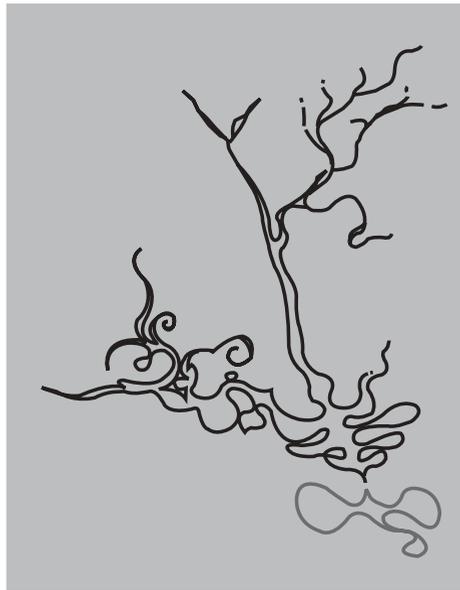


# **C**UADERNOS DE **P**SIQUIATRIA **COMUNITARIA**

Vol. 1, número 1, 2001



## **A**DICCIONES

Pedro Marina González  
(Compilador)

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, José Filguerira Lois, Juan José Martínez Jambrina, Alberto Durán Rivas

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental Profesionales de la Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría) Camino de Rubín s/n. Edificio Teatinos - 33011 Oviedo.

e-mail: [aenasturias@hotmail.com](mailto:aenasturias@hotmail.com)  
[www.telecable.es/personales/aenasturias](http://www.telecable.es/personales/aenasturias)

Ilustración de la cubierta: Dis Berlín. Museo Universidad de Alicante

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito Legal: AS - 3.607 - 01  
Impresión: Imprenta Goymar, S.L. - Padre Suárez, 2 - Oviedo  
Periodicidad: Semestral

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos

## **Presentación**

Víctor Aparicio Basauri ..... 5

## **Introducción** .....

6

## **Mareas y tormentas: ciclos de policonsumo de drogas en España (1959-1998). Algunas consecuencias estratégicas para el diseño de políticas públicas**

*Juan F. Gamella* ..... 7

## **Sociología del consumo de alcohol en Asturias**

*Fernando Sánchez Bravo-Villasante* ..... 19

## **Implicaciones sociofamiliares de la dependencia a alcohol y drogas**

*Andrés Cabero Alvarez* ..... 37

## **Indicación terapéutica en drogodependencias y alcoholismo**

*Pedro Marina González* ..... 50

## **El papel de la farmacoterapia: nuevas perspectivas en el tratamiento de las drogodependencias y alcoholismo**

*Marta Torrens Melich* ..... 57

## **El papel de la psicoterapia: entrevistas motivacionales**

*Neus Freixa Fontanals* ..... 64

## **La dependencia de drogas en la mujer**

*Lina Menéndez Sánchez* ..... 70

## **Sobre el alcohol y las drogas en la población "sin hogar"**

*Milagros Castro Rodríguez* ..... 75

## **Aspectos de la cronicidad en pacientes en programas a mantenimiento con metadona**

*José Manuel Azcano González* ..... 87



# PRESENTACIÓN

---

## Un proyecto de futuro

Nace esta revista en los albores del nuevo siglo y en el entorno de un año, 2001, dedicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) al tema de la salud mental. Nace con la preocupación de ser un instrumento útil a los profesionales que trabajan en la salud mental y desde la perspectiva de recoger monográficamente temas que ayuden a la reflexión en el quehacer diario. Su gestación tiene relación con la actividad de la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental (profesionales de la salud mental) y más específicamente con el curso de psiquiatría y salud mental que desarrolla nuestra asociación y, que este año ha visto su 5.<sup>a</sup> edición. La revista se ha concebido como un instrumento para difundir parte de los materiales presentados en estos cursos y por eso tiene también una vocación pedagógica.

