadores, cabe destacar la falta de concienciación que existe entre los médicos respecto a la importancia de su ejemplo y actitudes con respecto al tabaco: en España, la mayoría absoluta de los médicos muy fumadores fuma delante de los pacientes, siendo un 31% del total de médicos el que todavía fuma ante sus pacientes. Por iniciativa propia, tan sólo un 34% de los médicos plantea habitualmente a

sus pacientes la conveniencia de abandonar el tabaco, mientras que un porcentaje similar, el 30%, no lo plantea nunca. Asimismo, el 50% de los encuestados permite que se fume en la sala de espera de sus respectivas consultas. Sin embargo, sorprendentemente, el 95% de médicos se muestran favorables a restringir la posibilidad de fumar en los locales públicos cerrados, y el 97% de los consultados opina que debería restringirse la posibilidad de fumar en los hospitales. Se observa también, por parte de los médicos más jóvenes, una mayor predisposición (84%) a que se incluyan en su formación profesional directrices específicas tendentes a prevenir el tabaquismo entre ellos mismos y entre sus pacientes, así como una formación específica para poder ayudar a los pacientes a dejar de fumar (6).

Aunque no existan datos a nivel estatal respecto a otros profesionales de la salud, indicios aportados por trabajos realizados a nivel local o autonómico sugieren notables semejanzas entre los médicos y los demás PS por lo que respecta a comportamientos y actitudes en relación al tabaco.

Debido a los condicionantes socioeconómicos y legislativos descritos anteriormente, no cabe esperar ningún cambio positivo en las actuales tendencias de consumo de tabaco en España, a menos que de forma urgente se adopte una política global de Promoción de la Salud coherente con la magnitud del problema. Y como ha pasado en otros países (17, 18), es muy probable que no se consiga el desarrollo de una tal política, hasta que los PS y entre ellos los médicos especialmente, se conciencien de que gracias al prestigio social del que gozan, son el colectivo profesional con mayor poder para hacer posibles tres grandes objetivos:

- a) Sensibilizar, informar y educar a la población general respecto a la problemática del tabaquismo.
- b) Ofrecer un soporte específico para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.
- c) Implicar al Gobierno en el establecimiento de una política de control del tabaquismo y Promoción de la Salud.

Los profesionales de la salud, especialmente aquellos dedicados a la atención primaria, constituyen uno de los grupos sociales con mayor capacidad para incidir positiva o negativamente sobre la prevalencia del tabaquismo en una comunidad. Difundiendo información comprensible en materia de salud, pueden elevar el nivel público de información y de sensibilización respecto a la problemática del tabaquismo, pero el cambio de comportamiento no suele conseguirse sin una motivación más personal, y esta motivación se halla igualmente en sus manos. Y viceversa, el cambio de comportamiento en respuesta a un desafío individual se produce, en general, sólo después de un proceso largo y continuado de familiarización con una nueva idea. Por tanto, las intervenciones de sensibilización comunitaria y las de intervención personal deben ser complementarias.

2. DEJAR DE FUMAR COMO PROCESO: AMBITOS PARA LA INTERVENCION SANITARIA

Por su valor didáctico e interés práctico a la hora de describir los distintos tipos de intervención que los PS pueden aportar desde su ámbito de trabajo, resulta útil partir del marco conceptual presentado por Raw (19) y que entiende que la conducta de dejar de fumar se explica a través de tres principios generales:

- 1) Existe una estrecha relación entre las *actitudes* mantenidas por el individuo respecto al tabaquismo y su *comportamiento* personal con respecto al tabaco.
- 2) Dejar de fumar no es un acto puntual, sino el resultado de un proceso dialéctico entre el medio y el individuo. Este proceso se desarrolla en varias etapas y puede durar largo tiempo.
- 3) El tabaquismo, a nivel individual, es una drogodependencia con vertientes psicológico-comportamentales y farmacológicas. En última instancia la solución del problema estará en función del grado de dependencia, así como de la fuerza de la motivación para superar dicha dependencia.

2.1. *Relación entre actitudes y comportamiento*

Del primer principio se derivan varias consecuencias que pueden clarificar la comprensión del hecho de dejar de fumar. Por ejemplo, sugiere la existencia de cinco posibles combinaciones entre comportamiento y actitudes. Por orden cronológico, en la historia de un fumador estas combinaciones serían:

- *El no fumador que no fuma.* Esta simple combinación estaría representada por personas (jóvenes por ejemplo) que no han fumado nunca.
- *El no fumador que fuma.* Este puede ser una persona joven que sólo está experimentando ocasionalmente con los cigarrillos, pero todavía no es un fumador regular. También puede ser un adulto que nunca ha fumado persistentemente y que siempre se ha mantenido entre el escaso 2% de los fumadores que se limitan durante toda su vida a fumar pocos ci-

garrillos y de forma esporádica (20).

- *El fumador que fuma.* Es el fumador prototípico y normativo. En él, su autoconcepto y su comportamiento son consonantes. Fuma regularmente, tiene una dependencia más o menos acusada, y se ve a sí mismo como fumador.
- *El fumador que trata de no fumar.* Muchos fumadores intentan una y otra vez dejar el tabaco, de tal forma que se hallan casi constantemente entre fases de consumo/abstinencia y viceversa. Desde el punto de vista conductual, parte del tiempo lo pasan sin fumar, pero son todavía fumadores en términos de la imagen que tienen de sí mismos. Esta combinación es la que caracteriza a muchos nuevos ex-fumadores, ya que la conducta (abandonar el tabaco definitivamente) y las actitudes (llegar a considerarse de nuevo un no fumador) muy a menudo evolucionan a distinta velocidad.
- *El no fumador que no fuma.* Idealmente es la vuelta al primer nivel donde autoconcepto y comportamiento coincidían. Se trata de volver a percibirse a sí mismo como un no fumador que no fuma ni sufre por ello.

Una implicación práctica de este modelo es que hasta que el ex-fumador no ha llegado a conceptualizarse a sí mismo como no fumador, es decir, hasta que no existe una consonancia absoluta entre comportamiento y percepción de sí mismo, será altamente susceptible a las recaídas.

El hecho de entender que esta relación entre actitudes y comportamiento es dinámica, tiene también otras implicaciones prácticas. Por ejemplo, explica la necesidad de mantener un sopor-

te mínimo para los que ya han dejado de fumar. Así, no son sólo los fumadores quienes necesitan que se les proporcione información sobre los riesgos del tabaquismo. Ex-fumadores recientes suelen hallarse especialmente receptivos a los mensajes de salud, que pueden reforzar su determinación de acabar definitivamente con el consumo de tabaco. Un buen ejemplo de un subgrupo específico al que podría aplicarse este principio son los fumadores que sobreviven después de un infarto. Muchos de ellos dejan de fumar por miedo, pero no son todavía no fumadores en términos de confianza en sí mismos, o de habilidad para perseverar en no fumar. En este momento puede ser importante hacerles entender la conexión que existe entre el consumo de tabaco y lo que les acaba de suceder, así como ayudarles a comprender las ventajas inmediatas de dejar de fumar. Esta es una importante ocasión para los médicos o enfermeras que los atienden, y con frecuencia, como hemos visto al principio, esta oportunidad se deja perder.

2.2. *Un proceso dialéctico entre el individuo y el medio*

El segundo principio de este modelo, entiende el hecho de dejar de fumar como un proceso, y se halla representado en la Fig. 2. El diagrama refleja la idea de que para llegar a ser un ex-fumador, se requiere un proceso constituido por los siguientes períodos:

- *Período de pre-contemplación* (fumador consonante).
- *Período de planteamiento* (fases 2 a la 5).
- *Período de acción* (fases de la 4 a la 6).
- *Período de mantenimiento* (desde la fase de abandono del tabaco,

FASE		PROMOVIDA POR
1. FUMADOR CONSONANTE Sano y generalmente joven.	→ CAMBIO DE ACTITUD	— EDUCACION PARA LA SALUD EN GENERAL.
2. FUMADOR DISONANTE Primera actitud de cambio: «Podría ser una buena idea dejarlo...»		
3. FUMADOR DISONANTE Continuidad en la actitud de cambio: «debería dejarlo...»	→ CAMBIO DE COMPORTAMIENTO	— EDUCACION CONTINUADA — CONSEJO POR PARTE DE UNA FIGURA RELEVANTE (ej.: médico de cabecera u otro profesional de la salud). — EXPECTATIVA DE EXITO.
4. PRIMERA DECISION «Lo voy a probar...»		
5. SEGUNDA DECISION «Lo dejaré...»		
6. PRIMER INTENTO CONCRETO Del propósito a la acción		
7. ABANDONO DEL TABACO Éxito en el abandono (implicando consolidación de la abstinencia. Probablemente después de varios intentos)		

Fuente: RAW, M. Smoking Cessation Strategies. En: *Treating Addictive Behaviors. Processes of change*. Ed. W.E. Miller, and N. Heather. Plenum Press. New York. 1986.

Fig. 2. Dejar de fumar como proceso

hasta la consecución del éxito consolidado).

No obstante, el orden de los acontecimientos no tiene por qué seguir estrictamente al planteado en la Fig. 2. En la primera fase, los fumadores están generalmente sanos, son mayoritariamente gente joven (posiblemente de menos de 30 años) y no sienten ningún síntoma preocupante relacionado con su consumo de tabaco. En las fases 2 a la 4 se produce la primera parte del cambio de actitudes y, en este período, los fumadores tienen bastantes probabilidades de recibir algún tipo de información y/o educación respecto al tema, así como de experimentar un incremento de los síntomas relacionados con su tabaquismo. Pero la decisión respecto a la posibilidad de intentar dejar el tabaco, no es la misma que la de-

decisión en sí de dejarlo. Si bien conocemos relativamente poco respecto a los motivos por los cuales ciertos fumadores consiguen consolidar la abstinencia con aparente facilidad, mientras a otros les cuesta mucho más, se conocen algo mejor cuáles son los motivos iniciales que impulsan a querer dejar el tabaco. Según estudios hechos a ex-fumadores (20, 21, 22, 23), se han identificado siete áreas de actitudes respecto al tabaco que parecen decisivas en las fases 2 a la 4. Por orden de importancia estos motivos son:

- I. *Miedo a la enfermedad* (específicamente: ahogo, bronquitis, enfermedad cardíaca y cáncer de pulmón).
- II. *Mejora de la calidad de vida* (para sentirse en forma, poder estar orgulloso de uno mismo, comprobar que es capaz de lograr lo que

- quiere, sentirse sano, respirar mejor).
- III. *Ahorro de dinero*, después de dejar de fumar.
 - IV. *Motivos estéticos* (mejora del aliento, mejora del sentido del gusto y del olfato).
 - V. *Factores de aprobación social* (para contentar a otros, para ser un buen ejemplo).
 - VI. *Factores de rechazo social* (miedo a molestar a otros, para no parecer irresponsable, no sentirse apartado o fuera del grupo).

Estos datos apuntan que los mensajes de salud pueden ser más efectivos si se relacionan con informaciones relativas a los contenidos que parecen más impactantes para el fumador. Y estos mensajes inciden especialmente en la actitud de cambio (primera mitad del proceso, según la Fig. 2). Así, la Educación Sanitaria, en general, parece más relevante para la primera fase que para la segunda.

En efecto, decidir dejar el tabaco es un paso cualitativo hacia adelante, pero no implica todavía la consecución final del propósito ni la consolidación del mismo a largo plazo. Datos de Estados Unidos y Gran Bretaña muestran que el 75% de los fumadores piensan que deberían dejar de fumar y/o lo han intentado alguna vez, sin conseguir lograrlo definitivamente. La mayoría declara igualmente que quisiera dejarlo, si conociese la forma de conseguirlo (23, 24). Si la Educación para la Salud, en el sentido más amplio, ha llevado a los fumadores hasta el punto de querer dejar el tabaco, entonces serán otros factores los que conviertan tal intención en un compromiso real de cambio definitivo de conducta. Por ejemplo, un fumador puede estar convencido de que el tabaco afecta negativamente su salud y su vida, y sin embargo ni siquiera haber hecho un solo intento para de-

jar de fumar por creer que no tiene ninguna posibilidad de conseguir el abandono del tabaco con éxito. En este caso, no servirá de mucho abrumarlo con más información, folletos, consejos e intentos de persuasión; lo que necesitará es una ayuda práctica para reducir su dependencia y manejar su conducta durante los primeros días de la abstinencia, de forma que pueda aprender a confiar en su capacidad para vivir sin el cigarrillo. Este sería un ejemplo de cómo la disponibilidad de recursos específicos —y no los mensajes de Educación Sanitaria en general— afectará positivamente su motivación para dejar el tabaco.

Conceptualmente, promover el paso de la actitud de cambio al propio cambio de conducta, depende de la disponibilidad de los recursos apropiados. Estos recursos pueden ser de carácter interno como la *motivación personal*, o externos como el *sopORTE* más o menos específico que pueda recibir desde fuera. Obviamente, ambos recursos no son mutuamente excluyentes. Algunos autores han argumentado que si millones de fumadores han podido dejar de fumar sin ayuda específica, no hay necesidad de procurar ayuda concreta a ningún fumador para que haga lo mismo. Tal planteamiento es erróneo e ilógico. La existencia de fumadores que no necesitan ayuda concreta para abandonar el tabaco, no niega que haya fumadores que sí necesitan dicha ayuda —recordemos el 75% de los que quieren pero no pueden— ni niega tampoco el valor de ayudarlos. De hecho, los fumadores con mayor necesidad de ayuda son los más recalcitrantes y por consiguiente, son también los de más alto riesgo. Ayudarles a dejar el tabaco representa una contribución importante a la reducción del coste personal, sanitario y económico vinculado al tabaquismo (25, 26, 27, 28, 29).

2.3. *El tabaquismo como drogodependencia*

Durante muchos años, la capacidad del tabaco para generar dependencia fue desestimada. Para describir la conducta de abuso del tabaco, se hablaba de hábito, cuando no de vicio. De hecho, la OMS no reconoció oficialmente el tabaco como droga hasta 1974 (31), mientras la «American Psychiatric Association» no lo hizo hasta 1980 (32). En la actualidad, el reconocimiento generalizado de la capacidad del tabaco para crear una fuerte dependencia tanto psicológica como farmacológica, se traduce en la divulgación de este hecho por las entidades sanitarias y científicas de mayor prestigio internacional (26, 30, 33, 34, 35, 36, 37).

Es a partir de aquí que adquiere relevancia el tercer principio apuntado al comienzo del presente apartado: el tabaquismo a nivel individual es una drogodependencia y el éxito en romper con la misma dependerá, en última instancia, tanto del grado de motivación que el individuo posea para querer superarla, como de los recursos pertinentes disponibles.

Esta dependencia debe su fuerza a bases multifactoriales: socioeconómicas, psicológico-comportamentales y farmacológicas. En cuanto a condicionantes socioeconómicos no repetiremos aquí lo ya enumerado al comienzo de este artículo. En referencia a los aspectos psicológicos y farmacológicos, es interesante destacar algunos puntos elementales.

Desde el punto de vista comportamental, fumar es una conducta regulada por sus consecuencias inmediatas intrínsecas, y su alta capacidad de repetición se desarrolla debido al premio contingente a la conducta. Este premio

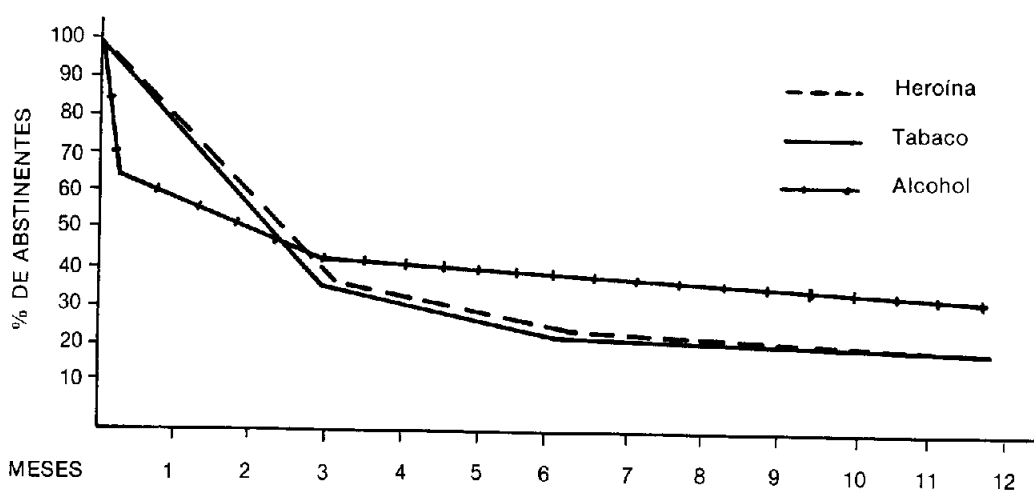
puede ser placentero en sí mismo (refuerzo positivo) o puede evitar la presencia de un estímulo negativo (refuerzo negativo). Según Russell (38) los efectos de la nicotina parecen tener un valor de refuerzo, ya que cada cigarrillo marca un «chute» reforzador distintivo, regular e invariablemente asociado con el acto de fumar. La conducta de inhalar humo de tabaco será, por tanto, al menos 10 veces reforzada por cada cigarrillo, y si fuerza se multiplicará por el número de cigarrillos fumados y por la cantidad de días, meses y años en que se haya repetido. Fumar proporciona una recompensa positiva inmediata (la nicotina inhalada tarda 7 segundos en llegar al cerebro) y por tanto muy fuerte. Pero fumar proporciona además un refuerzo negativo al evitar el castigo que significan los síntomas de privación de nicotina.

Desde el punto de vista farmacológico existen evidencias de que la nicotina juega un papel crucial en el desarrollo de la dependencia (35, 37). Fumar cigarrillos es particularmente adictivo, no sólo por la gran disponibilidad de consumo del cigarrillo en cualquier lugar y circunstancia, sino también por la forma acompasada en que el humo del cigarrillo aporta la nicotina al cerebro. El fumador tiende a establecer el patrón de ingesta de nicotina que le permita mantener su nivel personal de droga lo más constante posible para que se produzcan los efectos farmacológicos que él desea (relajantes o estimulantes, o ambos a la vez). Cuando se deja de fumar, no necesariamente se produce síndrome de abstinencia en todos los fumadores, pero sí en la mayoría de grandes fumadores. En el síndrome de abstinencia a la nicotina, los síntomas más frecuentes son: deseos imperiosos y compulsivos de volver a fumar, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, cansancio, dolor de ca-

beza, somnolencia y desórdenes gastrointestinales.

Al igual que sucede con otras drogas, los intentos para dejar el tabaco suelen resultar más exitosos a corto que a largo plazo, y como muestra la Fig. 3, la curva de recaídas para tabaco, alcohol y heroína es básicamente la misma (39). Sin embargo, se ha visto en estudios hechos entre heroinómanos en proceso de tratamiento, que estas personas catalogaban al tabaco

como su droga más imprescindible (39). Como en el alcohol y en la heroína, las razones de las recaídas parecen ser de muy diversa índole, por ejemplo: características de personalidad, grado de exposición a estímulos ambientales tendentes al consumo de droga, grado de motivación o preocupación por aspectos relacionados con la salud, utilidad funcional del fumar y susceptibilidad a los efectos farmacológicos del tabaco (33).

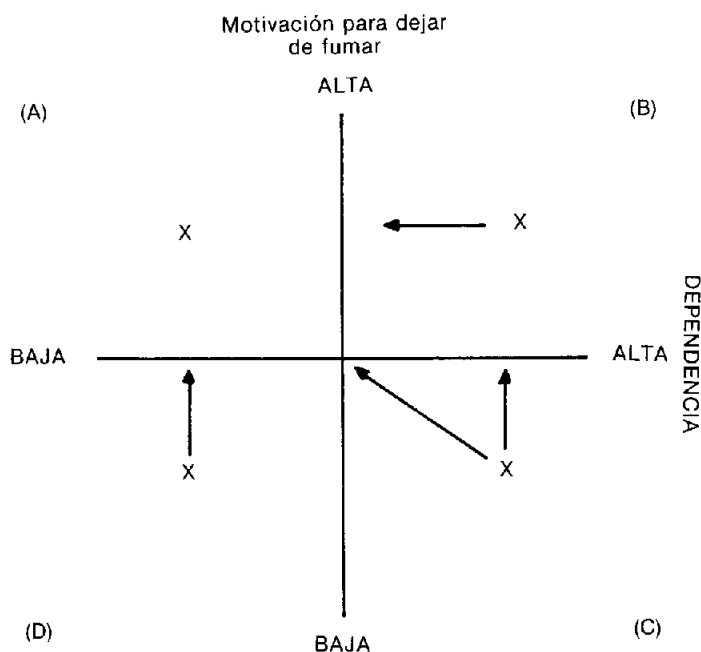


Fuente: MUNT, W.A., BARNETT, L.W., BRANCH, L.G. Relapse Rates in Addiction Programs. *Journal of clinical Psychology*, 27, 455-456. 1971.

Fig. 3. Recaidas a través del tiempo para heroína, tabaco y alcohol.

Aquellos que hayan tratado con fumadores que acuden a un terapeuta en demanda de ayuda para dejar de fumar, reconocerán la imagen de la persona que dice sinceramente que quiere dejarlo pero que, cuando se le pregunta si le parece que lo conseguirá, responde con evasivas del tipo: «bueno... eso espero», «al menos lo intentaré» o «no sé, porque yo no tengo fuerza de voluntad como otros, ¿sabe?». Estas respuestas no significan que no quieran conseguirlo, sino que dudan de su capacidad para lograrlo. La función del soporte consiste precisamente en ayudarles a superar este problema.

La Fig. 4 sugiere las distintas directrices de soporte para dejar de fumar; contribuirán a conseguirlo, teniendo en cuenta la situación del fumador con respecto a las dos dimensiones ya citadas: la dependencia y la motivación. Aunque por razones descriptivas ambas dimensiones se representan de forma independiente, en la práctica son interdependientes, y cada una de ellas es más susceptible a un tipo de intervención que a otro. Así, como ya hemos explicado, mientras la función de la Educación Sanitaria es la de motivar a la gente para que deje de fumar (impulsándola a moverse desde la base



34

Fuente: RAW, M. Smoking Cessation Strategies. En: *Treating Addictive Behaviors. Processes of Change*. Ed. W.E., Miller and N. Heather. Plenum Press. New York. 1986.

Fig. 4. Motivación para el cambio y grado de dependencia.

hasta la mitad superior del diagrama), la función del soporte es la de reducir la dependencia (de derecha a izquierda).

En términos del diagrama, los fumadores que se hallen en el cuadrante superior-derecho (B) son fumadores disonantes, es decir, quieren dejar de fumar pero tienen dificultades para conseguirlo sin ayuda. Los fumadores de los dos cuadrantes inferiores (C y D) no quieren dejar de fumar, por lo cual es prioritario empezar con un enfoque educativo y persuasivo. Los fumadores situados en el cuadrante inferior izquierdo (D) son fumadores sociales de bajo consumo que suelen responder a los mensajes de Educación Sanitaria, dejando de fumar sin requerir ningún soporte específico (son la mayoría de ex-fumadores en los países donde se ha reducido significativamente el número

de fumadores). Los individuos situados en el cuadrante inferior derecho (C), una vez han respondido positivamente a la información y sensibilización de la Educación Sanitaria, precisan de una ayuda específica posterior para conseguir la abstinencia. Esta ayuda debería darse a distintos niveles de la atención sanitaria, de acuerdo con las necesidades de cada caso. Teóricamente, no debería existir ningún fumador en el cuadrante superior izquierdo (A), o si los hay, serán individuos que se encuentran ya en las últimas etapas del proceso de dejar de fumar.

3. AYUDANDO A LOS PACIENTES A DEJAR EL TABACO

Hasta aquí hemos visto cómo de acuerdo al punto en que se halla una persona dentro del proceso para dejar

el tabaco, el tipo de intervención que precisa puede ser diferente. Es decir, para ayudar a dejar de fumar, no todos los PS tienen que ser especialistas en tratamiento del tabaquismo. La terapia especializada es útil para los grandes fumadores (aquellos situados en los cuadrantes B y C de la Fig. 4), pero la responsabilidad de los PS en este ámbito abarca también otras funciones más fácilmente generalizables por su simplicidad, y que son tan importantes como el tratamiento especializado y, a la vez, complementarias de éste.

Muchos métodos han sido descritos en la literatura para orientar a los PS en cómo dar soporte a sus pacientes para que dejen de fumar (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56). Estos enfoques abarcan desde las intervenciones informativas simples hasta el desarrollo de técnicas especializadas, psicológicas y/o farmacológicas simples o combinadas, añadiendo seguimientos a largo plazo.

A modo de resumen, se citan a continuación las funciones más importantes que puede cumplir un profesional de la salud en la tarea de ayudar a sus pacientes a dejar el tabaco: modélica, educadora, de soporte y terapéutica.

3.1. *Función modélica*

Los PS deben actuar como modelo de un estilo de vida saludable, entre otras cosas, no fumando. Se trata de demostrar de forma práctica y a través del ejemplo personal que es posible y preferible vivir sin tabaco. A este nivel, la conducta deseable es la del profesional de la salud no fumador. Si esto no es posible, al menos los PS que todavía fuman deberían respetar unas normas básicas:

- No fumar en público.
- No fumar en las áreas sanitarias destinadas al público.
- Colaborar para que en su centro sanitario no se fume, excepto en zonas que se reserven específicamente para ello, y velar por el respeto a esta norma.
- No ofrecer tabaco a los pacientes como signo de amistad.
- No aceptar obsequios de tabaco u objetos relacionados, explicando a los pacientes el porqué de esta negativa.
- Mostrar una actitud general positiva respecto a las ventajas de no fumar.

3.2. *Función educadora*

Aunque estemos tentados a creer que la mayoría de la población conoce de sobra los riesgos asociados al consumo de tabaco, este conocimiento no está todavía generalizado entre toda la gente, y muchas veces los conocimientos son confusos y equívocos. Todos los PS tienen un papel de sensibilización e información a la comunidad, importante a la hora de clarificar conceptos y aumentar la concienciación pública respecto al tema.

Existen diversos ámbitos en los cuales los distintos PS pueden incidir:

- a) Mantener una actitud global inespecífica enfocada hacia la promoción de la salud en la comunidad, y dentro de ella, la promoción positiva de la conducta de no fumar.
- b) Desarrollar una conciencia crítica respecto a las condiciones sociales, económicas y psicológicas que determinan la actual epidemia tabáquica.
- c) Apoyar la promoción, dentro de la comunidad, de iniciativas tendentes a la búsqueda de soluciones del problema del tabaquismo.

- d) Manifestar una disposición permanente a ayudar al fumador a ser consciente de su dependencia y motivarle a que considere la necesidad de superarla.
- e) Proveer información para clarificar los riesgos de salud personales y familiares relacionados con el consumo de tabaco.
- f) Explicar la reducción de riesgo asociada al hecho de dejar de fumar.
- g) Sensibilizar a la comunidad respecto al derecho de los fumadores pasivos a no verse obligados a vivir y trabajar en ambientes cargados de humo de tabaco.

Esta información puede darse directamente a los pacientes (especialmente por los PS de la Asistencia Primaria) y a través de los medios de comunicación social (por parte de PS especializados en aspectos sanitarios relacionados, ej.: neumólogos, cardiólogos y ginecólogos).

3.3. Función de soporte

Desde la asistencia sanitaria y sin necesidad de emprender un tratamiento especializado, los PS ocupan una posición óptima para promover de forma personalizada y directa una voluntad de cambio de conducta entre los pacientes, y además disponen en muchos casos de la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo. En este sentido los médicos de familia son los profesionales que más acceso directo y continuado tienen a los fumadores. En Gran Bretaña por ejemplo (2) se ha calculado que el 75% de la población visita a su médico de cabecera en el transcurso de un año y el 90% en el intervalo de cinco años.

Por supuesto, la clase de soporte que pueda darse a los pacientes, variará se-

gún las disponibilidades de recursos y de tiempo. A pesar de ello, todo PS delante de un paciente puede desarrollar lo que podríamos calificar como «*intervención mínima de soporte al fumador*», y que consiste en la aplicación sistemática durante la visita de las siguientes pautas:

- a) Preguntar a *cada* paciente si fuma, independientemente de que el motivo de la consulta pueda o no estar vinculado con el abuso del tabaco.
- b) *Registrar* en la ficha personal o historia clínica de cada paciente si es o no fumador y, si es posible, otros datos relevantes sobre el consumo de tabaco.
- c) Recomendar firmemente a *todos* los fumadores que dejen el tabaco por completo.
- d) *Entregar* algún material que pueda llevarse a su casa y le sirva de guía y recordatorio del consejo recibido durante la consulta (ej.: guía práctica para dejar de fumar, folleto informativo sobre el tema en general, etc.).
- e) Avisar al paciente de que se le hará un *seguimiento* en la próxima visita, y si es posible, determinar la fecha de la misma.
- f) Colocar *material informativo* en el centro sanitario: entradas, dispensarios, pasillos, salas de espera, etc. (ej.: folletos, posters, rótulos señalizadores, etc.).
- g) Proporcionar al paciente información sobre *recursos* o servicios especializados en tratamiento del tabaquismo, en el caso de que las acciones anteriores hayan fracasado.

Es mejor dedicar 1 min. por paciente y aplicar estas recomendaciones simples a 30 pacientes al día, que invertir 30 min. en un solo paciente aunque sea de alto riesgo.

Hasta hace pocos años algunas de estas recomendaciones no hubiesen podido darse en nuestro país debido a la falta de recursos y materiales. Actualmente se empieza a disponer de ellos y es preciso utilizarlos.

3.4. Función terapéutica

Como ya hemos apuntado, existen, sin embargo, fumadores que tras el consejo previo y un soporte mínimo llegan a motivarse a dejar el tabaco, pero sin embargo, fracasan en reiterados intentos. Acostumbran a ser fumadores de 20 o más cigarrillos/día y fuman regularmente, al menos desde hace 10 años. Suelen tener síntomas y ser conscientes de que éstos son debidos al abuso del tabaco, y suelen también hallarse abrumados por «consejos» sobre la necesidad de abandonar el tabaco, sin que paralelamente se les ofrezca ninguna ayuda o pauta específica para conseguirlo. Esta situación genera en el fumador reacciones de tensión, irritabilidad y frustración, pudiendo incluso llegar a culpabilizarse de no ser capaz de romper definitivamente con el tabaco.

A partir de esta realidad, el tratamiento especializado del tabaquismo tiene por objetivo principal ayudar a estos fumadores a lograr lo que no logran por sí solos:

- Romper con la dependencia psicológica al cigarrillo.

- Vencer la adicción farmacológica a la nicotina.
- Desaprehender un hábito que, a fuerza de repetición, ha llegado a ser automático y se encuentra fuertemente enraizado en los patrones psicomotrices de la persona fumadora.

Son muchas y muy diversas las propuestas metodológicas de tratamiento del tabaquismo (57, 58, 59, 60). Después de 30 años de investigación, las más eficaces actualmente son aquellos que combinan la aplicación de terapia de soporte psicológico y comportamental con soporte farmacológico a través de la administración de chicle de nicotina. La mayoría de estudios evaluados hechos con este enfoque doblan los resultados tradicionales en terapia de tabaquismo, alcanzando hasta un 40% de abstinencias, al cabo de un año de finalizar el tratamiento (61, 62, 63, 64).

En nuestro país, no es del todo imposible pensar en una relativamente amplia aplicación de una política de tratamiento especializado para casos de alto riesgo. Coordinada con acciones de educación sanitaria y de soporte más generales, dicha opción no implicaría necesariamente un aumento de los costes asistenciales si, por ejemplo, se introdujera el tratamiento como un recurso más entre las terapias ofrecidas en la red de centros de tratamiento de otras drogodependencias ya existente en estos momentos.

BIBLIOGRAFIA

- | | | |
|---|---|---|
| <p>(1) RUSSELL, MAH; WILSON, C.; TAYLOR, C. y BAKER, CD. Effect of general practioners' advice against smoking. BRITISH MEDICAL JOURNAL 2: 231-235 '979.</p> | <p>(3) CATFORD, JC. y NUTBEAN, D. Prevention in practice: What Wessex general practioners are doing. BRITISH MEDICAL JOURNAL, 288: 832-834 1984</p> | <p>(5) LLEWELYN, S. y FIELDING, G. A job for all nurses. NURSING MIRROW APR '27 38-37 1985</p> |
| <p>(2) FOWLER, G. Smoking. En: Preventive medicine in general practice. ED. M. GRAY AND G. FOWLER. OXFORD UNIVERSITY PRESS 133-148 '1983</p> | <p>(4) RAW, M. Smoking Cessation Strategies. En: Treating Addictive Behaviors. Processes of Change. EN W. F. MILLER AND N. HEATH-P. PLENUM PRESS. NEW YORK, 1966</p> | <p>(6) JERROM, DWA y SIMPSON, RJ. Overlapping General Practice: Clinical psychologist. BRITISH MEDICAL JOURNAL '267 1185-1186 1983</p> |

- (7) STEWART, M.
Factors Affecting Patients' Compliance With Doctors' Advice.
CANADIAN FAMILY PHYSICIAN 28.
1579-1526 1982
- (8) SNEADER, W.
«Stop-smoking» campaign in west of Scotland pharmacies.
PHARMACEUTICAL JOURNAL, 228. JANUARY 23. 6153 1982
- (9) NAVARRO, J.
El consumo de drogas en España.
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL Y CRUZ ROJA ESPAÑOLA. MADRID 1985.
- (10) TOBACCO REPORTER FOR THE INTERNATIONAL TOBACCO INDUSTRY.
Spain's Tobacco: A growing interest.
TOBACCO REPORTER. FEBRUARY. 1980.
- (11) MENDOZA BERJANO, R.
El tabac com a droga contaminant: Epidemiologia del tabaquisme en el nostre país.
XI CONGRES DE METGES I BICLEGS DE L'ENGLA CATALANA. REUS. 1980.
- (12) TABACALERA, S. A.
Documento n.º 1.
SERVICIO DE ESTUDIOS. 1981.
- (13) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA.
Anuario Estadístico de España. 1980.
- (14) OMS
Programa de la OMS sobre tabaco o salud.
INFORME DEL DIRECTOR GENERAL 15 NOVEMBRE. 1985.
- (15) ALVAREZ, I.
El consumo de tabaco entre los médicos españoles.
INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON SMOKING AMONG HEALTH PROFESSIONALS. VENECIA. MAYO. 1986.
- (16) ADRIAANSE, H.
Physicians' Smoking Worldwide.
INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON SMOKING AMONG HEALTH PROFESSIONALS. VENECIA. MAYO. 1986.
- (17) V. S. SURGEON GENERAL'S REPORT.
The Role of the Physicians in Smoking Cessation. En: The Health Consequences on Smoking: Chronic Obstructive Lung Disease.
CHAPTER 9 1984
- (18) SIMPSON, D.
Putting Smoking Cessation Interventions in Perspective. En: Proceedings of the National Conference Smoke Stop.
ED. L. BATTEN. HEALTH EDUCATION COUNCIL. LONDON. 1985.
- (19) RAW, M.
The process of Stopping and the Concept of Support. En: Proceedings of the National Conference Smoke Stop.
ED. L. BATTEN. HEALTH EDUCATION COUNCIL. LONDON. 1985.
- (20) McKENNEL AC. y THOMAS RK.
Adults' and adolescents' smoking habits and attitudes.
GOVERNMENT SOCIAL SURVEY HMSO LONDON. 1967
- (21) U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE.
The Smoking Digest. Progress Report on a Nation Kicking.
THE HABIT 2-11 79 1549 58.63. 1975
- (22) MARSH, A. y MATHESON, J.
Smoking Behaviour and Attitudes.
OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. SOCIAL SURVEY DIVISION. HMSO. LONDON. 1983
- (23) PROCHASKA, JO y DICLEMENTE, CC.
Stages and processes of Self-change of smoking: toward an integrative model of change.
JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY 51 (3). 390-395. 1983
- (24) DONOVAN, JR. and ASSOCIATES PTY LTD.
Smoking control programme monitor.
FINAL REPORT TO JENKIN MORGAN ATKEN AND PUBLIC HEALTH DEPARTMENT. AUGUST 31. 1984
- (25) GOLDSTEIN, S.J.; GORDON, JR. and MARLATT, GA.
Unaided smoking cessation: a prospective analysis.
THIRD INTERNATIONAL CONFERENCE ON TREATMENT OF ADDICTIVE BEHAVIOURS SCOTLAND 1984
- (26) IJCC.
Guidelines on Smoking Cessation.
INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER GENEVA 1984
- (27) ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS.
Smoking and Health.
ED. PITMAN. LONDON 1969
- (28) ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS.
Smoking and Health Now.
ED. PITMAN. LONDON. 1971
- (29) ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS.
Smoking or Health.
ED. PITMAN. LONDON. 1977
- (30) ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS.
Health or Smoking?
ED. PITMAN. LONDON. 1983
- (31) WORLD HEALTH ORGANIZATION.
Twentieth Report of Expert Committee on Drug Dependence.
TECHNICAL REPORT SERIES. N.º 551 GENEVA. 1974
- (32) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
3rd ED. WASHINGTON 1960
- (33) JAFFE, JH. y KANZLER, M.
Smoking as an Addictive Disorder.
RESEARCH MONOGRAPH 23. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. U. S. PUBLIC HEALTH SERVICE. MARYLAND. 1979.
- (34) RAW, M. y HELLER, J.
Helping people to stop smoking. The development, role and potential of support services in the U. K.
HEALTH EDUCATION COUNCIL. LONDON. 1984.
- (35) RUSSELL, MAH y FEYERABEND, C.
Smoking as dependence disorder. En: The smoking Epidemic. Proceedings of the Fourth World Conference on Smoking and Health.
ED. RAMSTRÖM. L. STOCKHOLM. 1980
- (36) FAGERSTROM, KO.
Tobacco Smoking, Nicotine Dependence and Smoking Cessation.
ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS. 1981.
- (37) SCHUSTER, CR.
Technical Review on Cigarette Smoking as an Addiction: Report of the Task Force on Smoking.
NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE WORLD SMOKING AND HEALTH. ANTIM 4-9. 1980.
- (38) RUSSELL, MAH, FEYERABEND, C. y COLE, PV.
Plasma nicotine levels after cigarette smoking and chewing nicotine gum.
BRITISH MEDICAL JOURNAL. 1. 1983:046 1976
- (39) HUNT WA, BARNETT LW., BRACH, LG.
Relapse Rates in Addiction Programs.
JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY. 27. 459-456 1971
- (40) ROSE, G.
Smoking cessation in high-risk subjects.
HEALTH MAGAZINE. 12 (4). 19-22 WINTER. 1975-1976
- (41) POMERLEAU, O.
You can get patients to change their habits.
MEDICAL TIMES. 106. 10 149-153. 1976.
- (42) RUSSELL, MAH.
Cigarette dependence: Doctor's role in management.
BRITISH MEDICAL JOURNAL. 2 575. 393-395. 1971.
- (43) HOCHBAUM, GM.
Fear is not enough.
AMERICAN LUNG ASSOCIATION BULLETIN. 61. 5 13-16 1975

- (44) HYMOWITZ, N.
The practicing physician and smoking cessation.
JOURNAL OF THE MEDICAL SOCIETY OF NEW JERSEY. 74 (2), 139-141. 1977.
- (45) BEST, JA.
Tailoring smoking withdrawal procedures to personality and motivational differences.
JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY. 43, 1, 1-8. 1975.
- (46) ROSSER, WW.
Helping patients to stop smoking. The current situation.
CANADIAN FAMILY PHYSICIAN. 23, 101-105. 1977.
- (47) INDYKE, D. y ELLIS BH.
There's a leading role for physicians in helping smokers to quit.
AMERICAN LUNG ASSOCIATION BULLETIN. 66, 2, 2-6. 1980.
- (48) DANAHER BG., ELLIS BH., y FARQUHAR, JW.
How to help smokers who want to quit.
PATIENT CARE. 14, 14, 86-121. 1980.
- (49) WINDSOR, RA., GREEN LW, y ROSEMAN, JM.
Health promotion and maintenance for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review.
JOURNAL OF CHRONIC DISEASES. 33, 11-12, 5-12. 1975.
- (50) RECHACEK TF y GRIM RH.
Cigarette smoking and the prevention of coronary heart disease. En: Primary Prevention of coronary heart disease: A Practical Guide for the Clinician.
ED. R. PUDELL AND M. STEWART. ADDISON WESLEY CALIFORNIA. 1983.
- (51) BOHM, E. y POWELL DR.
A ten print practical program to help your smokers quit.
YOJ.R PATIENT AND CANCER. NOVEMBER. 1-9. 1982.
- (52) SHERIN, K.
Smoking cessation: The physician's role.
POSTGRADUATE MEDICINE. 72, 3, 99-106. 1982.
- (53) SHIPLEY, RH, y ORELANS CS.
Treatment of cigarette smoking. En: Behavioral Medicine in General Medical Practice.
ED. BONDEWYNS PA AND KEEFE FJ CALIFORNIA. 1982.
- (54) ALLAIRE, JJ.
How you can help your patients to stop smoking.
MEDICAL TIMES. 111, 7, 42-47. 1983.
- (55) PECHACEK TF, y McALISTER AL.
Strategies for the modification of smoking behavior: Treatment and Prevention. En: The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine. Volume 3: Extended Applications and Issues.
ED. JM. FERGUSON AND CR. TAYLOR SPECTRUM PUBLICATIONS. NEW YORK. 1980.
- (56) SECKER-WALKER RH, y FLYNN BS.
Importance of Smoking Cessation counseling.
CONTINUING EDUCATION FOR THE FAMILY PHYSICIAN. 18, 5, 449-453. 1982.
- (57) RAW, M.
The psychological modification of smoking. En: «Contributions to Medical Psychology.»
ED. RACHMAN, S. PERGAMON OXFORD. 1977.
- (58) SCHWARTZ, JL, y RIDER, G.
Review and evaluation of Smoking Control Methods.
THE UNITED STATES AND CANADA. 1969-1977. U. S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. HEW (CDC) 79-8369. ATLANTA. 1978.
- (59) NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE.
Research on Smoking Behaviour.
U. S. DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION AND WELFARE. MONOGRAPH 17. ROCKVILLE. 1977.
- (60) LINCHTESTEIN, E.
The smoking problem: a behavioral perspective.
JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY. 50, 804-819. 1982.
- (61) HJALMARSON, A.
Effect of nicotine chewing gum in smoking cessation. A randomised, placebo controlled, double blind study.
JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. 252, 2835-2838. 1987.
- (62) RAW, M., JARVIS, M.J., FEYERABEND, C, y RUSSELL MAH.
A comparison of nicotine chewing gum and psychological treatments for dependent smokers.
BRITISH MEDICAL JOURNAL. 16 AUGUST. 481-481. 1980.
- (63) RUSSEL MAH., RAW M. y JARVIS MJ.
The clinical use of nicotine chewing gum.
BRITISH MEDICAL JOURNAL. 28 JULY. 1599-1602. 1980.
- (64) NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE.
Pharmacological Adjuncts in Smoking Cessation.
U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. MONOGRAPH 53. ROCKVILLE. 1985.

Javier Blanco Aguilar*

El consumo de drogas en la provincia de Cádiz: un análisis cualitativo**

RESUMEN

Este artículo recoge en síntesis el estudio cualitativo sobre consumo de drogas realizado en la provincia de Cádiz en 1984. A partir de grupos de discusión y entrevistas en profundidad se ha analizado la situación de los jóvenes en general y de los consumidores de heroína en particular, las relaciones que mantienen con los grupos con los que interactúan y el proceso por el que determinados jóvenes llegan a ser consumidores de drogas.

Drug consumption in the province of Cadiz: a qualitative analysis

41

SUMMARY

This article is a synthesis of the qualitative study on drug consumption made in the province of Cadiz in 1984. On the basis of discussion groups and extensive interviewing, the situation of young people in general, and heroine-takers in particular, their relationship with those groups in which they interact and the process by which certain youngsters become drug-takers, have all been analysed.

LOS estudios sobre consumo de drogas se han reforzado con el uso de metodologías cualitativas. A partir del grupo de discusión o la entrevista en profundidad, se han podido efectuar nuevos análisis basados en la información contenida en el discurso.

En efecto, el grupo puede producir un

discurso que reproduce las opiniones, relaciones, situaciones y posiciones que los integrantes mantienen en su contexto inmediato. Sobre ese discurso concreto se va a efectuar el análisis estructural de sus elementos, sean o no lingüísticos, referidos a los temas objeto de la investigación. En un proceso de análisis muy distinto al que se sigue con la técnica estadística que lo elabora a partir de la cuantificación de respuestas cerradas, parciales —sí, no, de acuerdo, en desacuerdo, etc.—. El grupo de discusión facilita la expresión sin límites dicotómicos y permite el recurso del lenguaje no verbal —gestos, silencios, risas—.

En este estudio se formaron 11 gru-

(*) Correspondencia: Sección de Educación Sanitaria. Consejería de Salud. Avda. República Argentina, 21-2.º. Sevilla - 41011.

(**) Estudio promovido por la Diputación Provincial de Cádiz con la colaboración de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Formaron parte del equipo investigador, Christine Claeys Bouvaert, Josefa Ruiz Fernández y Paulino Campo Moreno.

pos de discusión y 10 entrevistas en profundidad con consumidores de las distintas drogas. Se había elaborado un guión orientativo de los temas que debían tratarse, sin excluir los que surgieran en el desarrollo de la reunión de grupo o la entrevista, que hicieran referencia a la problemática general de los jóvenes y el consumo de drogas. Se realizaron entre julio y septiembre de 1984 en diferentes localidades de la provincia y con jóvenes de distintas características socioculturales. Sus edades oscilaron entre los 13 y los 26 años.

Para contactar con los consumidores de heroína —y con el resto de jóvenes—, excepto en dos casos, se siguieron vías no institucionales; es decir, se accedía a los jóvenes en sus espacios habituales (plazas, calles, bares, etc.) a través de una persona que ejercía de enlace entre ellos y el equipo investigador. Se proponía su participación en la reunión de grupo o en la entrevista y fueron muy pocos los que se negaron a participar.

A continuación se presentan los resultados. Primero se analiza la situación de los consumidores de heroína —principales problemas, opiniones sobre las drogas, factores que asocian al consumo, expectativas y vías de salida—. En segundo lugar, se analiza la situación general de los jóvenes consumidores de drogas distintas a la heroína —jóvenes que dejan la escuela y se encuentran en paro, estudiantes—.

1. JOVENES CONSUMIDORES DE HEROINA

1.1. *Problemas principales*

- El paro como elemento diferenciador entre los jóvenes.

El paro es uno de los principales problemas de los consumidores de heroína.

Es una situación que condiciona el estado de ánimo y que diferencia a los jóvenes entre sí. En un grupo con componentes entre 21 a 26 años se dice: «Menos unos que van a la vendimia ahora estamos hechos polvo total, económicamente, físicamente y de trabajo» (1).