Se presenta la revista dentro de un foro científico y profesional auspiciado por nuestra asociación; las Primeras Jornadas Interautonómicas del Norte (Octubre 2001). Estas Jornadas reúnen a profesionales de la salud mental de las comunidades del Norte donde hay asociaciones pertenecientes o hermanadas a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN-profesionales de la salud mental), como es el caso de Galicia, País Vasco, Navarra, Castilla-León y Asturias. Es un foro, a la vieja usanza, para hablar, escuchar y debatir sobre temas cercanos que reflejan nuestras inquietudes y compromisos. Un foro abierto y flexible, reflejo del trabajo en los servicios de salud mental públicos del Norte de España. La revista Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria complementa dentro de este foro a otras dos publicaciones periódicas "no" monográficas; Siso-saude y Norte, editadas respectivamente por la Asociación Gallega de Salud Mental y por la Asociación Vasca de Salud Mental .

El primer número recoge los materiales presentados al seminario que sobre "Adicciones" coordinó Pedro Marina dentro del 3.<sup>er</sup> curso de psiquiatría y salud mental que nuestra asociación organizó en 1999. El número 2 del 2.<sup>o</sup> semestre de 2001 estará dedicado al tema "Ley y Ética en la salud mental".

Al final queda el material escrito, que deseo que también sea un material leído. El valor de la escritura viene determinado por los lectores y por el intercambio que se produce en el acto de leer. Ese acto personal, y lejano al momento de la impresión, es el que da sentido a la letra impresa. Esta revista no es un objetivo en si misma, ni tampoco un mero objeto para los anaqueles, sino un instrumento para el intercambio científico. El futuro nos dirá que fue de nuestros deseos.

**Víctor Aparicio Basauri**

*Presidente asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental (AEN)*

# INTRODUCCIÓN

---

Esta monografía recoge las aportaciones de los ponentes en el Seminario de Adicciones organizado por la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental y celebrado en Oviedo en mayo de 1999.

El objetivo del Seminario era presentar a los profesionales asturianos de la salud mental los aspectos más novedosos y trascendentes de la sociología, la clínica y el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de drogas en el contexto donde aparecen, habida cuenta de la notable extensión del consumo de sustancias psicoactivas y de la elevada frecuencia con que los trastornos derivados de su uso se presentan conjuntamente con otras enfermedades mentales.

El texto se abre con una sugestiva visión en ciclos u oleadas del consumo de drogas en las poblaciones de las sociedades occidentales y las implicaciones de este punto de vista cíclico en la planificación de las medidas tendentes a reducir la demanda y limitar los daños relacionados con dicho consumo.

En el siguiente capítulo, se comentan los resultados de una encuesta de consumo de alcohol y modos de vida en Asturias, que arroja luz sobre los hábitos de consumo de alcohol en la población asturiana y los cambios habidos en los últimos años, especialmente entre los más jóvenes.

La dependencia de drogas conduce a múltiples cambios, tanto en el individuo como en su entorno socio-familiar. Las implicaciones y alcance de estos cambios en la historia personal y del grupo familiar del sujeto se revisan en el capítulo tercero.

Con la experiencia y los resultados de la investigación clínica se conoce mejor qué tratamientos son más eficaces según las características y momento del paciente. Pero para encontrar la correspondencia más apropiada entre diagnóstico de situación y estrategia terapéutica es necesario avanzar en el proceso de indicación terapéutica, tal y como se expone en el capítulo correspondiente.

La investigación básica y los avances en el conocimiento de los mecanismos neuronales implicados en las dependencias están permitiendo orientar mejor la estrategia de la intervención farmacológica. El capítulo relativo a la farmacoterapia de los trastornos adictivos es una puesta al día en este tema.

Como ocurre con otras enfermedades mentales, el abordaje más eficaz de los problemas relacionados con el uso de drogas es el resultado de una intervención mixta: farmacológica y psicoterapéutica. En este último ámbito también se están produciendo avances significativos, con modelos de intervención basados en el paciente que consiguen muy buenos resultados. Tal es el caso de la entrevista motivacional, cuyas características y método se describen en el capítulo reservado al papel de la psicoterapia.