Sin embargo, quien tiene un empleo se sitúa fuera de este desastre de vida y se desmarca del resto del grupo: «Yo no, ¿eh?, yo no... yo estoy casao y tengo un currelo, ¿no?, y lo llevo bien hasta ahora» (1). Aun así, el paro se convierte en el tema central del discurso de estos jóvenes que generalizan al máximo el problema intentando difuminar su propia situación: «La mayoría de la gente está como nosotros»; «Andalucía entera está hecha polvo de currelo» (1). Del grupo emerge un discurso de clase que trata de explicar las causas del paro: «Aquí hay una burguesía metía que no invierte... al revés, se lo gastan por ahí» (1). Sin embargo, la crítica es contenida y ni mucho menos se radicaliza; después de todo, estos jóvenes reconocen estar en las manos del inversor: «No echan una mano, yo qué sé, a que monten una fábrica» (1). Llegan a utilizar un discurso de argot buscando la solidaridad/complicidad de los que no les dan trabajo: «Tienen la pasta y no se enrollan» (1). Pero la crítica así, se convierte en súplica: al inversor se le está pidiendo un favor (similar al «enróllate, tío»). Esa censura al inversor va a exigir una expiación de culpa aún mayor: no hasta la súplica, los jóvenes tienen que atribuirse la responsabilidad personal por estar en paro. Y lo hacen:

— bien a través de una especie de determinismo genético: «Pero hay tíos que salen (nacen) currantes, ¿entiendes?, y por poco trabajo que haya, siempre se buscan la vida currando...

¿cuántas veces te levantas tú por las mañanas a buscar trabajo?; como no lo encuentras es en tu casa, seguro...» (1);

— bien aceptando la lógica democrática que distribuye a todos la responsabilidad de los problemas sociales, en este caso del paro, se esté en cualquier espacio —«en tu casa»— o en cualquier tiempo —«por la mañana»—.

De modo que muchos jóvenes terminan asumiendo el silogismo: estar en paro es ser un vago (parece que quien no trabaja es porque no quiere): «Somos unos pasotas, de estos que nos quedamos en un momento dao en casa y que vengan aquí a decirme...» (1); «lo que te hace es eso (estar sin trabajo), hacer el vago, hacerte un vago...» (1). Es sólo el joven del grupo con empleo fijo quien vuelve a establecer las diferencias evitando que le confundan: «Pues yo estoy a gusto y estoy currando» (1). Parece que únicamente los que tienen trabajo pueden hacerse respetar.

- El trabajo subterráneo y el gasto desproporcionado.

La falta de un puesto de trabajo supone a muchos jóvenes no disponer de dinero. El dinero ejerce de enlace, conecta al joven con el consumismo y al consumismo con el joven. Si no se tiene dinero se rompe la mediación y aparece un bloqueo, una paralización de movimientos: «Es que no te puedes ir a tomar... ¡ná! porque no tienes un duro» (1); «Yo no puedo salir por la tarde sin dinero, eso te lo digo fijo; fijo, yo no puedo salir sin dinero» (2).

Como principal sector ocioso de la población, a los jóvenes, sin distinción de situación laboral, se les dirigen intensos reclamos propagandísticos de consumo y gasto. Esta situación de ex-

clusión, de marginación, genera códigos propios de producción de dinero y códigos propios de ocio y consumo: «Nos buscábamos la vida yendo por chocolate a Ceuta» (1); «Salgo a la calle, no tengo un duro, ¿a dónde vas?: a la barriada; si vas a la barriada ya está... que si uno tiene dinero y ya lo escuchas de qué va... a chutarse; el otro que ha ido, que ha robao y tiene un aparato pa venderlo... yo me busco la vida pa vender ese aparato y poderme ganar algo» (1).

Ciertos jóvenes, en su intento por presentarse como personas activas (a pesar de su condición de parados), capaces de conseguir dinero y aparecer útiles, dirigen su potencial de trabajo a actividades marginales y, en muchas ocasiones, ilegales. Es lo que se llama «buscarse la vida»: la resolución de problemas cotidianos —de subsistencia y/o consumismo— desde una posición de desventaja, de desigualdad. Es el sustituto ilegal de la situación de paro legal. Al ser un recurso que genera dinero es la alternativa al bloqueo, a la parálisis: «Si no hay trabajo con algo te tienes que buscar la vida, parao no te vas a quedar» (3). Determinados jóvenes, buscándose la vida y consiguiendo dinero:

— recobran la condición de productivos y de consumidores: «A to el mundo le gusta salir, pa eso hay que llevar cien duros en el bolsillo» (3);

— alcanzan cierta autonomía personal: «Si me quiero abrir, pues tener dinero pa abrirte, ¿no?, y no tener que estar por ahí como un pordiosero» (3);

— aparecen útiles ante los padres: «Te ven llegar con dos mil pesetas en el bolsillo; ya saben de qué viene eso, porque de trabajar no va a ser... porque si no hay trabajo, ¿entiendes?, eso viene de choricear, ¿no?... y ya llegaba el punto en mi casa de que yo llegaba y

mi vieja no decía na, yo llegaba y decía, esto para ti y esto pa ti y esto pa mí» (3);

— sacan adelante a la propia familia (buscarse la vida y traficar con drogas se legitima como recurso habitual para obtener dinero): «Si no tengo trabajo, pues tengo que buscarme la vida para darles de comer a los tres críos. Tengo y tengo que volver al mundo de la droga para buscarme la vida» (2).

— cubren sus gastos de dependencia de la heroína: «No tienes trabajo, no tienes ná... ¿y tú qué haces?, si tú estás metío en el polvo, te, te, tendrás que choricear y tendrás que robar, ¿qué remedio te queda?» (4).

Conseguir dinero ilegal resulta fácil para algunos de los jóvenes a pesar de los riesgos. Con el tráfico de drogas, sobre todo, parece generarse dinero abundante que, sin embargo, se gasta de una forma rápida y desproporcionada. Con el dinero ilegal se establece un concepto distinto del consumismo, es decir, del gasto exagerado y sin control: «Yo me hice en mi casa con un millón de pesetas, contao, ¿no?, y no me duró ná, no duró ná» (1); «Tú ganas hoy cien mil pesetas, cien mil pesetas que te gastas» (4).

Aunque el dinero así obtenido se dirige principalmente al consumo de heroína, también se produce un gasto que, a veces, imita lo que otras clases sociales se permiten: «Si tienes dinero, vamos, te pasas el día como los marqueses, los moros esos que llegan ahí a Marbella, pues igual. Si ellos pueden hacerlo, lo puedo hacer yo también» (4). Parece que ese gasto ostentoso —como tal, es sólo un gasto (gesto) de apariencia—, posibilita a ciertos jóvenes su ingreso momentáneo en un consumismo de élite, en otra clase social, en un intento por alejarse (ilusoria y temporalmente) de la que pertenecen.

El gasto desproporcionado de ciertos jóvenes sirve para aparentar imitando algo que no son —«como los marqueses»— y da lugar a conductas y comportamientos prohibidos en el status de origen —«si ellos pueden, yo también»—. Hay un deseo de reintegración y reconocimiento a través del dinero y del gasto, que se presentan, falsamente, como signos que borran las diferencias e igualan a los individuos —«si tienes dinero como los marqueses...»—. Así pues, el dinero conseguido en forma ilegal parece canalizarse a través de un consumismo incontrolado (de alguna manera también ilícito).

No sucede así con el dinero obtenido con un puesto de trabajo legal que se valora en forma muy distinta: «Yo a lo mejor de lo que cobro que es sudao por mí, a lo mejor cojo un taleguito nada más pa meterme un chute, ¿no?, ya está. Lo demás va todo para mi casa...» (1); «no me duele ná gastar el dinero de la vendimia...!, y fíjate que tengo dinero, ¿no?... porque tengo chocolate y tengo el currelo, pues me duele gastar más el dinero de la vendimia que el que estoy vendiendo...» (1). De modo que el dinero obtenido legalmente se conserva (es un bien escaso) a diferencia del ilegal, que se derrocha.

- Dependencia de la heroína.

Algunos de los jóvenes consultados eran consumidores de heroína desde hacía años. Varios hicieron una descripción dramática de su situación en la que mezclaron impotencia y angustia. Algún joven habló de autoagredirse: «Estoy pensando na más cómo me la voy a clavar, en dónde... pero ya no tengo ni sitio» (2). Otro habló de agredir: «Na más por pincharte, ¿no?, eres capaz de matar, ¿no?, si hace falta» (3). Ambos discursos reflejan situaciones desesperadas y actúan como llamadas

de atención por los problemas con la heroína. Parece que el dependiente extremo no controla el consumo y todo su tiempo y actividad lo concentra en conseguir la dosis: «Na más te levantas por la mañana, a buscarte la vida por un chute» (3). Sin embargo, también hay jóvenes para los que su consumo de heroína, aparentemente, no constituye un drama: «Yo he sabío parar y decir, ojú, tengo que parar... yo no estoy enganchao, como tú, yo no estoy enganchao» (5). En los casos donde el consumo de heroína parece que ha sido regulado o controlado, la dependencia desesperada da paso a la resignación o a la simple hartura: «Te gusta, pero estás harto» (1), con lo que se ofrece una imagen desmitificada de la dependencia.

Para algunos jóvenes dependientes, el único factor del consumo de heroína que genera angustia es el síndrome. Parece que los auténticos problemas no los trae la heroína, sino su falta. Es el «mono» lo que hay que tratar de evitar: «El que no se quiere quitar es porque tiene dinero o tiene heroína y entonces no siente lo que es el mono; cuando lo sientes de verdad es cuando te ves derrotado» (2). Evitar el «mono», el síndrome, es cuestión de recursos, de dinero. Parece generalizada, entre los jóvenes dependientes, la actitud de mantener el consumo de heroína si disponen de dinero: «Todo lo que tengas, para la heroína...; cuanto más tengas, más te metes» (4); «No tengo nunca dinero, nunca, pero cuando tengo 1.000 duros, 2.000 duros, 3.000 duros... es para caballo» (1); «Mientras que tenga para un chute y hasta que no se termine, no te vas, eso es fijo» (2).

Aunque algunos jóvenes reiteran también el deseo de abandonar la heroína, se reconocen incapaces de superar, por sí solos y sin ayuda externa, su dependencia física y psíquica: «Por

mucho que tú te quieras quitar, por mucho que tú te digas ¡viejo!... es que es difícil, es difícil quitarse, ¿eh?... si no te ayudan... es difícil, si no te ayudan» (4). Sólo cuando la situación se hace insostenible física y económicamente, algunos jóvenes se ven obligados a iniciar la desintoxicación.

- Relación familiar.

Aunque algunas familias desconocen el consumo de heroína de sus hijos, la gran mayoría de los padres lo saben. En algunas ocasiones, ciertos padres intentan poner remedio a la situación, pero otros se resignan y aparecen impotentes ante el problema, sin saber qué hacer: «Mi madre, la verdad... no sabe... no sabe cómo hacer ná... ya me conoce, ya sabe cómo soy» (2).

La mayoría de los jóvenes que toman heroína reconocen que su conducta altera la relación familiar: «No te digo ná la que se armó cuando se enteró mi padre» (1); «Mi vieja se echa a llorar, mi viejo se queda cortao perdido» (4). En algunos momentos, y en ciertas familias, se llega a una situación extrema: «Ahora con esto de la heroína es demasiao ya, uff, agobiante, agobiante pero agobiante al máximo» (6). Algunos jóvenes acrecientan su sentido de culpa y se responsabilizan de todo lo negativo que ha ocurrido en su familia desde que dejaron de ser niños: «Toda la bronca que me he tenido que llevar, se la ha llevado mi vieja, la pobrecita, o sea que más que nada, las peleas entre ellos son por culpa mía... casi siempre broncas por culpa mía, siempre he estao dando problemas, menos cuando he estao acostao o cuando chico» (6).

Sin embargo, otros jóvenes también desarrollan su sentido de culpa cuando las familias asumen e integran su condición de consumidores de heroína

y cuando los padres «comprenden» la dependencia del hijo: «Demasiao buena gente son mis padres que me comprenden... vamos que... se preocupa mi padre por mí mucho... para como yo soy, que reconozco que soy chungo» (1); «Tengo un padre que es un pedazo de pan que lo comprende tó» (4). Del discurso de otros jóvenes se desprende también un velado resentimiento, una crítica sutil hacia la conducta de los padres, no sólo por la posición que toman respecto a su dependencia de la heroína, sino por la relación general que mantienen —o han mantenido— con ellos: «Porque a mí mi viejo si me hubiera cogío, en aquel momento que me echaron del colegio, me hubiera cogío y me hubiera metío en otro colegio, ¿no?, y si me hubiera cogío y me hubiera metío en un trabajito... po entonces no pasaría ná, porque entonces yo estaría acostumbrao a trabajar, ¿no?» (3). Este joven critica la despreocupación del padre por su futuro y le culpa, subrepticamente, de su situación actual. La incomunicación y el distanciamiento entre ciertos padres e hijos se genera antes de que muchos de éstos empiecen con el consumo de heroína. Cuando conocen el consumo de sus hijos, hay padres que no afrontan el problema, o que adoptan una ceguera voluntaria: «Que no se lo quieren creer» (4). Algunos llegan a establecer una relación de absoluta indiferencia ante el consumo de heroína del hijo: «En mi familia la única persona que sabe que yo me he picao ha sido mi vieja, que una vez me ligó con la jeringuilla allí en la casa... pero que vamos... que conmigo se ha portao... y no me ha hablao, ¿no? y no me ha dicho, mira esto no puede ser y eso» (5). Hay quienes se limitan a incidir en el problema superficialmente: «Ellos lo saben, no quieren que me chutete y eso es lógico, me ven en casa chutándome y hay bronca, pero punto...» (4). Esta actitud general de tolerancia,

producto de la impotencia de los padres ante un problema nuevo que desconocen cómo tratar, llega a tener una mínima presión simbólica —«hay bronca pero punto»—, afianza una nueva relación familiar, acaba legitimando la conducta del hijo y, curiosamente, llega a sorprender al propio consumidor de heroína: «Y tú llegas a mi casa y sabiendo mi padre cómo soy yo, a lo que yo quiera... en mi casa... a ver el vídeo, a chutarme dentro pero por la cara; coger la habitación, ¡omá, tráeme una cuchara y un vaso de agua! ¡ea!, a chutarme allí por la cara, pero por la cara ¿no?, pero por la cara vamos ¡joer! demasiao consiente mi padre» (1). Algunos jóvenes se sorprenden de que ni tan siquiera con comportamientos suicidas frente a sus padres se les preste la atención adecuada o tomen alguna medida. Las reiteradas llamadas de atención de estos jóvenes —«me ven en casa chutándome», «omá, tráeme la cuchara»—, no encuentran otra respuesta que la actitud pasiva o cómplice de algunos padres, que en ciertos casos no buscan alternativas y prosiguen su relación de distanciamiento, incomunicación y despreocupación habitual.

La postura de no afrontar el consumo de heroína del hijo/a —que trata, ante todo, de evitar mayores desequilibrios familiares—, no facilita la deshabituación del joven consumidor.

Pero en las familias donde las relaciones con los hijos no están sólo basadas en la pasividad y la sobreprotección, sino, por ejemplo, en el autoritarismo, las consecuencias son también funestas: «... no encontraba confianza y porque mi (padre)... un tío que no es malo ¿no?, mi padre es bueno, cantidad de buena gente, pero uff..., no creo yo que mantenga una conversación; a mí nada más que me ve hablando y a

lo mejor le digo cualquier palabra malamente y... ya está diciendo: "me das asco..."; yo es que creo que si le hubiera dicho la palabra chutándome ya... uff, o sea ya me hubiera dao una bronca o por esa palabra o por: mira, papá me estoy inyectando, ofú, ¡yo eso déjame a mi padre...!, uff, uff, qué va, qué va, no porque yo (sé) cómo reacciona mi padre... y nunca» (6).

Por otro lado, el sentimiento de fracaso de los jóvenes ante los padres también aparece por estar en paro, no ser productivo y no aportar dinero: «No tienes un curro, no tienes trabajo, no tienes ná...; la familia por un lao, que pegándote el toque, que hay que trabajar porque no hay dinero...» (4); «Mi padre estará diciendo: «¿qué?, ¿aquí... del aire?... si metiera algo ¿no?... pero que la mayoría de los padres lo tienen que pensar porque... llevas muchos años sin dar golpe» (1). La presión familiar, aunque también simbólica —«pegándote el toque»—, obliga a ciertos jóvenes a generar dinero, a buscarse la vida. El principio económico de eficacia y productividad se potencia entre los jóvenes social y familiarmente desde temprana edad: «Las broncas que tú escuchas a los viejos ¿no?, to a cuenta del parné y eso ¿no? porque... uno será chico pero no es tonto ¿no? y se queda con la película ¿no?, aquí no hay que estudiar, lo que hay que hacer es trabajar» (4).

1.2. Opiniones sobre las distintas drogas

La heroína es la droga de la contradicción. Juzgar la heroína supone opiniones cruzadas de placer y dolor, seguridad y angustia, tranquilidad y desorden: «Hoy eres un tío, hoy te metes y estás hecho un machote, le echas cara al asunto... lo que te pongan por delante... mañana estás hecho polvo»

(4). Hay un rechazo formal al consumo: «En el fondo todos queremos quitarnos» (1). Sin embargo, la dependencia modifica la intención: «Es algo tan sutil, tan suave, que poco a poco te va absorbiendo sin darte cuenta...» (7).

La falta de dinero puede ser la señal con la que algunos jóvenes descubren su dependencia. Otros, cuando creen contar con recursos propios, vuelven a encubrirlos: «... me ha gustao, porque soy tan vicioso como el que más ¿no?... pero he sabío llevarla, he sabío decir: aquí me tengo que aguantar por lo menos 3 ó 4 días» (5).

La marginación hacia los consumidores habituales de heroína no sólo aparece desde el contexto familiar: «La policía donde nos ve, nos ven en una reunión sentaos y fuuu, ahí van ellos, venga papela, cacheo... tú dices uff ¿qué documentación?, y como saben que uno está enganchao, venga pa dentro» (8). Algunos consumidores habituales de heroína opinan que los sistemas policial y judicial mantienen actuaciones discriminatorias y parciales con ellos: «Tiran a los más débiles, es a los que más pega la ley... es a los que le pegan» (5). Además de poder ser conducidos a las comisarías, tomar heroína puede llegar a reportar a ciertos jóvenes algunas enfermedades derivadas de las escasas condiciones higiénicas: «Tú tiene el monazo, tú no te vas a quedar sin metértela, o sea que con la primera jeringuilla que te encuentras, con ésa te la vas a meter... y eso es lo que pasa, terminas teniendo un hepatitón del octavo» (4). Cuando la dependencia es extrema y se carece de recursos económicos, algunos consumidores recurren al robo.

Pero a pesar de las opiniones de muchos jóvenes contra la heroína y a pesar de sus riesgos y consecuencias, al-

gunos jóvenes insisten no poder dejar su consumo: «Claro, claro que estoy harto... pero aquí en el caballo, aquí en el caballo, es como todo ¿no?, te digo que lo odio, no me gusta pero me llama y voy... porque me llama, no voy yo a él... es él el que me llama a mí, una cosa que no puedo yo, a ver si me entiendes» (1). Este joven asume «colocarse» en un lugar distinto, se sitúa aparte —«aquí en el caballo»— y sin embargo su nueva localización parece presentarse como el resto de las situaciones que conoce —«es como todo»—. Aparece incomunicado, en tanto que es simple receptor del mensaje que se emite —«me llama»— y en actitud pasiva en cuanto que se limita a obedecer —«y voy»—. Parece no disponer de voluntad ni de capacidad de decisión —«una cosa que no puedo yo»— e intenta hacerse comprender (crear) —«a ver si me entiendes»—, a través de un discurso carente de lógica, donde una especie de llamada sobrenatural le impone el destino. La mitificación de la dependencia es una de las justificaciones del consumidor de heroína. Parece que ante su «llamada» no hay nada que hacer (como ante cualquier «orden» o código impuesto y sin lógica).

Respecto a las otras drogas, los consumidores habituales establecen una jerarquía entre ellas, en la que la heroína ocupa un lugar especial. Es la droga final de una progresión en el consumo de productos que parece tener su inicio en drogas legales como el alcohol y el tabaco. Varios jóvenes asocian el concepto de droga con el de sustancia nociva y no sólo con el de producto susceptible de crear dependencia. Sin embargo, las opiniones de los consumidores sobre las demás drogas están mediatizadas por su consumo de heroína. Los jóvenes se sirven de ella, como punto de comparación con el resto de las drogas que consu-

men: «Una vez metió en el polvo ya... ya ni pastillas ni tripin ni nada... ya uno eso... sólo polvo» (8). Para otros, es la dependencia la que define los efectos perjudiciales de las distintas drogas, sin tener en cuenta más consecuencias. Por ello, algunas sustancias cuentan con buena opinión: «Porros te puedes fumar 80.000, que no te pasa ná» (3); «La coca es otro rollo... la coca es un punto tío y el ácido ya es demasiao» (1). De modo que la única droga que ocasiona preocupación real a los consumidores es la heroína. Ni el hachís, el alcohol, los fármacos, la cocaína, etc., son sustancias juzgadas con el dramatismo de la heroína. El hachís parece consumirse en cualquier circunstancia y lugar, mientras que la cocaína tiene un uso más esporádico. Las anfetaminas y el LSD parecen tener un mayor consumo en días y celebraciones especiales (fiestas, feria, Carnaval, Navidades), en acontecimientos que imponen un ritmo intenso, en los que se utilizan estos productos para aguantar el cansancio y compensar el desgaste.

Las drogas legales, como el tabaco y sobre todo el alcohol, tienen a su favor la tradición y el culto popular (las fiestas de la vendimia, la feria del vino, la publicidad). Son productos cotidianos para jóvenes, adultos y ancianos, y su consumo está aceptado y disculpado socialmente.

A lo largo de todo el estudio no hubo referencia alguna al uso de inhalables.

1.3. Factores que asocian los jóvenes al consumo de drogas

A veces, ni la curiosidad es mencionada por algunos jóvenes como el detonante para su inicio en el consumo de ciertas drogas. Sin razones aparentes, sin saber bien por qué, sin una ex-

plicación racional a su inicio en el consumo —«me enganché tontamente»— (3), se impone un ritmo vertiginoso que parece llevarles, casi por inercia, a probar todas aquellas drogas disponibles en el mercado: «Empezamos con las pastillas, empezamos con los tripis... ya empezamos con los chutes, pum, pum; ya eso con 17 años; ya estaba uno metío, ya sabía uno de qué iba la cosa ¿no?... ya ahí, pues venga chutes, venga chutes» (4).

Hay jóvenes que sí dicen apoyarse en la curiosidad, aunque este concepto quede corto para explicar el origen del consumo de ciertas drogas. Puede encubrir el deseo de algunos jóvenes por someterse a una prueba, por comprobar si son capaces, ante otros, de demostrar que tienen decisión propia, personalidad, valor.

Una situación de disponibilidad —«pues veía» (1)— unida a una especie de deseo de conocimiento —«por saber lo que es» (1)—, puede inducir a ciertos jóvenes al consumo de determinados productos, que se presentan como desencadenantes de experiencias imprevisibles y en las que aparentemente puede ocurrir de todo —«a ver lo que pasa» (1)—. Si se superan los previsibles riesgos de su consumo —«te cae bien» (1)— y además se es capaz de saltar, sin excesivas dificultades, sobre una prohibición social —tomar ciertas drogas es una acción socialmente transgresora—, ciertos jóvenes parecen animarse a repetir la experiencia —«voy a fumar otro» (1)—. El acto experimental puede dar paso a un consumo más continuo, más frecuente, que retoma una forma mecánica, automatizada —«pum, pum...» (4)— con la que el consumidor se instruye sobre ciertas drogas y adquiere confianza con lo que hace —«vas cogiendo el rollo, el rollo, el rollo» (4)—.

El refuerzo fundamental a la conducta se consigue con el estímulo y la presión simbólica del grupo de amigos —«ya los colegas bu, bu, bu»—, que junto a la disponibilidad apuntada, pueden llegar a ser razones muy influyentes para el inicio o el mantenimiento del consumo de drogas en algunos jóvenes (en especial de la heroína): «¿Que van de polvo?, pues tú vas de polvo, eso del tirón, por mucha fuerza de voluntad que tengas, el colega siempre te... te conduce a decir... el chute» (4); «Ya salta uno, “ven acá que te voy a invitar” que si esto está bueno y tal» (8).