Con los últimos capítulos se trata la problemática específica de tres colectivos a los que el uso de drogas o bien añade dificultades para el desempeño de una vida social normalizada y profundiza en procesos de marginación, como es el caso de los sujetos sin hogar y los adictos a opiáceos a tratamiento con metadona durante muchos años, o bien presenta unas peculiaridades especiales que se deben tener en cuenta, como en las mujeres.

Es la capacidad de los ponentes para poner al día los temas que tratan lo que confiere a la monografía la oportunidad de ofrecer una actualización rápida al tiempo que proporciona una nítida imagen del estado de la cuestión en estos momentos.

# Mareas y tormentas: ciclos de policonsumo de drogas en España (1959 - 1998)

## Algunas consecuencias estratégicas para el diseño de políticas públicas

Juan F. Gamella Mora

*Profesor de Antropología  
Universidad de Granada*

**RESUMEN** - Los usos de drogas psicoactivas y los problemas asociados suelen producirse en forma de ciclos u oleadas, con claros ascensos y descensos. Esta simple constatación rara vez se tiene en cuenta, no sólo para interpretar los datos sobre el comercio y consumo, sino para reaccionar y prever los problemas que estos ciclos causan.

Hay al menos dos tipos de ciclos en el consumo contemporáneo de drogas que resultan cruciales para organizar los esfuerzos para reducir la demanda, limitar los daños y, en general, mejorar la relación social con el consumo de drogas desde una perspectiva de formación en valores democráticos y educación para la salud. Primero, hay ciclos largos y lentos, cuyas consecuencias tardan décadas en manifestarse, pero resultan relativamente predecibles. Por ejemplo los ciclos que han generado las "epidemias" de tabaquismo y alcoholismo que se dan hoy entre amplios sectores de jóvenes europeos, así como la ola de ascenso en el consumo de derivados del cáñamo. Segundo, hay también ciclos cortos, que vienen durando entre 7 y 15 años, que conciernen sólo a ciertos grupos generacionales, y que resultan más intensos, impredecibles y cautivadores de la atención pública. Como ejemplos de estas "tormentas" o "ciclones", repasaremos brevemente la crisis de la heroína y la expansión del "éxtasis". Concluiremos que una adecuada prevención de los daños asociados a los consumos de drogas debe ser proactiva y basarse en los ciclos largos, sin perder de vista la reacción urgente frente a los ciclos cortos. Esto es casi siempre lo contrario de lo que viene haciéndose en Europa, por lo que se sugieren algunos cambios estratégicos en las políticas y en las representaciones sociales que se fomentan desde los círculos políticos y los medios de comunicación.

## 1. INTRODUCCION

Desde hace más de dos siglos, el uso de drogas psicoactivas y los problemas asociados tienden a construirse (darse y percibirse) en forma de "olas" o ciclos, con claros ascensos y descensos, a veces tan marcados que generan situaciones nuevas y hasta imprevistas. Este hecho elemental, que coincide con un dominio general de los ciclos en el mundo moderno (económicos, políticos, demográficos y hasta microbianos) apenas recibe atención por los especialistas, que no analizan estos procesos recurrentes más allá del enraizado uso de metá-

foras epidemiológicas. Rara vez, además, se ponen en relación unos ciclos de ascenso o descenso con otros. A lo más que suele llegarse es a una visión "gradualista" de los problemas, que remacha que "el tema va mal" o que va bien, como una marea siempre ascendente o descendente.

En esta ponencia queremos plantear esta visión cíclica de los consumos y los problemas asociados al uso de drogas y preguntarnos cómo los ciclos imperantes en España afectan al consumo de psicofármacos por parte de los adolescentes, entendiendo como tales a aquellos que se encuentran entre los 14 y los 18 años.

## 1.1 Dos tipos de ciclos

Es evidente que cualquier modelo nomotético que busque paralelismos y recurrencias en momentos y culturas diferentes ha de plantearse la existencia de varios tipos de ciclos, de los que aquí subrayaremos dos. Primero, hay ciclos largos y lentos, que resultan más predecibles en su evolución y sus consecuencias y que suelen generar menos atención pública y menos alarma social, resultando en suma más "aburridos". La expansión del consumo de cigarrillos de tabaco, de las borracheras de alcohol y del uso de derivados del cáñamo en la Europa de las últimas décadas son ejemplos de este tipo de ciclos lentos y amplios que llamamos, en sentido metafórico, mareas.

Otros ciclos, sin embargo, son rápidos y violentos, generando tormentas y hasta ciclones de intenso crecimiento y agotamiento, que semejan la difusión de innovaciones muy exitosas, la expansión de enfermedades infecciosas y otros procesos sociales y naturales formalmente parecidos (Hunt y Chambers 1976, Rogers 1995). Estos ciclos generan más alarma social y ejercen gran fascinación sobre los diversos agentes sociales que participan en la construcción de los problemas sociales.

Tanto las "mareas" como las "tormentas" se ven alteradas y configuradas en algunos de sus elementos centrales por la interpretación cultural y la reacción social que provocan los nuevos usos. Algunas oleadas no rebasan así el nivel de los "pánicos morales" (Goode y Ben-Yehuda 1994) en los que la alarma social y la movilización políticas se difuminan sin que se produzcan cambios institucionales permanentes o verdaderos problemas de salud pública. En otros casos, sin embargo, las transformaciones son radicales y dejan una profunda huella histórica, cultural y personal. A los ciclos cortos y violentos que transforman la realidad del uso de drogas los hemos llamado "crisis de drogas" (Gamella 1991; 1997a). No todos los ciclos cortos y dramáticos son crisis de drogas. Y en nuestro caso, la expansión del consumo de drogas tipo "éxtasis" (MDMA, MDEA, MDA, etc.) no puede compararse a la expansión de la heroínomanía ocurrida una década antes.

La expansión del consumo compulsivo de heroína (en combinación con otras muchas drogas), o el "éxito" del éxtasis son ejemplos del otro tipo de ciclo, corto, intenso y menos predecible, pero mucho más fascinante para el público y los medios de comunicación.

## 2. SOMERO REPASO DE TRES CICLOS

### 2.1. Una ola de humo: La expansión del tabaquismo

En los últimos cuarenta años se ha producido en España un crucial ciclo de ascenso en el uso de tabaco que forma parte de un ciclo mundial de expansión del consumo de esta droga, sobre todo en forma de cigarrillos.

El cigarrillo ofrece una forma de administración estandarizada y producida en masa, que es además barata, atractiva y fácil de portar y usar, proporcionando una forma muy eficaz de administrarse nicotina de forma constante por vía pulmonar, lo que ha contribuido a su extraordinario éxito comercial.

Hoy son más de 1.100 los millones de personas que fuman cigarrillos en todo el mundo, un tercio de la población mundial mayor de 15 años. Suponen el 47 por ciento de los varones adultos y el 12 por ciento de las mujeres de todo el mundo (WHO 1997). Si en 1920 se calculaba que en el mundo industrial se consumía una media de 600 cigarrillos por adulto y año, en 1975 se consumían más de 3.000 cigarrillos.

España es un importante productor de cigarrillos; en 1994 ocupaba el decimocuarto lugar mundial en la manufactura de este producto, que lideran China, Estados Unidos y Japón (WHO 1997: tabla 13). Por tanto, hay importantes intereses privados, pero también estatales en la producción y comercio de cigarrillos. En nuestro país, algo más del 70 por ciento del precio final de un paquete lo constituyen impuestos. Aquí, además, los cigarrillos han sido extraordinariamente baratos. A primeros de los 90, España era uno de los países de la OCDE donde menor porción del salario mínimo industrial podía comprar un paquete de

cigarrillos. De hecho, con cinco minutos de trabajo industrial medio se podía comprar una cajetilla de 20 cigarrillos, mientras en Portugal habían de trabajarse 33 minutos, y 17 minutos en Italia (WHO 1997: fig. 10).

### **Prevalencia del tabaquismo**

Con relación al centenar de países sobre los que tenemos información fidedigna y atendiendo al porcentaje de varones que fuman diariamente, España ocupa el lugar 27 con un 48 por ciento de fumadores, una proporción semejante a la de Cuba (49,3%), Tailandia (49%) o Grecia (46%).