- El valor simbólico de determinadas drogas.

Cualquier grupo de amigos puede cubrir un deseo de comunicación y puede satisfacer las necesidades mínimas de relación interpersonal. La integración en un grupo supone a los jóvenes identificarse con sus códigos de funcionamiento interno, supone mantener los mismos intereses, seguir las mismas conductas —«vamos a ir todos a lo mismo»—. Los jóvenes, en su grupo de amigos, llegan a compartir objetivos, amistad, inquietudes, ocio y también, en algunos casos, llegan a compartir drogas —«otra vez con la misma gente... otra vez a chutarme» (2)—. Las drogas aparecen, en muchos grupos de jóvenes, como nuevos elementos de interrelación de alto valor simbólico y con un significado de intercambio afectivo que va más allá del placer —«ven, que te voy a invitar, que esto está bueno»— (se asume íntegramente un mensaje similar al de Tabacalera: «regalar tabaco es regalar amistad»).

Como intercambio afectivo, las drogas refuerzan la cohesión interna y ratifican la pertenencia al grupo: «Que van de polvo, pues tú vas de polvo» (4).

Se genera así un mimetismo en el consumo, explicable por el interés de algunos jóvenes de no quedar aislados. En efecto, no compartir el consumo de drogas con los amigos implica no aceptar su complicidad, rechazar sus códigos de relación y no corresponder a sus signos de afecto. En suma, podría suponerles el apartamiento del grupo, la exclusión. En este sentido, algunos jóvenes no parecen dispuestos a seguir consumiendo determinadas drogas y aceptan el aislamiento y la huida del ambiente como únicas alternativas posibles:

«Yo veo una cosa chungu, pero para mí, es aislarme total aquí en Algeciras viejo. Porque aquí en Algeciras qué ibas a hacer ¿to el día metío en tu casa?... si vas a la Granja hay polvo, si vas aquí hay polvo, si vas allí hay polvo... ¿qué vas a hacer? vas a estar... Yo es que no puedo estar encerrao en mi casa, viejo, como esté encerrao en mi casa me vuelvo majareta» (4).

Sin embargo, la alternativa no es soportable. Aceptar la exclusión y la no integración al medio, sin recursos económicos y soportando la posible presión familiar, supone una contradicción mayor, la marginación absoluta, supone la locura —«como esté encerrao en mi casa me vuelvo majareta»—. La necesidad de integración impone el regreso de estos jóvenes al grupo de amigos, al medio habitual. Los ex-consumidores temporales de heroína se readaptan al ambiente ante la imposibilidad real de abandonar el contexto: «Esto está condenao, aquí por todos los laos por donde vayas, por donde vayas, vas ahí y hay heroína, vas a esos pisos hay heroína... te tienes que ir de aquí» (8); «Porque la única manera, para mí, para mí de quitarse uno del polvo, es decir, me voy a otro sitio y hago mi vida en otro sitio ¿entiendes?» (4).

En las zonas donde existe gran disponibilidad de heroína, muchos jóvenes se limitan a integrarse en sus círculos más próximos: ni son inadaptados sociales ni son marginados. Dentro de su contexto, el aislamiento del grupo es lo que les llevaría a la marginación: «Allí se juntan 40 que se pican, y allí igual... ¿no? o sea que estamos rodeaos... por eso te digo, a donde vayas, está todo el mundo enganchao» (3). Todas las salidas parecen bloqueadas: «Estamos rodeaos». Por ello, muchos jóvenes se presentan libres de culpa por su consumo de heroína y tratan de explicar cómo las causas de su consumo de drogas están siempre fuera de ellos mismos: «Cinco años jugando con la heroína sin ninguna culpa» (2); «Estás tú solo porque nadie te dice que no lo hagas, nada más que tu padre y tu vieja, nada más; son los únicos que te lo dicen... no hagas esto, no hagas lo otro, pero como tú estás en la calle... no tienes dinero, y como no sabes lo que hacer, caes en todo, en todo caes aunque no quieras» (3). Según este joven a lo que acostumbra estar en la calle es a realizar acciones contrarias a la voluntad, sobre todo cuando no se tiene orientación sobre lo que se ha de hacer y no se dispone de recursos económicos ni capacidad de decisión ante ciertas situaciones.

También parece que ciertos profesores, en algunos colegios, no han ofrecido más estímulos que la represión: «A mí nada más que me han dao palos, palos ná más» (3). Bastantes jóvenes relatan cómo su paso por la escuela estuvo marcado por la discriminación, la violencia y el autoritarismo: «¿En el colegio?, yo nunca he estao, bueno... he estao y no he estao... cuando iba, el maestro me echaba pa fuera, me decía, ponte ahí en el pasillo» (2).

Algunos jóvenes explican su proceso de inicio en el consumo de ciertas dro-

gas —con 14 años o menos— rehuyen-do su responsabilidad y presentándolo rodeado de infantilidad: «El primer porro con 14 años, me acordaré toda mi vida, fue en una fiesta de estas de... de estas que se hacen, ná... entre críos... se hizo uno un petardito... y ya pues ná, todo el mundo con el colcazo de priva... ¡niños!, ya ves, de las primeras tajás» (4).

Pero hay jóvenes que no rodean de infantilismo su inicio en el consumo de drogas. Muy al contrario, aparece como una conducta meritoria, una fórmula u distinción personal: «Que no fue como esta gente que empezaron a comprar un porro en la barriada; yo conocí a una gente muy gorda en aquellos tiempos del hachís, un contacto muy guay... hace ya 10 años, entonces el hachís no estaba como está hoy... no fumaba más que a lo mejor tres viejos y cuatro niños ya demasiao espabilaos» (1). En otra época tomar ciertas drogas suponía destacar sobre los demás, formar parte de una élite de iniciados. Hoy la situación parece ser distinta —«el hachís no estaba como está hoy»— y los propios consumidores experimentados y habituales se asombran por la generalización del uso y la enorme disponibilidad de drogas: «No es igual que antes uff... ha cambiado mucho...; hay críos que... flipo y digo ¿será posible?... ves a cada crío fumando un porro que te quedas alucinao» (2). «Aquí todos los chavales, toda la juventud, aquí en los Junquillos, en la Tunara... todos los chavales se pican, todos los chavales, esto es una enfermedad, yo qué sé viejo» (8).

Por otro lado también hay jóvenes que asocian el consumo de heroína a la evasión de situaciones personales adversas.

Para otros, el consumo de heroína y de otras drogas suple la falta de expec-

tativas y de alternativas que ofrece el medio: «Aquí es que no hay, no hay, no hay ná, no tienes tú por dónde tirar... que no. Te encuentras ahí tirao y ya no... aburrío ¿qué vas a hacer?... fumar y ponerte ciego» (1).

«Tiene un curro, tío ¿entiendes?, tiene una obligación, tiene un entretenimiento, ahora ¿cómo te vas a entretener?, ¿haciendo footing pa ponerte cachas o ponerte hecho un atleta?, ¿pa qué?, ¿tú vas a ir a una olimpiada?, ¿en eso te vas a entretener? Tienes que entretenerte en una cosa pa tener dinero y tú poder decir, yo tengo mis duros, y hoy sábado me lo voy a gastar en una discoteca, o me lo voy a gastar con mi mujer y mi hijo, o me lo voy a gastar en ropa, ¿entiendes lo que te digo?; un currelo, que te metan en un trabajo. Con la basca que rulas siempre vuelves a caer, porque aquí en Algeciras lo que tenemos es la Plaza Alta que es el único sitio donde tiene... donde uno puede ir por la mañana pa tomarse una cerveza, o algún sitio donde está el ambiente... ¿a dónde vas a ir?, ¿al parque a escuchar los pajaritos o a leer un libro?, porque no... te puedes leer un libro pero eso yo no lo veo... pa mí leer un libro yo no lo veo; pa mí entretenerme... un comic, a mí me gusta leerlo, tomarme una cerveza en la Plaza Alta o ¿dónde te digo yo?... en el paseo Marítimo... pero siempre pasas por donde está el colega, la gente que te... que te vuelve a meter en el polvo; pero eso... el trabajo sobre todo» (5).

La influencia afectiva y el tipo de relación que se establece en algunas parejas puede ser un condicionante importante en el consumo de drogas. Si alguien de la pareja toma algún producto, el otro puede imitarle: «Yo estaba saliendo con otro chaval, lo probé y como me pinché con su misma jeringa... cogí la hepatitis» (7).

Las zonas con fuerte tradición en el contrabando aparecen con una gran disponibilidad de drogas y concentran a muchos jóvenes parados que se «buscan la vida» traficando con ellas. Estos jóvenes están muy condicionados por su continuo contacto con todas las drogas, y en particular con la heroína: «Hoy no quiero ni mañana tampoco, pero llega el día ya que te lo tienes que meter, te lo tienes que meter por estar con ello» (2).

En síntesis, los factores que asocian los jóvenes al consumo de heroína son:

- La falta de un puesto de trabajo.
- La disponibilidad de drogas existente en algunas zonas.
- La adquisición de dinero ilegal con facilidad.
- La presión a favor del consumo que ejerce el grupo de amigos. La necesidad de integración en él para no quedar aislados.
- La orientación poco adecuada que se recibe en la escuela.
- La relación de distanciamiento o incomunicación con los padres.
- La ausencia en el entorno de alternativas y expectativas.
- La fuerte tradición en el contrabando de drogas en ciertas zonas en las que se concentran los jóvenes sin empleo.
- La influencia afectiva de algún consumidor en la pareja.
- La evasión de situaciones conflictivas.
- Infantilidad y mérito. El inicio en el consumo de ciertas drogas se presenta como resultado de una conducta infantil. En otras ocasiones aparece como un comportamiento meritorio ante los demás.

1.4. Expectativas

La mayoría de los jóvenes consumidores de heroína que formaron parte de

la investigación presentan sus expectativas de futuro desde su condición de desviados sociales. Aunque en su grupo de pertenencia y en su contexto más inmediato muchos jóvenes no aparecen como marginados (puesto que están integrados en su ambiente cotidiano y aceptan sus códigos y normas), a niveles macrosociales sí lo son, por cuanto que la normatividad cultural y legal designa con el etiquetamiento de marginados y desviados a aquellos individuos que mantienen conductas no aceptadas por la sociedad en su conjunto (consumo de drogas como la heroína o conseguir dinero en forma ilegal mediante el robo y el tráfico).

Cuando estos jóvenes aceptan el atributo social de desviados, quedan «marcados», «etiquetados», interiorizando unas características específicas que les diferencian de los demás individuos (es decir, toman conciencia de que sus conductas son transgresoras, no son normales, son, efectivamente, desviadas). Asumen esta condición nueva que parece obligarles a reiterar sólo las conductas que cabe esperar del nuevo papel social; es decir, puesto que han sido designados como desviados sociales han de responder sólo con conductas desviadas (conductas, por otro lado, que sólo son ya las esperadas por los demás): «Pero llegará el día que te falte tu vieja y tu viejo ¿no?... y ya la cosa cambia ahí... porque si tú ahora mismito tienes un plato de comida caliente ¿no? cuando se muera tu viejo y tu vieja no lo vas a tener y si tú eres un chorizo pues lo más lógico es que te vayas a la calle a robar o lo que sea para comer, ahora que si estás enganchao ya no miras por la comida ni por ná... ya miras nada más que por pincharte» (3).

Hay una dinámica de marginación que limita las posibilidades de readap-

tación posterior y dificultan el regreso a la «normalidad». Para acabar con el etiquetamiento de desviados, con que se les diferencia de los demás, muchos consumidores de heroína se esfuerzan o sueñan en conseguir la normalización, la máxima reintegración, a través de los métodos más tradicionales y eficaces: «Yo necesito tiempo para rehacerme otra vez... a lo cotidiano, a lo normal... y poder tener mi casa, hacer mi hogar y vivir como vive la demás gente que no se droga» (7).

«Yo con un trabajo, no pido más, no pido nada más que un trabajo... es lo único que necesito ahora, coger a mi chavala e irnos los dos a vivir juntos» (5).

«Yo ahora cuando salga de la mili, si Dios quiere que saque el carné de primera ¿entiendes?, me busco un currulito en un camión que es lo que me gusta, conducir, un trabajito del tirón, yo un trabajito es lo único que aspiro» (5); «Mira, yo no pido más que eso... y ya no pido más, el currulo que esté bien, que no esté malamente... el currulo, lo normal, albañil y esas cosas... eso nada más que pedimos, fíjate» (1).

Se desea intensamente la «normalización» que conlleva disponer de un empleo, de un puesto de trabajo. Ciertos jóvenes que toman heroína muestran su disposición a él ofreciéndose —llamativamente— para los puestos más duros o penosos. El oficio concreto, según parece, es lo de menos; se trata principalmente de conseguir la condición (la etiqueta) de trabajador —«ser un trabajador igual que otro»— (2). De modo que no aparecen grandes exigencias para el futuro y basta sólo con «vivir como la demás gente que no se droga». Sin embargo, el principio de realidad acaba imponiéndose: «Me gustaría vivir como un ciudadano normal,

un trabajo, con mi casa, mi mujer... pero como no hay trabajo...» (3); «Yo que sé, yo ilusión no puedo tener ahora mismo, porque no tengo ná... yo no tengo ná, viejo, yo no puedo tener ilusión yo... yo el día que yo me haga con algo que... que me dé billetes o lo que sea, pues sí, pues tendré ilusiones...» (4).

1.5. *Soluciones que aportan los jóvenes al consumo de heroína*

Las vías para abandonar la heroína que citan los jóvenes consumidores hacen referencia a:

— El intento de desintoxicación por cuenta propia: «Yo me fui al campo con ánimo de quitarme; me quité, llegué aquí, llegué bien, ya no pasaba mono y si lo pasaba ya no lo sentía, y cuando llegué... otra vez» (2). Sin embargo, otros no creen posible dejar el consumo mediante actos de voluntad: «Me falta a mí mucha fuerza de voluntad... yo me he intentao quitar pero que no» (6).

— La estancia forzada en alguna institución cerrada: «La única forma que yo tenía de curarme era o entrar en la cárcel por una temporada o entrar en un hospital muy grave...» (3). Pero hay jóvenes que rechazan frontalmente las posibilidades terapéuticas de alguno de esos lugares: «El choriceo en la cárcel es como en la calle; por dentro... barrios bajos ¿me comprendes? Allí hay de to... también hay drogas. El que la tiene, lo pasa bien; el que no la tiene no veas cómo lo pasa: canutas» (2). Los centros psiquiátricos, en general, son rechazados por los consumidores entrevistados, que no entienden su vinculación con las enfermedades que allí se tratan: «Y que no nos marginen como hacen con los locos, que no somos locos, somos enfermos» (7); «En

un psiquiátrico no te puedes curar, quillo...; es que no me explico para qué están» (3).

— La aparición de un referente afectivo o de personas que ofrezcan especial motivación supone, para algunos, la solución (casi mágica) a su consumo de heroína: «Si fuera una tía por derecho, que estuviera conmigo bien, yo me quitaba, te lo juro... con esta tía al lao yo me quitaba. Si me ayudara la tía a mí a quitarme, yo me quitaba del polvo... me pegara los días que me pegara, pero me quitaba» (4).

— La colaboración y la ayuda de los ex-consumidores de heroína es fundamental para la deshabituación según algunos jóvenes: «Un tío que esté enganchao, que haya estao enganchao y lo haya dejado por completo, eso es lo mejor que te puede salvar» (3).

— El abandono del ambiente, de la ciudad, es un procedimiento muy referido sobre todo por los que residen en zonas de gran disponibilidad: «... te tienes que ir de aquí, pa quitarte de la heroína, te tienes que ir de aquí» (3); «Aquí no te puedes quedar, si te quedas aquí estás perdido... Tienes que salir de aquí, de la Línea, a un sitio donde no haya nada de esto» (2).

— La estancia en una granja, o en una comunidad terapéutica de similares características, aparece como un lugar mitificado por algunos para la desintoxicación y la deshabituación de la heroína: «Lo que hace falta es un sitio donde te puedas curar; el campo, trabajar en el campo, que tú tienes que sembrar tus propias patatas, la siembra... Pero un sitio donde digas, yo aquí me puedo curar, porque hay 44 tíos que han pasao por la situación donde yo estoy...» (3). Otros jóvenes desconfían de la eficacia real de estos centros, pues asocian la vuelta a la ciudad, el regreso al ambiente y a la situación de vida anterior, con el reinicio en el consumo de heroína: «Y vas a la granja

¡mentira!, a la granja no puedes ir, porque si vas a la granja... puff, allí te comen el coco más todavía, que sales muy bien, sales de cuerpo muy bien, fuerte, gordo, pacá, pallá... pero ¿qué?, llegas aquí y aquí caes otra vez» (4).

— El control de los casos de corrupción policial y la detención de los grandes traficantes es una exigencia de los entrevistados para cortar la distribución y el consumo de heroína: «Ellos mismos, la policía misma están metidos todos; yo sé que están metidos, porque mi hermano me la conta y yo que lo sé; conozco a montones...» (8).

— Por último, hay jóvenes que como solución a largo plazo al consumo de drogas hablan de prevenir, educando, a los hijos: «Yo estoy de acuerdo con eso de que no tomen drogas. Que yo evitaría que mi hijo o mi hija... ¡evitar de que tomen drogas!; ¿cómo lo haría?, pues ya me lo montaría yo para prepararla para que no las tomara, ¿entiendes?... La preparo yo, pero de una manera guapa, no de una manera... ahí de padres de estos severos, sino enrollándome con ella...» (1).

2. JOVENES CONSUMIDORES DE DROGAS EXCEPTO DE HEROINA

2.1. *Paro, falta de empleo y dependencia familiar*

Algunos jóvenes que nunca habían probado la heroína también asociaron sus problemas más importantes a la falta de dinero y trabajo. Con un discurso general mucho menos dramático, estos jóvenes siguen refiriéndose al dinero como el activador imprescindible del ocio y el entretenimiento: «A cualquier lao que vayas te cuesta un montón de duros; ya ves nosotros que estamos aquí, que no tenemos un duro, agobiaos, paraos; eso... que no tenemos dinero suficiente para ir a cual-

quier sitio. Casi todo vale caro... de la discoteca a mi casa el fin de semana... y los días entre semana allí en la calle...» (10).

Con el dinero, ciertos jóvenes buscan sólo un tipo concreto de diversión, en un lugar específico y especialmente habilitado para el gasto. (Por lo general, los lugares de gasto y consumo de los jóvenes de clase baja y media baja no suelen coincidir con su zona de residencia; el dinero que obtienen lo desplazan a zonas distintas de donde viven, a lugares socialmente establecidos para el gasto y que, ante otros, simbolizan el consumo.) Algunos jóvenes opinan que el dinero llega a ser absolutamente necesario en la relación con los demás y que su falta puede suponer quedar reducido a la nada o sumido en la soledad y el desprecio de otros: «Dinero es lo que me hace falta, dinero me hace falta, que sin dinero... no eres ná; eres tú ¿no?, tú mismo ¿no?, pero que ¿a dónde vas tú sin dinero?, te miran con una cara que no veas...» (11).

Existe otro sector de jóvenes que, sin dinero y trabajo, no pueden llevar a cabo una aspiración antigua: conseguir la independencia familiar. En contra de otras opiniones, se ha observado cómo hay estudiantes, y otros jóvenes de mayor edad, que no desean seguir conviviendo con sus familias y tratan de romper con la dependencia económica que tienen de los padres: «Yo siempre lo que he deseado ha sido largarme de mi casa ¿no?; no he podido largarme por el mercado de trabajo, por toda la situación que hay; también por la situación personal de mi casa...» (12); «Echo en falta eso, mi dinero, mi casa y... vivir yo solo sin tener que necesitar de nada ni de nadie» (13).

El deseo de independencia parece concretarse en la organización y admi-

nistración autónoma de la vida de cada joven, lejos de los resortes del control familiar en un espacio propio, íntimo, donde sea posible remarcar la posesión sobre algo para diferenciarlo claramente de lo que pertenece a los padres. Allí se intentará suprimir las obligaciones que la vida con la familia genera, buscando una mayor libertad de acción. Con la independencia se puede conseguir la condición de adulto y acabar con la imagen de adolescente y sin recursos que de algunos jóvenes tienen los padres por vivir a expensas suyas. Mientras ello no ocurre, sobre todo los estudiantes seguirán culpándose por no ser productivos y gastar el dinero familiar: «Se podría decir que yo soy el parásito de la familia, soy el estudiante que no trabaja, que no gana pelas, y en mi casa, pues al fin y al cabo, mi padre obrero y toda esa historia» (14).

Los jóvenes pueden reaccionar ante la presión psicológica y familiar con retraimiento e individualismo, convirtiendo las relaciones con la familia en formulismos sin apenas contenido: «En casa pues no sé... yo mantengo unas relaciones que están bien... un poco distantes ¿no?, no sé qué decirte ¿no?, en casa es una relación que la tengo que mantener ¿no? porque es alimenticia» (12).

Para algunos jóvenes la adquisición de la madurez puede llegar con actitudes que representan un reto ante los padres y ante los demás. Puede ser el caso de querer llevar una vida autónoma. Para otros, puede alcanzarse mediante acciones con las que se subvierten también creencias y obligaciones familiares: el consumo de determinadas drogas, en ciertas situaciones, puede entenderse como el punto de partida que pone fin a la adolescencia.

2.2. *Jóvenes que han abandonado la escuela y se encuentran en paro: el enfrentamiento con el tiempo desde el fracaso personal. El aburrimiento y las expectativas de marginación*

56

Ciertos jóvenes tienen asignada su función de estudiantes sólo hasta determinadas edades. Por multitud de influencias, a los 16 años, o antes, gran número de jóvenes consultados abandonaron la escuela o fueron expulsados. Inmediatamente después, trataban de conseguir el rol de trabajadores. Aquellos que encontraban empleo, como mano de obra sin cualificar, no realizaban más que trabajos elementales dado que la mayoría carecía de recursos para puestos de responsabilidad. Pero si no lo conseguían, quedaban sin actividad, sin función que desempeñar, no sabían ni dónde ni cómo emplear el tiempo no ocupado: «Sí, he hecho 5.º y ya me quedé tirao en la calle... y ya ves, ya no tengo ná que hacer» (10).

La escuela imponía a los jóvenes una disciplina de horarios que les condicionaba las actividades del resto del día. Cuando quedan fuera de la escuela y no tienen trabajo, los jóvenes, aun siendo dueños de su tiempo —de todas las horas del día—, no saben en qué invertirlo, no suelen hacer nada con él. Desconocen cómo gestionar el tiempo, debido a que no se les ha explicado en qué se puede invertir fuera de la escuela o fuera de una actividad laboral. El tiempo se convierte en una obsesión para muchos de los que no están ocupados y han de darle sentido con distracciones. Pero el ocio, como se vio, es sinónimo de dinero y sin él aparece el ya citado bloqueo de la acción.

Entre los jóvenes que han dejado la escuela y están en paro, hay pocas so-

luciones al aburrimiento sin que medie el dinero. Según parece, escuchar música, viajar, hacer deporte o leer libros son métodos que no pueden sustituir las carencias más apremiantes de la vida cotidiana.

Por otro lado, las distracciones se aceptan socialmente sólo para rellenar el tiempo de «ocio» y no el tiempo «no ocupado»; las distracciones, por lo general, se enmarcan dentro de actividades que ni son productivas ni tienen reconocimiento social (realizarlas, además, también cuesta dinero: «Estábamos apuntaos a un grupo de teatro y para actuar teníamos que pagar tanto dinero, y como no lo tenemos pues nos tenemos que quitar» (10)).