Curiosamente, países de cultura y tradición semejantes a la española, incluso de desarrollo económico y humano equiparables, como Portugal o Italia, presentan niveles más bajos en la prevalencia de tabaquismo, teniendo un 10 por ciento menos de varones fumadores (en Portugal, además, hay un 10 por ciento menos de mujeres fumadoras) y ocupando ambos el lugar 55 de la lista.

En un escalón muy inferior se encuentran Estados Unidos, que ocupa el lugar 78, con un 27,7% de varones fumadores, y el Reino Unido, que ocupa el 77, con un 28% de fumadores; es decir, todos estos dos países registran una tasa de prevalencia de tabaquismo en varones muy inferior a la de España, a pesar de haber producido los modelos universalmente más atractivos de tabaquismo y ser grandes productores y exportadores de cigarrillos.

Si la lista se hace de acuerdo con la proporción de mujeres que fuman, España sube sólo un lugar, colocándose en el 26, con un 25 por ciento de fumadoras, muy cerca de Chile (25,1%) o Brasil (25,4%) o Cuba (24,5%). Casi todos los países industrializados, por el contrario, cambian notablemente su posición ascendiendo bastantes lugares. El Reino Unido, por ejemplo, comparte ahora con Italia el lugar 18 con un 26% de fumadoras. Estados Unidos es el país 33 (con un 22,5%). Varios países escandinavos como Dinamarca y Noruega encabezan la lista, con un 37 y un 35,5 por ciento de fumadoras respectivamente. Parece haber una relación entre autonomía femenina, participación de las mujeres en el

trabajo asalariado y prevalencia de tabaquismo femenino. En este sentido, Portugal desciende al lugar 47 teniendo un 15% de fumadoras.

La igualdad social, económica y política de los géneros parece traducirse en una mayor semejanza en la proporción de fumadores entre hombres y mujeres. Tanto en España como en Portugal, por tanto, puede predecirse con cierta plausibilidad que el porcentaje de mujeres que se inicien en el uso de tabaco aumentará en los próximos años; o, dicho de otra manera, que este hábito de consumo todavía se encuentra en su fase ascendente entre las nuevas generaciones, sobre todo por lo que concierne a las adolescentes y las mujeres jóvenes.

A nivel mundial, la caída del consumo de tabaco entre los varones de muchos países desarrollados se ha visto compensada con un aumento en el consumo en los países en desarrollo y, en menor medida, con el aumento del consumo entre las mujeres. El Norte fuma menos; pero el Sur compensa esta caída con un considerable aumento en el consumo. En este proceso han ido cambiado las características de los fumadores, es decir la estructura de la población que fuma, apareciendo claras diferencias entre clases sociales y grupos étnicos y raciales.

### **Etapas del ciclo**

En España el tabaco es una sustancia vinculada con el país desde los viajes de Colón a finales del siglo XV. Pero el consumo de cigarrillos de fábrica se dispara en las cuatro últimas décadas, sobre todo tras el plan de ajuste de 1959 que supone el fin de la autarquía franquista, la creciente apertura española a los mercados internacionales y la extensión del consumo de masas. A partir de ese momento se percibe un cambio tanto cualitativo como cuantitativo en el consumo de tabaco en este país. Todavía en las generaciones nacidas antes de 1939 se apreciaban estrictos controles familiares y sociales en el uso de tabaco, que concernían al consumo, sobre todo en público, de adolescentes y de mujeres. Muchos informantes en Madrid, Cataluña o Andalucía nos contaban cómo antes de volver del Servicio

Militar, nunca se habían atrevido a fumar en presencia de sus padres. Esta visión del tabaco como propia de varones adultos se mantendría aún un tiempo en las zonas rurales. Las mujeres no comienzan a fumar abiertamente hasta los años 70, en algunas zonas hasta bien entrada la década.

Hasta finales de los 80 no comienza un claro descenso en la proporción de fumadores entre los varones de las generaciones mayores, algo que no ha ocurrido todavía entre los adolescentes, lo que lleva hoy a una pauta bimodal de evolución del uso de tabaco en cuanto a la edad: todavía crece entre los adolescentes, aunque cae en los grupos de mayor edad.