Los jóvenes que reúnen esa serie de situaciones adversas (no tienen trabajo, no tienen dinero y están aburridos) van consolidando un sentimiento de inferioridad que sobre todo se manifiesta en los fracasados escolares. Se van a situar en los niveles más bajos de la escala social: «Si hay gente que tiene el graduado y todo y no tienen trabajo... ¿lo vamos a encontrar nosotros que no tenemos ná?» (10). Los estudios, por básicos que sean —«el graduado y todo»—, aunque no resuelvan los problemas de empleo, parecen jerarquizar y diferenciar a los jóvenes, que si carecen de una mínima formación no sólo se presentarán ya como improductivos, sino como individuos que no tienen nada que ofrecer a la sociedad, o, lo que es lo mismo, la sociedad no puede esperar nada de ellos.

En esta situación de cuotas de autoestima mínimas, que proyecta un fracaso personal integral, algunos jóvenes llegan a identificarse con conductas desviadas: «Y cuando te echan del colegio ¿ya qué haces por la calle?, pues gamberrear, hacer tonterías o cualquier

tontería o algo... porque si estuviera en un colegio, la mitad de las cosas que haces no las haría... si estuviera estudiando o haciendo algo» (10).

El no estar en la escuela o trabajando hace creer a los propios jóvenes que están haciendo fechorías o algo nada bueno. La no actividad, la no inversión del tiempo en algo productivo, les impone explicar qué podrían acabar haciendo aunque en la práctica aún nunca lo hayan hecho. Hay una exculpación apriorística de sus conductas y, desde su situación actual, justifican sus comportamientos futuros porque los prevén inevitablemente marginales. Advierten de lo que puede ocurrir, llamando la atención de que lo que les rodea les va a inducir a desviarse socialmente. De hecho, algunos ya definen sus actos como «no normales» —«¿qué haces por la calle? pues gamberrear, hacer tonterías...»—. Se está generando una conducta que apunta hacia la marginalidad, hacia salidas extremas o ilegales: «Como no hagas trapicheos no... no consigues nada» (10); «Irse a la legión, por lo menos allí te buscas la vida» (10); «¿No me he puesto yo a vender cartones?, me iba al mercadillo, me he tirao cuatros años ahí, pero... qué vivía» (10). Estos jóvenes, a través de conductas marginales, equilibran su ausencia de funciones: al menos saben que podrán hacer algo, tener una actividad, un papel que desarrollar de cara a su contexto inmediato, aunque sea a través de acciones que socialmente se definen como indeseables o delictivas: «Hoy en día pa ganarte la vida, como no sea con algo ilegal...» (10); «También te puedes buscar la vida vendiendo... vendiendo hachís o vendiendo lo que sea... lo único que hay» (10).

Algunos jóvenes aceptan las actividades marginales o ilegales como recursos habituales de subsistencia (tra-

bajo subterráneo, contrabando de productos y de drogas). De modo que las expectativas a corto plazo de estos jóvenes van a girar alrededor de la conducta desviada.

2.3. *Ser estudiante: desaparición de las expectativas de futuro marginales*

La concepción del tiempo para los jóvenes estudiantes tiene poco que ver con la de los jóvenes en paro o sin escolarizar. El tiempo se estructura con unos límites, se mide, hay unos plazos para realizar las distintas actividades, se valora. Por lo general, el tiempo del aprendizaje es el de mayor valor para los estudiantes, pues de él depende su papel social. Las demás actividades existen en contrapartida a las horas de estudio.

El ocio tiene sentido para los estudiantes por cuanto suple la tensión diaria, la responsabilidad del aprendizaje diario. Hay ocio en respuesta al esfuerzo y a las obligaciones cotidianas. El ocio es la alternativa a la disciplina y existe, precisamente, en función de ella. No puede existir el ocio sin esfuerzo o trabajo anterior que lo justifique (en sentido estricto al tiempo no ocupado, no invertido, no puede generar ocio).

La mayoría de los estudiantes tienen una idea del ocio que va más allá del consumismo y el gasto y lo asocian a otras formas de distracción: «Me siento en mi cuarto y me pongo allí a hacer lo que sea, a dibujar, a leer...» (13).

La calle no parece ser el espacio agobiante y tedioso que representaba para los jóvenes no ocupados. Tampoco aparece el derrotismo de estos últimos y se mencionan actividades profesionales socialmente respetables. Nun-

ca se habla del trabajo subterráneo o de acciones ilegales como forma de ocupación futura. Ninguna forma de marginalidad aparece como expectativa de vida en los estudiantes que también consumen diferentes drogas, pero lo entienden como acciones voluntarias y de iniciativa propia, sin culpa, y restándole trascendencia: «A mí ni me agobia ni ná, pero que lo pruebo muy poco. Si lo pruebo en una fiesta o algo así para ponerme a gusto, para no ir cortao igual que me pego un Valdepeñas o una copa de coñac, o lo que sea, para entrar a gusto y no quedar cortao; pa algo así me fumo un porro» (11). «Tampoco es para ir de tripin todo el día y quedarte colgao en una semana ¡pa qué!; te coges un tripincito de vez en cuando, te pones muy bien y listo; luego tranquilo tus porritos...» (14).

2.4. *La habitual incomunicación familiar*

Por encima de las diferencias de edad, los vínculos entre padres e hijos son, en muchos casos, sólo formales y afectan por igual a las familias de los jóvenes estudiantes y a las familias de los jóvenes que no estudian: «Yo es que no tengo confianza, yo es que no hablo con mi padre... me dice esto, pues lo hago... porque yo a mi vieja y a mi viejo yo no les cuento nada de lo mío, no porque no tenga confianza, porque yo tengo confianza ¿no?, lo que pasa que... yo qué sé» (10). Este joven asume la inexistencia de comunicación y diálogo con sus padres y se pierde a la hora de intentar explicar a qué se debe. En otra entrevista un joven estudiante dice: «Con mi padre apenas hablo, mi padre yo qué sé, es un ente, un ente aparte allí... cantidad de extraño, con sus cosas, sus movidas» (14). La figura del padre se presenta infranqueable, inaccesible, participando de un mundo propio —«es un ente aparte

allí»— y distinto al del joven. Este, a su vez, trata de aislar el suyo de las injerencias de los demás, marcando las distancias y afianzando la separación —«ellos allí y yo aquí»—: «Ellos quisieran el control, el control total de lo que hiciera en cada momento y por ahí no... ellos allí y yo aquí» (14). De modo que, mutuamente incomunicados, muchos padres e hijos van por su lado confluendo sólo en el espacio físico de la vivienda y manteniendo intereses distintos. El distanciamiento se acrecienta por la dinámica de años de no hacerse partícipe de las inquietudes mutuas, y porque determinadas conductas retraen las posibilidades de diálogo: «Viendo tú a tu padre, que llega borracho a tu casa... que siempre va morao... o que si tiene discusiones con tu madre... yo creo que eso es un mal ejemplo de to esto y... cuando tú seas grande, lo que eres es igual que él» (10). En este caso se descalifica claramente la conducta del padre que no parece constituir una figura lo suficientemente atractiva para servir de confidente.

Pero no es necesaria esta situación extrema para que otros jóvenes reconozcan la inhibición, la incomunicación y la falta de diálogo de la figura paterna: «Mi padre es que llega a casa y pasa de nosotros, vamos le da lo mismo... Hay en casa una pelea y nada, él se mete en su cuarto y se olvida de todo... porque pasa de todo» (15).

2.5. *Opiniones sobre las drogas*

En general, los jóvenes que no han probado la heroína mantienen una opinión hacia las drogas acorde con su conducta, es decir, defienden el uso de los productos que consumen y censuran los que no prueban. Coinciden en su rechazo a la heroína, presentada como una droga de peligrosidad extrema.

Respecto al hachís, muchos jóvenes mantienen la opinión de que su consumo es comparable al del alcohol o tabaco. La mayoría de los consumidores de esta droga no encuentran perjudicial su consumo. Parece una droga de uso frecuente, si bien hubo quienes decían haberlo probado alguna vez sólo por la influencia del grupo de amigos, en circunstancias muy específicas o por mero interés experimental sin reiterar después el consumo. Otros consumen hachís para despegarse de la dependencia familiar y remarcar su identidad. El consumo de hachís simboliza, así, el fin de la adolescencia: «Yo ya estaba... ya había decidido: tengo 18 años, tengo la edad suficiente como para empezar con esto... Y empecé con esto, con el hachís» (14).

Los jóvenes que decían estar contra su consumo, parecían tener influencias ambientales parecidas a los que lo consumían. Sin embargo, en sus esquemas de valores erigen como nuevos determinantes de sus conductas refuerzos de contenido ético o moral:

«Esa gente, qué quieres que te diga, son unos cobardes» (10). «Entonces llega un momento en que estás más unido a la Iglesia, que tienes fe; entonces tú sabes ya que alguien te lo prohíbe, que tu religión te lo prohíbe» (18). Parece que tomar hachís equivale a efectuar actos de cobardía o a vivir en pecado.

Otros, no solamente disponen de referentes morales para negarse al consumo de hachís; también la posición social, el status que ocupan, prohíbe el contacto con drogas socialmente rechazadas, dado que son productos asociados casi siempre a la marginación. El temor a caer en ella hace rechazar algunos el consumo de ciertas drogas. Suele coincidir que estos jóve-

nes están expuestos a un intenso proceso de socialización en donde la figura de los padres sí aparece como referente de conductas:

«En mi casa no hacemos cada uno lo que nos da la gana, pero tampoco nos rebelamos, sino que tenemos conciencia que lo que digan nuestros padres pues siempre puede ser lo mejor» (15).

Es significativo que este sector de jóvenes que utilizan referentes morales y sociales para negarse al consumo de hachís (droga ilegal) sí aprueban el consumo del alcohol y el tabaco (drogas legales).

NOTAS

- (1) Grupo de discusión con consumidores de heroína de 21 a 26 años. Jerez.
- (2) Grupo de discusión con consumidores de heroína de 25 años. San Fernando.
- (3) Grupo de discusión con consumidores de heroína de 19 a 21 años. Cádiz.
- (4) Grupo de discusión con consumidores de heroína de 23 años. Algeciras.
- (5) Grupo de discusión con consumidores de heroína de 22 años. Algeciras.
- (6) Entrevista en profundidad a un consumidor de heroína de 20 años. Cádiz.
- (7) Entrevista en profundidad a una consumidora de heroína de 24 años. Algeciras.
- (8) Grupo de discusión con consumidores de heroína de 19 a 21 años. La Línea.
- (9) Entrevista en profundidad a una consumidora de heroína de 16 años. Cádiz.
- (10) Grupo de discusión con jóvenes de 16 a 18 años. Jerez.
- (11) Entrevista en profundidad a un joven de 17 años. Cádiz.
- (12) Entrevista en profundidad a un joven de 25 años. Cádiz.
- (13) Entrevista en profundidad a un joven de 20 años. Cádiz.
- (14) Entrevista en profundidad a un joven de 22 años. Cádiz.
- (15) Grupo de discusión con jóvenes de 18 años. Cádiz.
- (16) Entrevista en profundidad a un joven de 13 años. Cádiz.
- (17) Grupo de discusión con jóvenes de 20 a 22 años. Cádiz.
- (18) Grupo de discusión con jóvenes de 15 a 17 años. La Línea.

BIBLIOGRAFIA

AVELLO, J.

La ceremonia ensimismada: un ensayo sobre alienación y pacto en comunicación.

REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (REIS), N.º 33. PÁGS. 83-119. 1986.

BAUDRILLARD, J.

Crítica de la economía política del signo.

SIGLO XXI-1974

COLECTIVO DE ESTUDIOS DE JUVENTUD.

Economía sumergida. Desempleo y juventud.

DIRECCION GENERAL DE LA JUVENTUD-1986.

EDIS.

El consumo de drogas en España.

CUADERNOS TÉCNICOS DE TOXICOMANIAS-CRUZ ROJA ESPAÑOLA. MADRID. 1985.

EGUIGARAY, M. Y SANCHEZ, F.

Juventud y drogas en Gijón: un estudio sociológico.

FUNDACION PUBLICA DE SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES DE GIJÓN-1985.

FUNES, J. Y ROMANI, O.

Dejar la heroína.

CUADERNOS TÉCNICOS DE TOXICOMANIAS-CRUZ ROJA ESPAÑOLA. MADRID. 1985.

GOFFMAN, E.

Relaciones en público (microestudios de orden público).

ALIANZA UNIVERSIDAD. MADRID-1979.

IBÁÑEZ, J.

Más allá de la sociología. El grupo de discusión. Técnica y crítica.

SIGLO XXI-1979.

IBÁÑEZ, J.

Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social.

SIGLO XXI-1985.

LAMNEK, S.

Teorías de la criminalidad.

SIGLO XXI-1980.

Lluís San, Gemma Pomarol y Lluís Torralba*

Dependencia de la cocaína

RESUMEN

En las últimas décadas se ha incrementado el uso de la cocaína de forma significativa. En este trabajo se analiza la situación actual en nuestro país y la de aquellos tratamientos que se están llevando a cabo en la actualidad así como los datos preliminares de nuevos abordajes terapéuticos.

Cocaine dependence

SUMMARY

There has been a significant increase in the use of cocaine over the past decade. In this review we analyze the situation in our country and the treatment existing as well as preliminary data on new approaches to cocaine abuse treatment.

INTRODUCCION

EL consumo de cocaína se extiende día a día en todo el mundo y fundamentalmente en América y Europa. En Estados Unidos se calcula que un 11% de la población adulta ha probado alguna vez esta droga y que en los últimos años el número de personas que la han probado supera los 20 millones, por lo que al menos 5.000 personas cada día prueban por primera vez la cocaína. Por todo ello se podría calcular que en aquel país el número de adictos a la cocaína sería de unos dos millones (1).

La cocaína es un alcaloide que se obtiene de las hojas de unos arbustos (*Erythroxylum coca* y *novogratense*) que crecen fundamentalmente en América del Sur. Las primeras experiencias sobre su consumo (masticación de hojas de coca) tienen, al menos, cinco mil años de antigüedad, incluso anterior al

Imperio Inca. No obstante, en estos momentos existe un resurgimiento en su consumo con pocos puntos de contacto con aquella utilización ancestral y que configura la historia moderna de la cocaína con sus nuevas modalidades de uso.

En 1859, Albert Niemann caracterizó el principal alcaloide de las hojas de coca denominándolo cocaína. Desde su descubrimiento, diversos personajes (Vassili von Anrep, Freud, Carl Koller, W. S. Halsted...) se interesaron por sus diversas propiedades preconizándose su utilización en el tratamiento del alcoholismo, la depresión, la adicción a la morfina, etc... Sin embargo, su principal interés giraba en torno a sus propiedades como anestésico local, hasta tal punto que fue uno de los primeros alcaloides sintetizado químicamente. No obstante esta euforia inicial por sus ventajas, más tarde se comprobó que se acompañaba de fenómenos de dependencia que limitaban su posible utilidad.

(*) Correspondencia: Sección de Toxicomanías. Hospital Ntra. Sra. del Mar. Paseo Marítimo 25-29. BARCELONA 08003.

SITUACION ACTUAL

El consumo de cocaína está adquiriendo características de tipo epidémico en determinadas zonas como Norte y Sudamérica; países que experimentan consecuencias más graves son Bolivia, Colombia, Perú y Estados Unidos, aunque existen datos que evidencian que dicho consumo está también aumentando en Canadá, Europa y Sudeste Asiático.

Del consumo clásico de masticación de las hojas de coca en el Area Andina entre la población rural, se ha pasado a un nuevo fenómeno de consumo de coca fumada (pasta de coca) de cocaína por inhalación o por vía parenteral y de cocaína base inhalada superando la zona geográfica americana y extendiéndose a otros países.

La historia nos ha enseñado que han existido, previamente, periodos en los cuales ha aumentado de forma considerable el consumo de cocaína, que después ha disminuido sin que existan unas justificaciones claras. La actual epidemia de cocaína difiere de las anteriores por la gran disponibilidad del producto, resultado de un gran aumento en la producción de coca y por las consecuencias socio-sanitarias derivadas de los nuevos métodos de consumo.

Desde los años setenta ha aumentado de forma sustancial la prevalencia del uso de cocaína en Estado Unidos. Desde 1974 a 1982 el número de personas que refieren haber probado cocaína, al menos en una ocasión, ha aumentado de 5,4 a 21,6 millones. Durante el mismo período el número de consumidores habituales oscilaba de 1,6 a 4,2 millones. De igual manera, entre los estudiantes universitarios sólo el 0,9% había probado cocaína en 1975 y el

1,9% eran consumidores habituales, mientras que en 1983 el porcentaje de los que habían probado había aumentado a 16,2% y los consumidores ascendían al 4,9% (2,3).

Los efectos provocados por este aumento producido hacia finales de los años setenta empiezan a ser cada vez más visibles, tanto por el aumento de la demanda asistencial, como por las complicaciones orgánicas asociadas. Entre 1976 y 1981, en los principales países afectados, ha existido un aumento de más del 300% en el número de admisiones a urgencias por crisis orgánicas relacionadas con la cocaína. De forma similar, de 1975 a 1982 ha aumentado el número de muertes relacionadas con la cocaína alcanzando incrementos del 300%. Incluso parece que este aumento persiste en la actualidad.

También en los últimos años ha aumentado la disponibilidad y el consumo de cocaína en otros países como Canadá. Por ejemplo, en 1977, el porcentaje de uso de cocaína entre los estudiantes era del 3,8% el cual aumentó al 4,1% en 1983. De forma similar, en 1978 el porcentaje de canadienses de 18 años o más que habían probado en alguna ocasión cocaína era del 2,7%, pero en 1984 este mismo grupo de edad representaba un 3,3% (4,5).

Este aumento objetivado por un conjunto de indicadores indirectos como admisiones a tratamiento, servicios de urgencias, parece reflejar no sólo un aumento en el número de usuarios, sino también un nuevo modelo de consumo, se está pasando de la vía inhalatoria a fumar «free base» y a la vía endovenosa; si en 1979, las admisiones en hospitales, por problemas relacionados con la cocaína, era sólo de un 1% para la cocaína base, en 1982 el porcentaje era del 7%.

Este nuevo fenómeno de consumo de cocaína base fumada apareció por primera vez en Estados Unidos hacia el año 1974, circunscrito al Estado de California. En 1980 dicho consumo se había generalizado a todo el país (6).

Con mayores variaciones la situación de la cocaína en Europa también apunta hacia un aumento en su utilización en la mayoría de los países, aunque muchos de los estudios epidemiológicos llevados a cabo abarcan un período limitado de tiempo. Así, un estudio realizado en Alemania mostraba una prevalencia del 4% en el uso de cocaína en 1973, que había pasado al 7% en 1980 (7). En 1983, un 4% de las personas comprendidas entre los 12 y los 27 años relataban haber consumido cocaína en alguna ocasión. En Holanda, durante el mismo período y para el mismo grupo de edad, el porcentaje era del 3%. En Austria se afirma que un 1% de los estudiantes son consumidores de cocaína y en Suiza en 1982, en una muestra de 420 jóvenes, con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, la tasa fue de 1,5% en los varones y de 5,7% en las mujeres (8).

Lo mismo se podría decir de otros países europeos como Francia, Italia, Portugal, Inglaterra e incluso nuestro país, España; en todos ellos ha aumentado la disponibilidad de la cocaína. Un indicador indirecto de este aumento en la disponibilidad es la cantidad de droga decomisada en varios países (Tabla 1).

En un estudio realizado recientemente en nuestro país (9) se observa que las personas que han probado en alguna ocasión cocaína representan un 4% de la población mayor de 12 años, que hayan usado en los últimos seis meses el 1,8% y en los últimos 30 días el 1,4%, calculándose que la cifra de con-

sumidores habituales se sitúa en torno a los 80.000.

PAUTAS DE CONSUMO

Algunos estudios de tipo epidemiológico intentan obtener información acerca de las vías de administración, la frecuencia de uso, las dosis y el consumo conjunto de otras sustancias.

En la mayoría de países la vía clásica de administración ha sido la inhalación, aunque a veces precediendo a la vía endovenosa. En Estados Unidos se está popularizando la inhalación de cocaína base, mientras que fumar pasta de coca es el método de consumo más común en Sudamérica.

Aparte de la vía de administración utilizada, las pautas de consumo muestran una gran variación en cuanto a frecuencia, regularidad, dosis y medio social. Así, puede variar desde dosis bajas a uso diario de dosis elevadas; de un consumo controlado hasta una utilización compulsiva; de una finalidad social-recreativa a un consumo solitario. El riesgo de adquirir una dependencia está en relación con una frecuencia y consumo elevados.

En general, la utilización de cocaína se asocia con otras sustancias como alcohol, heroína o hipnosedantes, de forma que la mayoría de los pacientes que acuden en demanda de tratamiento son politoxicómanos; es posible que existan algunos que sólo consuman cocaína y que se encuentren en etapas iniciales de la historia toxicológica y aún no hayan contactado con centros de tratamiento.

Respecto a la edad de inicio, en la Tabla 2 se encuentra expresada la media de dicha edad, en Estados Unidos (10) y en nuestro país (9). En general,

para la mayoría de drogas existe un año de retraso respecto a este primer contacto.

POBLACION DE RIESGO

Se ha intentado averiguar si existían determinadas variables que pudieran configurar un grupo poblacional con mayor riesgo para adquirir una dependencia de la cocaína.

En general, se acepta que los hombres utilizan cocaína o pasta de coca más a menudo que las mujeres y que los adolescentes y los adultos jóvenes presentan un mayor riesgo que las personas mayores, esto es particularmente cierto en América del Norte y en Europa.

Otro factor que favorece su aceptación es la falsa creencia de que la cocaína es un símbolo de prestigio, toda vez que se consume en determinados círculos de clase elevada; no obstante, este fenómeno sólo se da en el inicio de la epidemia, pues en fases más avanzadas el consumo se extiende a las demás clases sociales (11).

La existencia de trastornos de personalidad que pudieran favorecer el consumo han sido analizados en varios estudios de pacientes usuarios de cocaína o pasta de coca (6, 12, 13, 14, 15) que habían iniciado tratamiento. Entre fumadores de pasta de coca existe una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos independientemente de los debidos al consumo de droga. Por otro lado, no se puede hablar de perfil de personalidad típico entre los consumidores de cocaína o las personas dependientes, siendo acorde con fracasos previos en identificar una personalidad premorbida más propensa o vulnerable a adquirir una dependencia.

Otra área frecuentemente investigada es el ámbito familiar. En la mayoría de los casos se aprecia un desajuste o una disgregación familiar; sin embargo, esto no excluye el potencial consumo de cocaína en familias con una situación estable.

Un factor de riesgo que se presenta de forma invariable para la mayoría de drogas es la disponibilidad, cuanto mayor sea ésta mayores oportunidades de consumo, y por ello, mayores posibilidades de presentar problemas en relación con dicha utilización. Esta situación suele agravarse si se acompaña de la creencia de que la cocaína es una sustancia inocua y de que sus consecuencias adversas son escasas o nulas.

FARMACOLOGIA DE LA COCAINA

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central (SNC) y al igual que cualquier droga psicoactiva, su uso se ve influenciado por factores de tipo sociocultural como son las expectativas hacia sus efectos.

Entre sus principales acciones farmacológicas destaca la de ser un enérgico vasoconstrictor cuando se aplica tópicamente así como un anestésico local.

A nivel del SNC se comporta como un agente simpaticomimético indirecto que provoca un efecto de tipo estimulante del sistema nervioso simpático, que se traduce en una exaltación del estado de ánimo, aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, de la temperatura y del diámetro pupilar. Asimismo, ocasiona diaforesis, temblor, anorexia, hiperactividad, esteotipias, estimulación sexual...

Desde el punto de vista psicológico los efectos que produce dependen del

tipo de preparado, de la dosis, de las pautas de consumo (vía de administración, frecuencia, situación ambiental...) de las expectativas del usuario y de su personalidad.

La acción simpaticomimética de la cocaína resulta del bloqueo del proceso de recaptación de determinadas catecolaminas (copamina, noradrenalina) y otras monoaminas (serotonina) (16) lo cual provoca, como efecto inmediato, un aumento en la neurotransmisión dopaminérgica. Sin embargo, también se ha descrito que el consumo crónico puede provocar una deplección de la dopamina cerebral e incluso un aumento en el número de receptores dopaminérgicos (17), por lo que se puede afirmar que si la administración aguda de cocaína provoca un aumento en la actividad dopaminérgica, en cambio el consumo crónico inhibe la dopamina. Este tipo de hallazgos son los que han estimulado el intentar determinados tratamientos farmacológicos que corrigieran dichos trastornos y que se verán más adelante. En términos generales, el consumo crónico de cocaína, provoca una disminución de la noradrenalina, la dopamina y la serotonina a nivel cerebral.

Desde el punto de vista farmacocinético, una vez se ha tomado la cocaína, independientemente de la vía de administración, es rápidamente hidrolizada por las secreciones gastrointestinales o las enzimas plasmáticas, siendo catabolizada a nivel hepático, pasando sus metabolitos la barrera hematoencefálica. Se excreta por la orina, en parte de forma inalterada y en parte por sus productos de degradación. El 50% de estos metabolitos pueden detectarse en plasma hasta 36 horas después de la última administración, siendo muy difícil detectar cocaína una vez transcurrido dicho período (18).

Los efectos de la cocaína están también en relación con el tipo de preparado y con la vía de administración. En la Tabla 3 se detallan las distintas presentaciones de la cocaína. La coca se obtiene de las hojas de la planta y constituye la forma de consumo más habitual en Sudamérica. La pasta de coca es el primer producto que se puede extraer en el proceso de manufactura de la cocaína. Se obtiene añadiendo a las hojas de coca maceradas con ácido sulfúrico, keroseno o parafina y se presentan en forma de sulfato de cocaína. Una vez tratada la pasta de coca con ácido clorhídrico se obtiene el clorhidrato de cocaína. La cocaína base es una forma de cocaína que se obtiene convirtiendo el clorhidrato en una sustancia purificada y alterada que posteriormente es más apropiada para fumarla.

Respecto al curso de los efectos, en la Tabla 4, se puede apreciar cómo las distintas vías de administración influyen en el inicio, el efecto máximo y la duración.

Por ahora, no se ha determinado que la cocaína induzca tolerancia o dependencia física, por lo que su retirada no provoca la aparición de la típica sintomatología de abstinencia, como ocurre con los opioides o el alcohol. A pesar de ello, a la euforia consecuente del consumo de altas dosis de cocaína, le sigue un síndrome caracterizado por depresión, letargia, insomnio, irritabilidad, anergia, cambios en el apetito, náuseas, enlentecimiento psicomotor, trastornos en el ritmo del sueño, hipersomnia y ansia de droga («craving»), que podría interpretarse como abstinencia.

Si definimos la adicción como una compulsión, en el sentido de pérdida de control, con un consumo continua-

do de la droga, a pesar de las consecuencias adversas de la misma, la cocaína se comporta como una droga con capacidades reforzadoras, tanto en animales como en humanos; genera un consumo de tipo compulsivo y participa de los principios generales del tratamiento de las conductas adictivas; por lo que los cocainómanos tienen grandes dificultades para volver a un consumo social, recreativo o controlado una vez han adquirido la dependencia. (19).

CONSECUENCIAS ORGANICAS

En un intento por explicar la conducta adictiva, Wikler ha propuesto un constructo, que se basa en el hecho de que el establecimiento de la adicción se inicia con las experiencias iniciales de tipo eufórico provocadas por la droga, la cual actuaría como «reforzador positivo», es decir, favorecería el uso continuado de esta sustancia (20). Este estado subjetivo es una respuesta biológica, probablemente mediada por la activación del sistema de recompensa cerebral. Un refuerzo positivo es una motivación persistente y potente que explicaría, en parte, por qué los adictos, a menudo, reinician el consumo después de haber realizado una desintoxicación. Esta acción reforzadora de la cocaína ha sido estudiada en el animal de experimentación, de forma que éste prefiere autoadministrarse cocaína más que comida o agua (21). Esta situación, junto a la gran disponibilidad de cocaína hace que sean muy similares los resultados experimentales con la respuesta en humanos; así, los cocainómanos prefieren su consumo por encima de otras actividades, de forma que su conducta y estilo de vida pueden llegar a modificarse radicalmente.

Este uso repetitivo de una droga adictiva provoca cambios a nivel cere-

bral que se manifiestan como «ansia de droga» (craving) o síntomas de abstinencia. Estas molestias de abstinencia se comportarían como «reforzadores negativos» de la adicción, que ayudarían a mantener la conducta de autoadministración. El «ansia o deseo de droga» persiste más allá que el propio consumo o el período de abstinencia aguda y constituye otra forma de intenso «reforzador negativo» que favorecería el uso continuado y/o las recaídas. La alternancia de reforzadores positivos y negativos conformaría progresivamente el ciclo de la adicción.

Los factores de tipo ambiental también están implicados en los mecanismos de la adicción; de forma que si el adicto vuelve al medio en el cual desarrolló su consumo experimentará un mayor deseo de ingerir cocaína, lo cual puede resultar en una recaída (22, 23). Esto explicaría por qué la desintoxicación aislada no es suficiente para suprimir el uso compulsivo de una droga.

Por todo ello, se puede considerar que la cocaína es una de las drogas con mayor efecto reforzador (24) y tanto en animales como en humanos, genera un consumo compulsivo, especialmente cuando se utilizan vías de rápida absorción, como la vía endovenosa o la práctica de fumar cocaína base o pasta de coca.

Numerosos estudios de tipo farmacológico avalan el papel primordial de la dopamina en el sistema de recompensa endógeno. Puesto que la euforia provocada por la cocaína aparece como resultado de una activación dopaminérgica, es necesario revisar los efectos agudos y a largo plazo de la misma. Ya se ha comentado que una de las acciones de la cocaína es el bloqueo de la recaptación presináptica de dopamina, lo cual provoca un aumento

en la neurotransmisión dopaminérgica, que justificaría la cualidad de reforzador primario. Sin embargo, con el consumo prolongado produce una deplección de dopamina cerebral provocando una inhibición funcional de las vías dopaminérgicas, que se evidenciaría por un estado de anhedonia que podría incluso durar semanas después de abandonar el consumo.

Otras consecuencias del consumo de cocaína pueden estar en relación con su potencial toxicidad. Algunos individuos pueden presentar un déficit enzimático congénito como es la ausencia de pseudocolinesterasa (enzima necesaria para la degradación de la cocaína) que podría provocarles la muerte con dosis de 20 mg.

El número de muertes asociadas al consumo de cocaína también ha aumentado (25) en los últimos años, el mecanismo en la mayoría de los casos es el «status epiléptico» que puede provocar una obstrucción de las vías aéreas o paro respiratorio, arritmia ventricular o acidosis láctica o respiratoria severa (26). La mayoría de estas muertes se asocian a la administración endovenosa o a fumar cocaína base, aunque también existe un incremento de las muertes por inhalación de cocaína.

En algún caso se ha descrito una hemorragia cerebral secundaria a una hipertensión arterial aguda. Además, algunas muertes se han producido en individuos que introducen, en su tracto gastrointestinal, cantidades importantes de cocaína en envoltorios para efectuar contrabando, que, si ocasionalmente se rompen, pueden provocar una sobredosis masiva (27).

La vía de administración también puede influir en cuanto a la patología asociada; así, la vía endovenosa provo-

ca todas aquellas complicaciones inherentes a la falta de asepsia conocida en otras adicciones, predominando los cuadros de tipo infeccioso, SIDA, hepatitis... o lesiones locales como la tromboflebitis. El fumar pasta de coca o cocaína base se ha relacionado con alteraciones del intercambio gaseoso a nivel pulmonar, siendo frecuente la asociación con bronquitis. La inhalación nasal prolongada de cocaína suele provocar una reacción inflamatoria con ulceración que puede progresar hasta una perforación del septum nasal.

La existencia de una patología orgánica previa, como una insuficiencia coronaria, aumenta el riesgo de trastornos en relación con la taquicardia, la hipertensión que provoca la cocaína. Los diabéticos también son pacientes de alto riesgo, pues la cocaína provoca una mayor sensibilidad hacia la noradrenalina, la cual tiene efecto hiperglucemiante. Todos aquellos fármacos que favorezcan la liberación de adrenalina son incompatibles con el consumo de cocaína incluyendo la guanetidina. La asociación de heroína más cocaína («Speed-ball»), provoca una depresión del centro respiratorio más fácilmente que cuando se consumen aisladas.

67

TRATAMIENTO

El tratamiento del abuso/dependencia de la cocaína presenta una serie de limitaciones, muchas de las cuales aún no han podido ser solventadas. Esta complejidad viene condicionada por un conjunto de factores que influyen en la presentación, la evolución y el resultado de dicho trastorno y que incluye: vía de administración, tipo de preparado utilizado, frecuencia, intensidad de uso, uso conjunto de otras drogas, adyuvantes, presencia de psicopatología, clase social...

Intoxicación Aguda

En caso de sobredosis, el tratamiento de elección es el diazepam, por vía endovenosa y medidas de soporte del sistema cardiorrespiratorio para el «status epiléptico». Los beta-bloqueantes como el propanolol pueden ser útiles para las crisis hipertensivas y otros trastornos cardiovasculares. Las crisis agudas de ansiedad, en general, pueden tratarse en medio ambulatorio con terapia de apoyo, soporte ambiental y medicación hipnosedante como el diazepam. Caso de que aparezca una psicosis cocaínica se aconseja la utilización de antipsicóticos del tipo haloperidol. En general, no parece que la vía de administración influya en el abordaje terapéutico para emplear.

68

Presencia de Psicopatología

Existe una gran discrepancia en la estimación de patología psiquiátrica en los consumidores de cocaína, desde trabajos que afirman que tan sólo de un 10% (19) hasta otros en los que se dan cifras de más del 50% (15, 28, 29, 30). Estos últimos autores sugieren que los drogadictos utilizan la droga que eligen como una forma de tratamiento que alivie sus síntomas; así, la adicción a la cocaína estaría más frecuentemente asociada a depresión, anergia, baja autoestima, etcétera... e incluso más recientemente se ha asociado al trastorno por déficit de atención (31, 32).

Esta divergencia de resultados puede representar diferencias en la prevalencia o puede reflejar dificultades de tipo diagnóstico, a causa de la confusión de los efectos durante el consumo de cocaína o la abstinencia, o un diferente énfasis en la importancia que se le concede al diagnóstico y a los criterios de diagnóstico que se utilicen.

Los dos diagnósticos más comunes han sido las distintas formas de depresión y el trastorno afectivo bipolar, seguidos, en menor proporción, por el trastorno por déficit de atención.

Tratamiento Farmacológico

Hasta este momento, se han propuesto varios abordajes farmacológicos; aunque metodológicamente presentan algunas deficiencias, presentan una serie de evidencias clínicas que sugieren la posibilidad de que sean útiles.

El litio parece ser de utilidad en aquellos pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar o personalidad ciclotímica. Se parte de la hipótesis de que el litio puede bloquear la euforia inducida por la cocaína; sin embargo, no parece actuar por este principio y sólo se presenta como efectivo únicamente en pacientes ciclotímicos y no en aquellos que no presentan este diagnóstico (33).

Los antidepresivos tricíclicos, especialmente la desimipramina, parecen potencialmente eficaces tanto en pacientes con el diagnóstico específico de depresión como en aquellos que no lo presentan (33, 34, 35). Si aceptamos que la administración crónica de cocaína provoca una deplección neuronal de los niveles de noradrenalina, es de esperar que la desimipramina sea efectiva en el tratamiento de la dependencia cocaínica. Algunos estudios sugieren que el aminoácido tirosina también puede ser eficaz para atenuar la abstinencia cocaínica (37, 38).

Otros autores proponen la utilización de agentes estimulantes como el metilfenidato (32) o la pemolina (36) en aquellos pacientes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención; sin embargo, no parecen tener éxito en ausencia de tal diagnóstico y hay que

contemplar su propio riesgo de dependencia.

Recientemente, se ha propuesto la administración de bromocriptina (17) para revertir las manifestaciones de la abstinencia aguda de la cocaína con resultados esperanzadores, puesto que consigue corregir la hiperprolactinemia y el aumento en la densidad de los receptores dopaminérgicos postsinápticos.

La hipótesis de la deplección de dopamina explicaría porqué los cocainómanos se administran de forma repetida esta sustancia, incluso varias veces al día, en un intento por aumentar de forma pasajera la dopamina sináptica. El déficit postsináptico de dopamina se corrige temporalmente con una nueva administración de cocaína que se acompaña de una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos.

En conjunto, este abordaje de tipo farmacológico precisará en el futuro de estudios doble ciego, con asignación al azar antes de poder evaluar correctamente su eficacia.

Tratamiento Psicológico

El objetivo primordial de este tipo de abordajes es el mantenimiento de la abstinencia. La mayoría de individuos que recaen en el consumo demuestran su incapacidad para resistir el «craving» de la cocaína y la razón primordial por la cual reinician el consumo es

la esperanza de conseguir un consumo controlado; como en otras adicciones, una vez se ha adquirido la dependencia y se realiza un uso compulsivo, difícilmente el individuo conseguirá volver a controlar dicho consumo. Todo este conjunto de estrategias intentan ayudar al cocainómano en su proceso de deshabituación hasta conseguir su total rehabilitación.

Parece que la combinación de terapia individual y grupal es la que ha dado mejores resultados en estos pacientes (19). El núcleo del tratamiento se centra en las consecuencias de la cocaína y el objetivo es cambiar el deseo de consumo por el deseo de abstinencia; esto requiere una educación del paciente acerca de las conductas adictivas y a la de la cocaína en particular. En los grupos, los pacientes discuten la forma de superar el deseo de consumo y se intenta analizar todos aquellos pensamientos y emociones que preceden a una recaída, así como las consecuencias que la misma producirá. Este proceso puede completarse con terapia familiar y otras medidas de apoyo como entrenamiento en relajación, técnicas de desensibilización, ejercicio físico...

Existe un acuerdo en que la finalidad última del tratamiento es conseguir la abstinencia total en el consumo de cocaína y para ello, deben utilizarse todos aquellos recursos disponibles que hayan demostrado su eficacia terapéutica.

Tabla 1. Incautaciones de cocaína. (En kg.)

	1977	78	79	80	81	82	83	84	85
España	22	15	45	58	47	113	275	277	302
Europa	59						398	952	
Canadá		26	27	43	38	46			

Tabla 1 (continuación)

España	Primer trimestre 1986	Incremento respecto a 1985
Cannabis ...	8.995	45%
Heroína ...	73	71%
Cocaína ...	96	167%

Tabla 2

	Media de edad de inicio	
	USA (a)	España (b)
Cannabis	15,3	17,5
Inhalantes	16,4	16,3
Alucinógenos	17,7	18,8
Estimulantes	18,0	23,5
Heroína	18,6	19,5
Cocaína	19,2	20,6

(a): NIDA 1985 (10).

(b): EDIS 1985 (9).

Tabla 3

	Sinónimos	Contenido de cocaína	Forma de consumo	Combinaciones frecuentes
Hojas de coca	Coca	0,5-1,5%	Masticación Infusión	
Pasta de coca	Pasta Basuco	40-90% Sulfato de cocaína	Fumada	Tabaco Marihuana
Cocaína	Coca Nieve	12-75% Clorhidrato de cocaína	Inhalación nasal Endovenosa	Heroína (speed-ball)
Cocaína base	Free base Base	10-80% Alcaloide de cocaína	Inhalación nasal Fumada	

Tabla 4

Vía de administración	Inicio de los efectos	Pico máximo	Duración de los efectos
Intranasal	seg. - 2 min.	10 min.	45-60 min.
Endovenosa	segundos	3-5 min.	20-30 min.
Fumada	segundos	3-5 min.	15 minutos
Oral	minutos	10 min.	40-50 min.

BIBLIOGRAFIA

- (1) DOUGHERTY, R. J.
Status of cocaine abuse 1984.
JOURNAL OF SUBST. ABUSE TREAT. 1984, 1: 157-161.
- (2) NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE.
The National Household Survey on Drug Abuse, 1982.
- (3) NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE.
The Senior High School Survey, 1983.
- (4) SMART, R. G.
Forbidden highs: The nature, treatment and prevention of illicit drug abuse.
TORONTO: ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, 1983.
- (5) STAMLER, R. T.; FAHLMAN, R. C.; KEELE, S. A.
Tráfico ilícito y uso indebido de cocaína.
BOLETIN DE ESTUPEFACIENTES 1984, 36 (2): 47-55.
- (6) SIEGEL, R. K.
Cocaine smoking.
PSYCHOACTIVE DRUGS, 1982, 14 (4): 321-337.
- (7) Bayerische Staatsministerien des Innern und für Arbeit und Sozialordnung.
(ED.) JUGEND, FRAGEN JUGEND MÜNCHEN 7/172, 1982.
- (8) UCHTENHAGEN, A.
Global assesment and epidemiology of cocaine in Europe.
UNIVERSITY OF ZÜRICH- ADVISORY GROUP MEETING ON ADVERSE HEALTH CONSEQUENCES OF COCAINE AND COCA PASTIL SMOKING, 3000TA, 1984.
- (9) NAVARRO, J.; LORENTE, S.; VARO, J.; ROIZ, M.
El consumo de drogas en España.
OFICINA ESPAÑOLA Y DIRECCION GENERAL DE ACCION SOCIAL, MADRID, 1985, 255-265.
- (10) CHITWOOD, D. D.
Patterns and consequences of cocaine use. En: Cocaine use in America: Epidemiologic and Clinical Perspectives.
KOZEL, N. J., ADAMS, E. H. (ED.) NIDA RESEARCH MONOGRAPH 61 WASHINGTON DC US GOV. PRINT. OFF., 1985, 111-126.
- (11) COHEN, S.
Evolución reciente del uso indebido de cocaína.
BOLETIN DE ESTUPEFACIENTES, 1984, 36 (2): 3-16.
- (12) HELFRICH, A. A.; CROWLEY, T. J.; ATKINSON, C. A.
A clinical profile of 136 cocaine abusers. En: Problems of Drug Dependence, 1982.
NIDA RESEARCH MONOGRAPH 43, WASHINGTON DC, US DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1983, 343-350.
- (13) KHANTZIAN, E. J.
Cocaine addiction: Is there a psychological predisposition?
PSYCHIATRY ANN, 1984, 14, 753-756.
- (14) WURMSER, L.
Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use.
J. AM. PSYCHOANAL. ASSOC., 1974, 22, 870-843.
- (15) GAWIN, F. H.; KLEBER, H. D.
Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers.
ARCH. GEN. PSYCHIATRY, 1986, 43, 107-113.
- (16) VAN DYKE, C.; BYCK, R.
Cocaine.
SCIENTIFIC AMERICAN, 1982, 178, 141.
- (17) DACKIS, D. A.; GOLD, M. S.
Pharmacological approaches to cocaine addiction.
J. SUBST. ABUSE TREAT, 1983, 8, 149-178.
- (18) GAY, G. R.; INABA, D. S.; SHEPPARD, C. W.; NEWMAYER, J. A.
Cocaine: History, epidemiology, human pharmacology and treatment.
CLINICAL TOXICOLOGY, 1975, 9, 149-178.
- (19) SMITH, D. E.
Diagnostic, treatment and aftercare approaches to cocaine abuse.
J. SUBST. ABUSE TREAT, 1984, 1, 5-9.
- (20) WIKLER, A.; PESCOR, F.
Classical conditioning of a morphine abstinence phenomenon, reinforcement of opioid drinking behavior, and «relapse» in morphine-addicted rats.
PSYCHOPHARMACOLOGY, 1987, 10, 255-264.
- (21) AIGNER, T. G.; BALSTER, R. L.
Choice behaviour in rhesus monkeys: cocaine versus food.
SCIENCE, 1978, 201, 534-535.
- (22) BRIGGER, W. H.; SCHIFF, S. R.; COOPER, S. S.; PAREDES, W.; BARR, G.
A classical conditioning of cocaine's stimulatory effects.
PSYCHOPHARMACOL. BULL., 1982, 18 (4): 210-214.
- (23) STEWART, J.
Conditioned and unconditioned drug effects in relapse to opiate and stimulant drug self administration.
PROG. NEUROPSYCHOPHARMACOL. BIO PSYCHIATRY, 1983, 7 (4-6), 581-597.
- (24) POST, R. M.
Psychomotor stimulants as activators of normal and pathological behaviour: implications for the excesses in mania. En: Behaviour in Excess.
MULE, S. J. (ED.) FREE PRESS, NEW YORK, 1931.
- (25) NEW YORK STATE DIVISION OF SUBSTANCE ABUSE SERVICES.
From the slopes of the Andes to the streets of New York, 1981.
- (26) COLEMAN, D. L.; ROSS, T.; NAUGHTON, J.
Myocardial ischemia and infarction related to recreational cocaine use.
WESTERN J. MEDICINE, 1982, 136, 444-446.
- (27) CARUANA, D. S.; WEINBARCH, B.; GOERG, D.; GARDNER, L. B.
Cocaine packet ingestion.
ANN. INT. MED., 1984, 103, 73-74.
- (28) KHANTZIAN, E. J.
Self-selection and progression in drug dependence.
PSYCHIATRY DIGEST, 1975, 10, 19-22.
- (29) MC LELLAN, A. T.; WOODY, G. E.; O'BRIEN, C. P.
Development of psychiatric illness in drug abusers.
NEW ENGL. J. MEDICINE, 1979, 301, 1310-1314.
- (30) ROUNSAVILLE, B. J.; WEISSMAN, M. M.; KLEBER, H.; WILBUR, C.
Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts.
ARCH. GEN. PSYCHIATRY, 1982, 39, 141-156.
- (31) WEISS, R. D.; MIRIN, S. M.; MICHAEL, J. L.
Psychopathology in chronic cocaine abusers.
136 TH. ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, NEW YORK, 1983.
- (32) KHANTZIAN, E. J.; GAWIN, F.; KLEBER, H.; RIORDAN, C. E.
Methylphenidate (Ritalin) treatment of cocaine dependence - A preliminary report.
J. SUBST. ABUSE TREAT, 1984, 1, 137-142.
- (33) GAWIN, F. H.; KLEBER, H. D.
Cocaine abuse treatment.
ARCH. GEN. PSYCHIATRY, 1984, 41, 903-909.

- (34) TENNANT, JR. F. S.; TARVER, A.
Double-blind comparison of desipramine and placebo in withdrawal from cocaine dependence. *En: Problems of Drug Dependence.*
HARRIS, L. S. (ED.) 1984. NIDA RESEARCH MONOGRAPH 55. WASHINGTON D. C. US DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. 1985. 159-163.
- (35) BAXTER, L. R.
Desipramine in the treatment of hypersomnolence following abrupt cessation of cocaine use.
AM J PSYCHIATRY. 1983. 140. 1525-1526.
- (36) WEISS, R. D.; POPE, H. G.; MIRIN, S. M.
Treatment of chronic cocaine abuse and attention deficit disorder, residual type, with magnesium pemoline.
DRUG ALCOHOL DEPEND. 1985. 15. 69-72.
- (37) GOLD, M. S.; POTTASH, A. L. C.; ANNITTO, W. J.; VEREBEY, K.; SWEENEY, D. R.
Cocaine withdrawal. Efficacy of tyrosine.
SOCIETY FOR NEUROSCIENCE. 1983. 157.
- (38) TENNANT, F. S.; RAWSON, R. A.
Cocaine and amphetamine treated with desipramine. *En: Problems of Drug Dependence. 1982.*
HARRIS, L. S. (ED.). NIDA RESEARCH MONOGRAPH 43. WASHINGTON D. C. US DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. 1983. 351-355.

Documentación

Informe de la Comisión de Investigación del Parlamento Europeo sobre el problema de las drogas en la Comunidad Europea (extracto)

Septiembre 1986

En su reunión de 10 de enero de 1985, la Mesa ampliada del Parlamento Europeo votó una solicitud en la que se pedía la constitución de una Comisión de investigación sobre el problema de las drogas en los Estados miembros de la Comunidad Europea. El Parlamento Europeo ratificó el mandato de la Comisión de investigación el 11 de septiembre de 1985. La Comisión celebró su reunión constituyente el 8 de octubre de 1985, nombrando ponente de la misma a Sir Jack Stewart-Clark.

Tras mantener diferentes reuniones con expertos y celebrar tres audiencias públicas a lo largo de los nueve primeros meses de 1986, la Comisión aprobó, por 8 votos a favor, 4 en contra y 1 abstención, un Informe el 22 de septiembre de 1986.

El Informe en cuestión, tiene una extensión de 90 páginas y se divide en las siguientes secciones: I) Introducción. II) Naturaleza del problema de las drogas. III) Producción de las drogas: cultivo, transformación y elaboración. IV) Medidas jurídicas de ámbito comunitario. V) Aplicación de la Ley. VI) Educación y prevención. VII) Tratamiento y rehabilitación. VIII) Investigación.

Reproducimos a continuación los siguientes epígrafes correspondientes a la sección II del Informe:

- *Quién consume drogas y por qué razón.*
- *El número de consumidores de heroína en la CEE.*
- *El perfil cambiante del consumo de drogas.*
- *La cocaína.*

Como hemos señalado anteriormente, el Informe no contó con la aprobación unánime de los miembros de la Comisión. En consecuencia, y por considerarlo de interés, incluimos al final del extracto que publicamos, la opinión minoritaria de los miembros de la Comisión que votaron en contra o se abstuvieron, en lo que respecta a los epígrafes reproducidos.

QUIEN CONSUME DROGAS Y POR QUE RAZON

Hay muchas teorías sociológicas sobre las razones por las cuales la gente, en especial los jóvenes, recurren al

consumo de drogas ilegales. La mayoría de estas teorías se basan en la necesidad que siente el individuo de «escapar» de determinados problemas o presiones, creados por diversos factores, desde la no consecución de deter-

minados objetivos que la sociedad ha fijado o la tensión propia de la adolescencia, hasta las carencias sociales o materiales. Cuando alguien empieza a consumir drogas, sin embargo, las consecuencias sociales, tanto en lo que se refiere a la actividad en grupo como a causa de la naturaleza ilegal de las drogas, tienden a hacer que continúe el hábito adquirido y que se aísle de la sociedad.

Dicho esto, es indudablemente cierto que algunos tipos de jóvenes son más proclives que otros al consumo de drogas. La personalidad de los consumidores suele apuntar al inconformismo y a la predisposición a correr riesgos. Con frecuencia se trata de personas interesadas en cuestiones espirituales o de inclinaciones artísticas. Son individuos que aparentemente se rebelan contra el orden establecido, pero que, al mismo tiempo, se sienten inseguros y se preguntan quiénes son, adónde van y qué tienen ellos que ver con un mundo básicamente hostil. Al poseer un carácter más permisivo, excéntrico o informal, es más probable que no sintonicen con sus padres. Si proceden de hogares rotos o han tenido una infancia difícil habrá más posibilidades aún de que caigan en la tentación de buscar evasión en un mundo de ilusiones, euforia o estímulos en el que temporalmente puedan olvidar o superar los problemas y preocupaciones, conscientes o subconscientes, que padecen. No obstante, queremos dejar muy claro que una inmensa mayoría de los jóvenes que empiezan a consumir drogas, aunque puedan tener determinados rasgos de personalidad, no son en absoluto perturbados mentales.

Vivimos en un mundo inestable en el que la vida se hace cada vez más materialista. Como resultado de las pau-

tas socioeconómicas, con frecuencia el padre y la madre trabajan, y los hijos regresan a una casa vacía en la que no existe un entorno de vecindad, especialmente en las grandes ciudades. La inestabilidad en todas las facetas de la vida produce tensión, que luego se transmite a los jóvenes. No es sorprendente, por ello, que haya un terreno abonado para el consumo de drogas estimulantes y otras utilizadas como medio de evasión, y que los jóvenes sean los más vulnerables. Está demostrado que la mayoría de los jóvenes que empiezan a consumir drogas lo hacen porque se las ofrecen sus amigos. En muchos casos es la presión del grupo de compañeros la que impulsa al individuo a tomar la droga que se le ofrece, pues no desea que le consideren un «cobarde» o un disidente. Algunos jóvenes se entregan a las drogas porque no son felices o porque están deprimidos en razón de su medio ambiente o de sus circunstancias familiares. De entre todas las razones que dan los jóvenes como motivo de haberse iniciado en el consumo de drogas, la de la curiosidad es con mucho la más frecuente; le siguen el deseo de hacer algo audaz y porque «las drogas te producen bienestar».

Desgraciadamente, el consumo y el uso indebido de drogas se han convertido en un rasgo permanente de nuestra sociedad, aunque con un perfil constantemente cambiante. Puesto que pueden diferenciarse tres tipos de drogas en virtud de sus efectos fisiológicos y psicológicos —a saber, tranquilizantes, estimulantes y sustancias psicotrópicas— es muy probable que existan también diferencias en los motivos que inducen al consumo de estas drogas. El consumo de varias drogas no constituye tampoco una excepción, si bien se puede hablar de una cuestión de preferencias.

Si se busca una explicación al consumo de las drogas en la psicología del individuo, se debería decir que esta explicación sólo puede ser pertinente en el caso de una droga específica que se consume dentro de un marco específico de condiciones sociales. El dato empírico de que se consume heroína y cocaína en grupos sociales distintos, refuerza la opinión de que, como norma, la dependencia de las drogas ilegales no puede explicarse por rasgos personales específicos.

Es importante que la sociedad admita, al hablar de los problemas de la droga, que nos estamos refiriendo principalmente a la toxicomanía que se inicia durante la adolescencia. No se puede hablar de responsabilidad en el consumo de drogas por parte de adolescentes durante esta etapa crítica de desarrollo físico, emocional y psicológico. Deben realizarse todos los esfuerzos destinados a la prevención del uso indebido de las drogas por parte de adolescentes, mediante su educación y, principalmente, mediante la educación de los padres. Es importante recordar que la mayoría de los adictos a sustancias químicas son toxicómanos, y que no es frecuente encontrar un adicto a drogas duras que no haya empezado su dependencia a través del consumo de drogas blandas y de alcohol. Debemos también admitir que con mucha frecuencia los chicos y las chicas se inician en la droga en la escuela o en las fiestas y que suelen ser jóvenes perfectamente sanos, normales y alegres y no personas con problemas psicológicos intrínsecos ni, menos aún, con tendencias delictivas innatas.

EL NUMERO DE CONSUMIDORES DE HEROINA EN LA CEE

La utilización de las estadísticas requiere mucha cautela. Con todo, es im-

portante llegar a conclusiones provisionales acerca de las cifras de consumo a fin de tener una idea de la magnitud del problema de la heroína y poner al menos de manifiesto su gravedad. Nuestra tesis es que actualmente hay del orden de un millón y medio de consumidores de heroína en la CEE y que cinco de los países más importantes tienen aproximadamente 200.000 cada uno. A modo de ejemplo, digamos que las aduanas británicas incautaron 325 kg. de heroína en 1985. Los propios servicios de aduanas calculan que las incautaciones representan entre el 5% y el 10% de las importaciones totales. Creemos que es mucho más probable que sea el 5% o menos. Si redondeamos la cifra de incautaciones en 365 kg. y suponemos que se trata del 5% de las importaciones totales quiere decir que en 1985 entraron en el Reino Unido 7.300 kg. o 7.300.000 gramos, lo cual equivale a una media de 20.000 gramos por día. Cuando la heroína llega al mercado callejero, está adulterada y tiene un grado de pureza de entre el 20 y el 50% solamente. Como la heroína entra ya en el país con un nivel de pureza inferior al 100%, es razonable suponer, haciendo una hipótesis optimista, que el nivel de pureza en el momento de la importación no se reduce en más del 50% antes de su venta en la calle. Esto vendría a indicar que el nivel de consumo diario oscila alrededor de los 40.000 gramos. El consumidor habitual de heroína consume por término medio entre un cuarto de gramo y medio gramo al día. Si utilizamos el promedio de estas dos cifras, el número de consumidores habituales sería, por tanto, de unos 120.000, si solamente consumieran heroína los consumidores habituales. Sin embargo, sabemos que no es así y que hay muchas personas que la consumen de modo ocasional y en dosis medias diarias muy inferiores a un tercio de gramo.

Parece, por tanto, que el número total de consumidores de heroína es de unos 200.000. Creemos que la abundante oferta de heroína sustenta nuestra tesis. Hemos comprobado que la incautación de cantidades importantes de heroína no influye prácticamente para nada en el precio de dicha droga, ni siquiera en la localidad donde ha sido confiscada.

EL PERFIL CAMBIANTE DEL CONSUMO DE DROGAS

En los últimos años ha venido aumentando el consumo de la heroína fumada, en vez de inyectada, entre los jóvenes. A menudo se piensa, equivocadamente, que esa nueva forma de consumo de la heroína disminuye considerablemente el riesgo de dependencia. Además, los innegables riesgos de contraer el SIDA al inyectarse y cierta repugnancia hacia el uso de la aguja, han hecho que cada vez sean más los jóvenes que pasan a fumar la heroína, en la modalidad conocida como «cazar el dragón». Esto, a su vez, ha hecho que el consumo de la heroína se extienda a una gama social más amplia que antes, y que la droga no se considere ya tanto como un estigma social. Otra consecuencia del incremento de la heroína fumada en lugar de inyectada es que ha aumentado la proporción de mujeres consumidoras. En líneas generales, la pauta de incremento de la heroína fumada en vez de inyectada se ha traducido en que los consumidores son ahora menos visibles y menos identificables. A ello se añade otro factor, mencionado en otra parte de este informe: cuanto mayor es la pureza de la heroína, tanto más probable es que se fume en lugar de que se inyecte; en efecto, por debajo de un cierto grado de pureza, pongamos que el 30%, no pueden obtenerse los efectos eufori-

zantes de la heroína si se consume fumándola, con lo cual hay que recurrir a inyectarla.

Cada vez está más claro que el consumidor de drogas clásico utiliza una variedad creciente de sustancias. Con frecuencia la heroína se toma con otras drogas. A medida que aumenta la disponibilidad de la cocaína, es cada vez más frecuente mezclarla con heroína para obtener una peligrosa combinación llamada «speedball». La marihuana se mezcla con la fenciclidina. El consumo de drogas duras alterna frecuentemente con el de barbitúricos, drogas de prescripción médica y alcohol. A lo largo de la vida de un consumidor de drogas pueden producirse cambios importantes en su consumo.

Es necesario tener muy presente que en la sociedad actual se consume una variedad muy amplia de drogas y que en el futuro seguirá ocurriendo otro tanto. Las actitudes que adoptemos tienen que orientarse por consiguiente al consumo de las drogas en general. La heroína es sin duda la droga más nociva que existe hoy día en Europa, pero con el tiempo dará paso a otras como la cocaína y las drogas sintéticas llamadas «drogas de diseño». La batalla contra los contrabandistas de heroína tiene que proseguir incansablemente, pero al mismo tiempo hay que tener presente que el perfil de consumo de drogas psicotrópicas seguirá cambiando de un año para otro y según las sociedades. Los centros de rehabilitación y las políticas educativas hay que concebirlas de manera que tengan en cuenta diversos tipos de drogas, a fin de poder reaccionar con prontitud ante los cambios que puedan operarse en las pautas de consumo. Al mismo tiempo, la educación de los jóvenes no debería concentrarse en una sola droga, sino en los peligros del consumo de drogas

en general e inversamente, en los beneficios de una vida sana y honesta. Se trata de proponer estilos y modos de vida que contrasten con el consumo y uso indebido de estupefacientes, evitando las campañas que se basen exclusivamente en el terror o que sólo hagan referencia a los daños ocasionados a la salud.

LA COCAINA

Incluimos en este informe una sección sobre la cocaína en razón del riesgo inminente que ella presenta para la sociedad europea. Con excesiva frecuencia se ve o se percibe una relativa complacencia respecto a la cocaína. Demasiada gente concentra su atención en la heroína y cree que de un modo u otro la cocaína no nos alcanzará. Esto es un error. La cocaína se convertirá en los próximos 20 años en un azote tanto o más grave que la heroína. Para comprender la dimensión del peligro que acompaña a esta sustancia no tenemos más que mirar el desgarró que ha ocasionado en la sociedad norteamericana actual, en la que, a pesar de los enormes esfuerzos realizados por las autoridades de Estados Unidos, la situación está fuera de control. Se calcula que hay más de un millón de cocainómanos, 8 millones de consumidores regulares y hasta 20 millones de personas que consumen dicha droga en un momento u otro. La cocaína se percibe como una droga socialmente más aceptable que la heroína dado que estimula al consumidor y no ocasiona, como la heroína, una degradación física. No obstante, se ha demostrado que la cocaína no es una droga benefactora y que ha arruinado la vida profesional, el matrimonio y la vida familiar de cientos de miles de familias en Norteamérica y ha ocasionado una nueva y creciente ola de criminalidad.

Los grandes traficantes de drogas han obtenido miles de millones de dólares de beneficio y han conseguido forjarse una posición, en algunos países de Sudamérica, prácticamente inatacable por lo que respecta al poder y a la influencia. Todos los indicios apuntan a que la cocaína está llegando a Europa en cantidades progresivamente mayores. Por lo tanto, tenemos que prepararnos para el ataque antes de que sea demasiado tarde.

Orígenes y fabricación de la cocaína

Las poblaciones indígenas de las regiones andinas de Sudamérica han practicado el cultivo de la hoja de coca durante miles de años. Tradicionalmente se masticaba y ayudaba a superar el frío, a acallar las punzadas del hambre y a recuperar la energía. Además, la hoja de coca se utiliza legalmente en aplicaciones médicas, en bebidas no alcohólicas y como componente del té y de algunos licores. Para este consumo tradicional se necesitan alrededor de 35.000 toneladas métricas al año.

La fabricación ilegal de clorhidrato de cocaína o «coca», como se la llama con más frecuencia en el mundo de la droga, necesita un tonelaje mucho mayor de hojas de coca. Se calcula que en 1984 la demanda llegaba a las 100 o 150 mil toneladas. Para producir esta enorme cantidad, el cultivo se ha extendido, a partir de las zonas de cultivo tradicionales en los Andes, a otras nuevas. No obstante, más del 90% de toda la cocaína se cultiva en Bolivia, Colombia y el Perú. La enorme demanda ha perturbado la economía agrícola de estos países y se ha convertido en la principal fuente de ingresos de una multitud de pequeños agricultores y de millares de intermediarios que trabajan bajo el dominio de los señores de la droga.

Hay dos tipos de hoja de coca: la primera se conoce como Erythroxylan coca y se la llama generalmente coca «boliviana» o «coca huanico». Se cultiva en los valles tropicales y húmedos de las laderas orientales de los Andes, desde el sur del Ecuador hasta Bolivia. La mayor parte de la cocaína del mundo procede de allí. La segunda especie se llama «E. novogranatense», y se la conoce como coca «colombiana» o «hayo». Crece en climas calientes, caracterizados por una estación seca. Es importante que se tenga en cuenta que la planta de la coca puede cultivarse en muy diferentes condiciones ecológicas, que van desde las húmedas y tropicales a las desérticas. Puede crecer en tipos de suelo muy diversos y en temperaturas que van desde 0 a 40° C. La altitud a la cual se pueden desarrollar va de los 200 a los 2.000 metros, tanto en terrenos llanos como en pendientes pronunciadas. El arbusto de la coca se cultiva hoy en día no sólo en Bolivia, el Perú y Colombia, sino también en el Brasil, el Ecuador, Panamá y Venezuela. Puede producir tres o cuatro cosechas anuales durante su ciclo vital, que dura entre 15 o 30 años. Una hectárea (2,2 acres) produce, en término medio, una tonelada métrica de hojas secas.

La extracción de la cocaína a partir de la hoja de coca se efectúa en dos etapas. En un primer momento se colocan las hojas en un tambor de acero que contiene ácido sulfúrico y se las reduce a una pasta que se llama también sulfato. Esta pasta se elabora mediante la adición de un disolvente, ácido clorhídrico, para eliminar las demás sustancias químicas. El resultado es el clorhidrato de cocaína, que se vende o bien en forma cristalina o bien reducido a polvo blanco. Cuando aparece para su venta en la calle, el polvo se encuentra generalmente adulterado con azúcares inactivos, otros polvos blan-

cos o hasta heroína y otras drogas que crean adicción.

La comunidad de traficantes de cocaína ha conseguido establecerse de modo firme en todos los aspectos de la producción de cocaína, desde su cultivo, pasando por su elaboración, hasta la distribución internacional. Colombia es el principal país por lo que se refiere a la elaboración y distribución. Un reducido número de familias colombianas, que han extendido sus tentáculos hasta el interior de los Estados Unidos, controlan todo este negocio. Su poder ha adquirido una dimensión tal que les ha permitido suplantar a la mafia en la mayor parte del comercio de la cocaína. Sin embargo, en los últimos tiempos, los traficantes bolivianos han conseguido una gran autonomía. Han instalado laboratorios capaces de producir 100 kilogramos de clorhidrato de cocaína y están importando los productos químicos necesarios del Brasil o de otros países productores, a través de la Argentina y el Paraguay. Se han identificado también algunas unidades de transformación en el Brasil y en el norte de la Argentina, cuya producción parece ser que va destinada a Europa. Los traficantes paraguayos han podido conseguir con facilidad pasta de cocaína y cocaína transformada en Bolivia.

Itinerario comercial de la cocaína hacia la Europa Occidental

La cocaína que es introducida de contrabando en la Europa Occidental proviene principalmente de Colombia, Bolivia y el Perú, pero, con frecuencia, pasa ilegalmente por diversas ciudades sudamericanas antes de enviarla a Europa. Río de Janeiro y Sao Paulo en Brasil, Buenos Aires en la Argentina y Montevideo en el Uruguay, son lugares de paso conocidos. De las incautacio-

nes y de las informaciones recogidas, se desprende que Madrid, Lisboa, Amsterdam, Francfort y Copenhague son puntos comunes de entrada de los envíos de cocaína. Desde estas ciudades, la cocaína se distribuye a otros países europeos. España y Portugal presentan riesgos particulares dada la comunidad lingüística y los otros lazos que las unen con Sudamérica. Los nacionales provenientes de Sudamérica, particularmente los colombianos, que viven en la CE es muy probable que estén inmiscuidos en el comercio y su desarrollo. Una pauta similar a ésta fue la que se siguió en el comercio de la heroína en el Reino Unido: al principio estaba relativamente desorganizado y recibían el suministro en su mayor parte mediante contrabandistas provenientes del sudeste asiático; después, los traficantes profesionales monopolizaron el comercio utilizando la «conexión paquistaní».

La cocaína se introdujo al principio en la Europa Occidental mediante la utilización de contrabandistas que viajaban como pasajeros de las líneas aéreas, pero ahora, cada vez en mayor cantidad, se utilizan aviones de transporte y barcos. Los métodos utilizados en el contrabando han sido ingeniosos e inquietantes. Se ha descubierto cocaína, por ejemplo, en loros y cocodrilos muertos. En algún caso se cubrieron pieles de cocodrilo con polvo blanco que se describía como un producto de conservación, pero que realmente era cocaína. En otra ocasión, los traficantes mataron a un cierto número de ejemplares de un envío de pájaros vivos y rellenaron sus cadáveres de cocaína. Con ello consiguieron engañar a los servicios de aduanas, dado que es común que, en estos envíos, mueran algunos animales. Se cita también el caso de niños a quienes se ha hecho tragar pequeños condones llenos de cocaína para atravesar las fronteras.

Se han incautado en la Europa Occidental 843 kilogramos de cocaína, lo cual representa una cifra insignificante en relación con los 40.000 kilogramos capturados en el mismo período en Norteamérica y Sudamérica.

El consumo de la cocaína y la toxicomanía

Generalmente la cocaína se aspira o absorbe a través de una paja o utilizando un billete de banco enrollado. Una «raya» destinada a la absorción contiene entre 25 y 30 miligramos de cocaína. Se utiliza este término porque el consumidor de cocaína la coloca sobre un espejo u otra superficie brillante formando una «raya» de unos 2,5 cm. por 30 mm. Cuando se absorbe, el efecto de la cocaína aparece en tres minutos. El consumidor se siente entonces eufórico, seguro de sí mismo y fuerte. Desaparecen el cansancio y el hambre. Cuando los efectos de la cocaína se disipan, el consumidor muy probablemente se hundirá y se sentirá muy cansado, deprimido e irritable.

Recientemente ha aparecido una modalidad de esta droga destinada a ser fumada y que se llama cocaína (base libre). En este caso la cocaína se separa de sus impurezas mezclándose con agua e hidróxido amónico. La cocaína (base libre) se separa del agua utilizando un disolvente de evaporación rápida como el éter. Hasta hace poco, el proceso de obtención de la cocaína (base libre) lo realizaba el consumidor mismo; sin embargo, desde hace poco, cocaína de este tipo, ya elaborada, se encuentra disponible en el mercado; se la conoce como «rock» o «crack». Se fuma mezclada con tabaco o marihuana. El efecto intenso que produce es casi instantáneo. Tras un consumo repetido, y con frecuencia al cabo sólo

de unas semanas, el consumidor sentirá un deseo compulsivo de este tipo de cocaína a cualquier precio. El «crack» crea más dependencia y, por tanto, es más peligroso que la cocaína en su presentación en polvo.

La cocainomanía

Los consumidores de cocaína, en particular aquéllos que utilizan la cocaína (base libre), corren un grave riesgo de adquirir una dependencia respecto a dicha droga. Esta dependencia toma la forma de una compulsión irresistible al consumo de la droga en dosis y frecuencia crecientes, y esto a pesar de sufrir efectos secundarios graves, tanto en el orden físico como psicológico y una alteración muy importante de las relaciones personales y del sistema de valores del consumidor. Aunque no aparezca el síndrome de abstinencia, existe un deseo muy intenso de la droga acompañado de una profunda depresión, una pérdida de energía y un aumento de la irritabilidad. Se ha descubierto que la única cura posible de la dependencia respecto a la cocaína es la abstinencia completa. Dicha abstinencia sólo puede conseguirse mediante un cambio completo de actividades y manteniéndose alejado de los consumidores de cocaína y con ayuda exterior.

Se puede prever que el uso indebido de la cocaína llegue a representar un grave problema en la próxima década. Es importante, por lo tanto, que se incluya ahora en todos los programas de

educación y prevención una campaña de concienciación sobre los peligros de la cocaína. Aunque la heroína sea por el momento el problema fundamental y haya atraído la atención de la mayor parte de los gobiernos y de los medios de comunicación, la cocaína debe recibir la misma atención. Hay que disipar el error según el cual la cocaína es una droga relativamente poco peligrosa. Hay que movilizar los medios audiovisuales para que se presente a la cocaína como lo que en realidad es: una droga peligrosa, sin atractivos y que crea dependencia.

La Comunidad Europea ha de desempeñar un papel importante en la facilitación del intercambio de información y de experiencias sobre la prevención, y en la consecución de que el material utilizado con éxito se encuentre disponible.

La comisión acoge con satisfacción la iniciativa de la Comisión de las Comunidades Europeas respecto a la creación de un grupo de estudio para analizar todos los aspectos relacionados con la cocaína.

Es esencial que se desestabilice a los traficantes de droga. Dadas las relaciones particularmente estrechas que existen entre la América Latina y la Península Ibérica hay que prestar una particular atención a todos los puntos de entrada de las fronteras exteriores de España y Portugal para conseguir que los Estados miembros reciban información respecto a los movimientos tanto de los traficantes como de la cocaína.

QUIEN CONSUME DROGAS Y POR QUE RAZON

Las drogas las consumen muy distintas personas por muy distintos motivos y necesidades. Las drogas más perjudiciales y difundidas en Europa en la actualidad son indudablemente el alcohol, la nicotina y los medicamentos que alteran el estado de la consciencia. Sin embargo, esas drogas no se consideran públicamente problemáticas desde el punto de vista social. El consumo y el abuso de estas drogas legales y el de las ilegales no pueden considerarse razonablemente por separado, ya que a menudo las causas y los efectos son los mismos. No se comprende la razón por la que la posesión, el consumo, la fabricación, el cultivo y la distribución sean perseguidos en el caso de una droga y no en el de otra, aunque ambas perjudiquen la salud en la misma medida, estando una reconocida como artículo de consumo en nuestras sociedades occidentales y la otra no, a pesar de que en otras formas sociales se la reconozca como substancia de consumo y curativa.

Mientras parece que el consumo de heroína se va estabilizando, se incrementa el consumo paralelo de diferentes drogas, en particular desde la aparición de la cocaína. El consumo de cocaína se inicia principalmente en el grupo de la «gente de moda»: personas con trabajo y/o dinero. El consumo de esta droga parece estar integrado en su forma de vivir, pero la evolución en los Estados Unidos muestra que una parte de estos toxicómanos «integrados» cae después de algunos años en un aislamiento social, entra en conflicto con la ley y pierde su posición social.

La política educativa y las instalaciones de rehabilitación para antiguos drogadictos deben concebirse por lo tanto con el objetivo de adecuarse a todos los tipos de drogas. En las actividades educativas, los esfuerzos no debieran concentrarse en drogas individuales y ciertamente no en las ilegales, sino dirigirse a conseguir una forma de vida sana.

Admitiendo que los países productores y exportadores ilegales de estupefacientes se encuentran generalmente en condiciones de extrema pobreza, están atrasados socialmente y, en su mayoría, tienen gobiernos autoritarios o tiránicos, se pide a la Comisión que haga todos los esfuerzos posibles para ayudarlos económicamente en el espíritu del Convenio de Lomé. El objetivo prioritario debe ser ayudar a esos países a liberarse de la necesidad económica y de las inmensas ganancias que derivan de la producción ilegal de estupefacientes.

Los objetivos y las acciones de los Gobiernos y de los Estados miembros y del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de las Drogas (UNFDAC) para financiar programas de sustitución de cultivos en los países productores, deben apoyarse solamente en los casos en que sean necesarios y puedan justificarse éticamente.

Estos objetivos y estas medidas deben tener en consideración la cultura y la situación económica de estos países productores, y mantenerse rigurosamente separados de fines políticos o militares.

Los Estados miembros debieran utilizar las posibilidades de política co-

mercial y diplomática, pero no como medio de presión. Resulta injustificable intervenir perturbadoramente en otras culturas para resolver los problemas propios. No debiera olvidarse que, a menudo, precisamente las potencias coloniales, es decir, las precursoras de determinados Estados de la CEE, fue-

ron las que obligaron a cultivar drogas en países del Tercer Mundo y se lucraron de este modo. Tampoco debiera olvidarse que los países de la CEE exportan problemas relacionados con el alcohol y los medicamentos a países del Tercer Mundo.

Resolución sobre el uso indebido de la droga 9-octubre-1986

EL PARLAMENTO EUROPEO

- A. Considerando el informe y las recomendaciones de su Comisión de investigación del problema de las drogas,
- B. Considerando la declaración de la Cumbre de La Haya, en la que se señala la disposición de los Estados miembros a tomar medidas concertadas contra el problema de las drogas,
- C. Sorprendidos por la resistencia de los Estados miembros a reconocer la amplitud del problema,
- D. Considerando que las políticas aplicadas hasta la fecha en los Estados miembros no han impedido que continuase generalizándose el fenómeno que en la actualidad ha alcanzado niveles alarmantes,
- E. Alarmado por la inquietante evolución del fenómeno de las drogas,
- F. Considerando que el tráfico ilícito de drogas lo realizan organizaciones delictivas que disponen de medios y capitales enormes,
- G. Considerando que las actividades de esas organizaciones rebasan con mucho el ámbito del tráfico de drogas, hasta el punto de que en muchos casos y países llega a influir en el sistema político y económico,
- H. Considerando además que las políticas aplicadas hasta la fecha por los Estados miembros han arrojado escasos resultados en lo relativo a:
- i) la represión, pues sólo se incauta el 5% de las sustancias ilegales,
 - ii) la prevención, dado el carácter insuficiente y a menudo inadecuado de las iniciativas,
 - iii) la rehabilitación y reinserción, a causa de la escasez de los medios empleados y de la falta de preparación de la sociedad en su conjunto para ofrecer soluciones adecuadas, sobre todo a los jóvenes,
- I. Recordando a todas las Instituciones de la Comunidad sus deberes en lo tocante a la mejora de las condiciones de vida y de trabajo en que se basa el Tratado de Roma,
1. Somete el proyecto de resolución adjunto al Consejo de Ministros;
 2. Pide formalmente al Consejo que apruebe de inmediato esta resolución;
 3. Encarga a su Presidente que transmita la presente resolución, con el informe y las recomendaciones de la Comisión de investigación del problema de las drogas en los países de la Comunidad Europea, al Consejo y a la Comisión.

Resolución del Consejo sobre una acción concertada para hacer frente al problema de las drogas

EL CONSEJO DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

- Considerando el Tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea,
- Recordando la declaración del Consejo Europeo de La Haya, en la que se reconocía la necesidad de emprender una acción a nivel comunitario para hacer frente al problema del uso indebido de drogas,
- Considerando el informe y las recomendaciones de la Comisión del Parlamento Europeo de investigación del problema de las drogas en los países de la Comunidad,

Se compromete a:

1. Desarrollar políticas comunitarias conjuntas para paliar el alarmante aumento del problema de las drogas y su naturaleza rápidamente cambiante, haciendo frente a todos los eslabones de la cadena internacional desde la producción y el suministro de drogas hasta la demanda y el consumo final, y ratificando, al mismo tiempo, la ilegalidad de las drogas, tal como lo establecen los Convenios de las Naciones Unidas;
2. Pide a la Comisión que organice una conferencia europea para estudiar todos los efectos e implicaciones del consumo de drogas a fin de evaluar, entre otras cosas, las actividades de las organizaciones delictivas y, en particular, las

consecuencias físicas y sociales de las drogas;

3. Aumentar los fondos destinados a los programas de sustitución de los cultivos destinados a la elaboración de drogas y reforzar la presión política y económica sobre los países productores para garantizar su plena cooperación en estos programas y en la eliminación de los laboratorios de procesamiento clandestinos;
4. Se enfrente con el problema de la reconversión de cultivos ateniéndose al espíritu igualitario del Convenio de Lomé y en el marco de una ayuda general a los países productores, que por lo general son pobres y atrasados y están sojuzgados por gobiernos tiránicos;
5. Establecer estrictos controles sobre las exportaciones e importaciones comunitarias de conocidas sustancias químicas y precursores empleados en la elaboración de drogas ilegales;
6. Empezar una acción concertada en la próxima reunión de Ministros de Justicia del 19 de octubre de 1986 con vistas a establecer directrices prácticas para la condena de los traficantes de drogas y procedimientos para su extradición y la congelación y confiscación de sus bienes;
7. No ahorrar esfuerzos para combatir las organizaciones delictivas que en muchos países productores controlan las instituciones del Estado y, además, están involucradas en el tráfico de armas y el terrorismo;
8. Introducir medidas eficaces para tratar la cuestión del blanqueo de dinero por parte de los traficantes de drogas y sus cómplices, entre otras, la introducción de una directiva comunitaria relativa a los

- informes de transacciones monetarias;
9. Modificar los reglamentos aduaneros existentes que estipulan la incautación de mercancías en la medida necesaria para que incluyan, sobre una base común, la incautación de todas las drogas ilegales que son objeto de comercio dentro de la Comunidad y para garantizar un tratamiento común, entre otras cosas, de los suministros controlados;
 10. Apoyar la creación de nuevos mecanismos para una cooperación más estrecha entre las autoridades aduaneras de los doce Estados miembros con respecto a la detección de drogas;
 11. Asegurarse de que todos los Estados miembros posean un organismo central de información sobre las drogas y de que se establezcan mecanismos para coordinar sus actividades. Con vistas a facilitar los intercambios de información e investigación, se asignarán fondos siempre que sea necesario para que puedan tomarse medidas que aseguren la compatibilidad de los sistemas de información mediante ordenadores de la policía y de las aduanas de los diversos Estados miembros;
 12. Mejorar las instalaciones como cuestión de máxima urgencia y proporcionar fondos adecuados para:
 - a) la educación preventiva de todas las capas sociales, lo cual constituye la estrategia más importante para hacer frente al uso indebido de drogas en nuestra sociedad,
 - b) la rehabilitación y el tratamiento de los adictos;
 13. Solicita a la Comisión que aplique cuanto antes la decisión de incluir la educación en materia de consumo, en el plan de estudios escolar; en efecto, sólo una actitud consciente hacia los bienes de consumo, drogas en general y medicamentos, puede sustraer a la gente, en especial a los jóvenes, al placer de imitar y seguir la moda de sus compañeros;
 14. Elaborar una serie de directrices para empleo de las autoridades locales en la planificación de la reinserción social de los toxicómanos que han recibido tratamiento, a través del Fondo Social Europeo si fuera posible;
 15. Incluir, en su próximo anteproyecto de presupuesto, propuestas para la creación de un centro comunitario de investigación e información sobre los problemas de las drogas;
 16. Participar plenamente y colaborar en las actividades de las organizaciones internacionales para la lucha contra el tráfico y el uso indebido de drogas y para su tratamiento y prevención.

Escriben en este número

JOAQUIM CAMPRUBI GARCIA: Médico de Sanidad Nacional. Director de Programas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

TERESA SALVADOR LLIVINA: Licenciada en Psicología. Ha simultaneado desde 1979 la dirección de un trabajo de investigación sobre tratamiento del tabaquismo como servicio público en la comunidad (Servicio de Pneumología, Hospital Clínico y Provincial de Barcelona), con sucesivos trabajos dentro del campo de la prevención de las drogodependencias (desarrollados desde el Ayuntamiento de Barcelona y el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña). Miembro del «Panel Internacional de Expertos sobre Tabaquismo» de la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad, trabaja como colaboradora técnica en la Sección de Drogodependencias del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña.

88

JAVIER BLANCO AGUILAR: Licenciado en Sociología. Ha trabajado como técnico responsable del «Estudio sobre el consumo de drogas en la provincia de Cádiz», en 1984/85. Autor, en 1986, de un estudio sobre la opinión y actitudes que mantienen los usuarios hacia la asistencia sanitaria y los medicamentos (dentro del Programa de Medicamentos de la R.A.S.S.S.A.). Actualmente, trabaja como técnico contratado para la evaluación de Programas en la Sección de Educación Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

LLUIS SAN MOLINA: Licenciado en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Ha publicado numerosos trabajos sobre toxicomanías en revistas especializadas y obras colectivas, destacando «Sobre la desintoxicación y/o deshabitación de pacientes heroínómanos» y «Efficacy of clonidine and of methadone in the rapid detoxification of patients dependent on heroin» (ambos en colaboración). En la actualidad, ocupa el cargo de jefe de la Sección de Toxicomanías del Hospital Nuestra Señora del Mar, de Barcelona.

GEMMA POMAROL CLOTET: Licenciada en Medicina. Becaria de la Sección de Toxicomanías del Hospital Nuestra Señora del Mar, de Barcelona.

LLUIS TORRALBA NOVELLA: Licenciado en Medicina. Becario de la Sección de Toxicomanías del Hospital Nuestra Señora del Mar, de Barcelona.

Directorio de Organismos Públicos

PRESENTACION

Ante la demanda manifestada por numerosas instituciones y particulares respecto a puntos a los que dirigirse en solicitud de información sobre diversos aspectos relacionados con las drogodependencias, hemos considerado útil incluir en las páginas de COMUNIDAD Y DROGAS un breve índice donde aparezcan, por un lado, los Ministerios que toman parte en el Plan Nacional sobre Drogas (en adelante P.N.S.D.) con las funciones que desarrollan en el mismo y las Unidades especializadas dentro de éstos, y por otro, aquellos Organos que en las Comunidades Autónomas se encargan de coordinar las actividades realizadas en este campo. En este sentido, hay que señalar que en el ámbito de su respectivo territorio, las Comunidades Autónomas han asumido, de conformidad con sus Estatutos respectivos, competencias relativas a la prevención, asistencia y reinserción en el sector de las drogodependencias.

ADMINISTRACION CENTRAL

DELEGACION DEL GOBIERNO PARA EL P.N.S.D.

La figura del Delegado del Gobierno para el P.N.S.D. viene regulada en el Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre, de Coordinación Interministerial para la ejecución del P.N.S.D. (B.O.E. de 20-9-85).

Funciones:

- Desarrollar las acciones y propuestas derivadas de los acuerdos del Grupo Interministerial (1).
- Elaborar las propuestas de programas y actuaciones relativas a la lucha contra el tráfico y consumo de drogas y evaluar las realizadas por los diversos Ministerios.
- Ejercer la coordinación y dirección funcional, cuando proceda, de los distintos Departamentos ministeriales, otros Organismos y Administraciones públicas, en este ámbito.
- Coordinar la asignación de los recursos presupuestarios del Plan Nacional sobre Drogas, y administrar los adscritos a la Secretaría del Grupo Interministerial.
- Realizar el estudio, evaluación y seguimiento de las actividades desarrolladas en el ámbito del Plan Nacional.
- Ejercer cuantas otras atribuciones le confiera el Gobierno o el Grupo Interministerial en cumplimiento del Plan Nacional sobre Drogas.

Dirección y teléfono

P.º del Prado, 18-20.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
28014 MADRID
Telf.: 230 62 01

93

MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES

Funciones:

- Cooperación internacional en el ámbito de las drogodependencias, a través de:
 - a) Negociación de Convenios para la represión del tráfico ilegal de estupefacientes.
 - b) Negociación de Acuerdos para el cumplimiento de penas en España por delitos cometidos por españoles en el extranjero.
 - c) Participación en foros internacionales.
- Colaboración con países hispanoamericanos, a través del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas.
- Recopilación y estudio de la legislación extranjera.

Dirección y teléfono

Coordinador Técnico para el Plan Nacional sobre Drogas.
Dirección General de Asuntos Consulares.
C/ Imperial, 9-2.ª planta - MADRID
Telf.: 266 50 00, ext. 669

(1) Al Grupo Interministerial para el P.N.S.D. le corresponde la adopción, y en su caso, la propuesta al Gobierno, de las medidas y actuaciones relativas a esta materia, cuya competencia corresponda al Estado. Está integrado por los Ministros de Trabajo y Seguridad Social, Justicia, Interior y Sanidad y Consumo, estándole atribuida la Presidencia a este último.

MINISTERIO DE CULTURA

Funciones:

- Desarrollo de actividades de prevención, a través de los Centros de Información para la Juventud.
- Apoyo técnico y económico al movimiento asociativo para el desarrollo de programas de prevención, asistencia y rehabilitación, con especial incidencia en el ámbito juvenil, en coordinación con las Administraciones de las Comunidades Autónomas.
- Ayuda a las iniciativas tomadas por el Consejo de la Juventud de España, en relación con las drogodependencias.
- Campañas de extensión deportiva a zonas con población de alto riesgo.
- Actividades formativas (Cursos, Seminarios, Jornadas de discusión, etc.).

Dirección y teléfono

Coordinador Técnico para el Plan Nacional sobre Drogas.
Instituto de la Juventud.
Ortega y Gasset, 71.
MADRID
Telf.: 401 13 00

94

MINISTERIO DE DEFENSA

Funciones:

- Prevención, control y seguimiento del consumo de estupefacientes entre los miembros de las Fuerzas Armadas, con especial incidencia en los jóvenes que prestan el servicio militar.
- Elaboración de la normativa que regula la incorporación al servicio militar de los consumidores de drogas y drogodependientes.
- Coordinación con las instituciones civiles en el ámbito de la prevención y de la formación de personal.

Dirección y teléfono

Coordinador Técnico para el Plan Nacional sobre Drogas.
Subdirección General de Personal.
P.º de la Castellana, 109.
MADRID
Telf.: 455 50 00, ext. 2482

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

Funciones:

- Desarrollo de programas para la salud y la educación integral en la escuela en colaboración o convenio con otras Administraciones educativas y/o locales.
- Perfeccionamiento del profesorado en temas de educación para la salud.
- Edición de material pedagógico en el ámbito de la salud y drogodependencias.

Dirección y teléfono

Comisionado del Ministerio de Educación y Ciencia para el P.N.S.D.
C/ Alcalá, 34 - 3.ª planta.
MADRID
Telf.: 231 59 15 y 232 49 88.

MINISTERIO DEL INTERIOR

Funciones:

- Medidas de represión en relación con el tráfico ilícito de estupefacientes.
- Coordinación de las fuerzas y cuerpos de seguridad estatales, autonómicas y locales.
- Cooperación internacional en la lucha contra las redes de distribución ilegal de estupefacientes.
- Formación y perfeccionamiento de personal.

Dirección y teléfono

Coordinador Técnico para el Plan Nacional sobre Drogas.
Brigada Central de Estupefacientes.
C/ Rafael Calvo, 33 - 4.ª planta o Puerta del Sol, 7 - 2.ª planta.
MADRID
Telfs.: 410 37 27 (directo)
221 65 16 (ext. 400)

95

MINISTERIO DE JUSTICIA

Funciones:

- Desarrollo de la normativa tendente a la reducción de la oferta ilegal de sustancias estupefacientes y tratamiento jurídico de la problemática de los delitos cometidos por drogodependientes.
- Cooperación internacional en la homologación de la normativa legal.
- Atención a colectivos específicos (población interna en Instituciones penitenciarias, menores de reforma).

Dirección y teléfono

Coordinador Técnico para el Plan Nacional sobre Drogas.
Asesor Ejecutivo del Ministro.
C/ San Bernardo, 45.
MADRID
Telf.: 231 71 50

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Funciones:

- Elaboración de la legislación relativa a la dispensación y fiscalización de sustancias psicoactivas.
- Actuaciones de carácter sanitario, relativas a la atención de drogodependientes, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario.
- Desarrollo de programas de investigación y colaboración técnica sobre diferentes aspectos sociosanitarios relacionados con las drogodependencias.
- Actividades de carácter formativo (realización de Cursos, Seminarios, Jornadas de trabajo, etc.).
- Relaciones internacionales con Organismos supranacionales especializados, así como acuerdos bilaterales con diferentes países en el marco de una colaboración mutua en el campo de las drogodependencias.

Dirección y teléfono

(Ver «Delegación del Gobierno para el P.N.S.D.»).

96

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Funciones:

- Convenios con Comunidades Autónomas para la puesta en marcha y mantenimiento de:
 - Programas y servicios de información, orientación, asistencia y reinserción social de ámbito municipal.
 - Servicios de asistencia y reinserción social de ámbito autonómico (propios o concertados) y apoyo al movimiento asociativo dentro del marco de la Comunidad Autónoma.
- Convenios-Programa con Instituciones sociales sin fin de lucro, de ámbito estatal e internacional para desarrollo de acciones de cooperación social en el ámbito de las drogodependencias.
- Acciones de formación, investigación y cooperación técnica.

Dirección y teléfono

Coordinador Técnico para el Plan Nacional sobre Drogas.

Dirección General de Acción Social.

José Abascal, 39.

MADRID

Telfs.: 442 12 55/441 81 00

COMUNIDADES AUTONOMAS

Andalucía

- Comisionado para la Droga.
Consejería de Salud.
Pza. del Duque de la Victoria, 6 - 2.ª planta.
41002 SEVILLA
Telf.: 954/21 79 39
- Para información:
Telf.: 954/22 99 99.

Aragón

- Coordinador de Drogodependencias.
Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.
P.º María Agustín, s/n.
Edif. Pignatelli.
50001 ZARAGOZA
Telf.: 976/43 95 00 (ext. 2326)

Principado de Asturias

- Equipo de Coordinación e Información para la Prevención de las Drogodependencias.
Plaza del General Ordóñez, 1 - Bajo.
33005 OVIEDO
Telf.: 985/25 14 67.

97

Islas Baleares

- Centro de Coordinación y Diagnóstico de las Drogodependencias.
Consejería de Sanidad y Seguridad Social.
La Rambla, 18 - 4.ª planta.
07003 PALMA DE MALLORCA
Telfs.: 971/72 64 43 (44/45/46).

Canarias

- Coordinador Regional de Toxicomanías.
Dirección Territorial de Salud.
Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.
Alfonso XIII, 5.
35003 LAS PALMAS
Telf.: 928/36 70 33.

Cantabria

- Plan Regional sobre Drogas.
Consejería de Cultura, Educación, Deporte y Bienestar Social.
Dirección Regional de Sanidad.
C/ Marqués de la Hermita, 8.
39002 SANTANDER
Telf.: 942/21 17 04 (ext. 44).

Castilla-La Mancha

- Programa Regional sobre Drogas.
Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.
Avda. de Portugal, 77.
45005 TOLEDO
Telf.: 925/21 20 45.

Castilla y León

- Comisionado Regional para la Droga.
Consejería de Bienestar Social.
General Almirante, 5, 1.º
47003 VALLADOLID
Telf.: 983/33 02 61 y 33 03 37.

Cataluña

- Organo Técnico del Plan de Drogodependencias.
Consejería de Sanidad y Seguridad Social.
Travessera de les Corts, 131-159.
08028 BARCELONA
Telf.: 93/339 11 11.
- Sección de Drogodependencias.
Consejería de Sanidad y Seguridad Social.
Lluís Companys, 7.
08003 BARCELONA
Telf.: 93/315 23 25.

Extremadura

- Programa Extremeño sobre Drogodependencias.
Consejería de Sanidad y Consumo.
Plaza de Santa Clara, s/n.
06800 MERIDA
Telfs.: 31 41 61 y 31 40 12.

Galicia

- Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
Comisión Gallega de Prevención e Loita contra a Drogodependencia.
Consellería de Sanidade e Seguridade Social.
Vicepresidencia de la Comisión.
Edfo. Administrativo San Cayetano.
SANTIAGO DE COMPOSTELA (LA CORUÑA)
Telf.: 981/56 10 10 (ext. 2186 - 2183).

Comunidad de Madrid

- Plan Regional sobre Drogas.
Consejería de Salud y Bienestar Social.
C/ O'Donnell, 50.
28009 MADRID
Telf.: 409 55 32.
- Para información
Servicio de información telefónica (SITMA).
Telf.: 273 11 12.

Región de Murcia

- Programa Regional sobre Drogas.
Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.
Ronda de Levante, 11.
30008 MURCIA
Telfs.: 968/24 10 00 y 24 13 00.

Comunidad Foral de Navarra

- Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías.
del Gobierno de Navarra.
Servicio Regional de Salud.
Ctra. Barañain, s/n.
31001 PAMPLONA
Telf: 948./26 03 58.

La Rioja

- Coordinador del Plan Regional sobre Drogas.
Consejería de Trabajo y Bienestar Social.
C/ Villamediana, 7.
26003 LOGROÑO
Telf.: 941/24 69 65.

Comunidad Valenciana

- Comisión de Coordinación de Lucha contra la Droga.
Generalitat Valenciana-Presidencia
Pza. País Valenciano, 19 - 10.º G.
46002 VALENCIA
Telf.: 96/351 28 95.

País Vasco

- Oficina del Asesor del Lehendakari
para el tema de Drogas.
Duque de Wellington, s/n.
01011 VITORIA
Telf.: 945/24 99 00.