La evolución del tabaquismo presenta marcadas diferencias entre los sexos, dándose primero entre los varones y dos o tres décadas después entre las mujeres. En 1994, sólo un 2 por ciento de las españolas mayores de 65 años y un 5 por ciento de las que tenían entre 45 y 64 fumaban; pero entre las jóvenes de 16 a 24 años, las fumadoras suponían el 45 por ciento, un grave cambio generacional.

### **La economía política del tabaco**

La industria del tabaco es una de las más monopolísticas u oligárquicas que existen. Un pequeño número de compañías multinacionales o de monopolios estatales controla la producción y comercialización mundial de cigarrillos. La mayor de las compañías tabaqueras, el monopolio estatal chino, vendió en 1993 casi dos billones de cigarrillos.

Se trata, además, de una industria con un inmenso y regular flujo de ingresos, es decir, un "cash flow" importantísimo que le ha permitido desarrollar intereses en muchos otros sectores económicos. En este caso puede decirse de manera no figurada sino literal que el consumidor es adicto al producto y que lo requiere no ya diariamente, sino cada pocos minutos.

Y si bien el consumo de cigarrillos está cayendo entre los sectores más instruidos y con recursos del mundo desarrollado (excepto entre ciertos grupos de mujeres), en el mundo en desarrollo sigue aumentando el número de los que fuman, a menudo desde la infancia o la

adolescencia, por lo que, a nivel global, el negocio está asegurado.

España importa y cultiva bastante hoja de tabaco, siendo un importante productor de cigarrillos que se consumen sobre todo en nuestro propio país. Es decir, el cultivo, la industria y el monopolio del tabaco han sido muy importantes aquí, aunque España no ha sido un gran exportador de cigarrillos en las últimas décadas. Sin embargo, el Estado español depende significativamente de los ingresos por impuestos sobre la venta de cigarrillos, de los que viene obteniendo cantidades anuales cercanas al billón de pesetas.

### **Problemas sanitarios asociados al tabaco**

El uso de tabaco, sobre todo en forma de cigarrillos, es la "mayor causa de mortalidad prevenible en los países desarrollados" (WHO 1997: 43).

Los fumadores entre 35 y 69 años tienen una tasa de mortalidad tres veces superior a la de los no-fumadores. De entre las muertes que se asocian al consumo regular de tabaco, en los hombres, se calcula que el 40-45 por ciento de todas las muertes por cáncer están asociadas al consumo de tabaco; lo mismo puede decirse del 90-95% de todos los cánceres de pulmón y del 75% de todas las muertes por enfermedades obstructivas del sistema respiratorio, así como el 35% de las muertes por fallos cardiovasculares en varones de 35 a 69 años (WHO 1997).

En el caso de las mujeres, la progresión de la morbilidad y mortalidad asociada al tabaco se encuentra todavía en claro ascenso en todo el mundo. Si en 1955 se calculaba que el 2 por ciento de las muertes femeninas podían estar asociadas al uso de tabaco en los países industrializados, en 1995 esa proporción se elevaba al 13 por ciento.

En España las consecuencias de esta marea de tabaquismo aparecen hoy claras. Por citar una, si en 1955 la tasa de cáncer de pulmón entre los varones es de 10 casos por cada 100.000, en 1990 se han multiplicado casi por siete (hay 68 casos por cada 100.000 varones). Entre las mujeres, sin embargo, las enfermedades asociadas al uso de tabaco aumentarán

notoriamente entre las mujeres en las próximas décadas (subsisten ciertas dudas respecto a la evolución del cáncer de pulmón).

### Juventud y tabaco en España

La evolución del consumo de tabaco es especialmente preocupante entre los adolescentes y los jóvenes españoles. Mientras entre los fumadores de mediana y mayor edad se aprecia un descenso en el consumo, sigue el incremento en el porcentaje de niños y adolescentes que se inician en el uso de cigarrillos y desarrollan un hábito tabaquista.

Las últimas encuestas detectan un aumento en la proporción de fumadores diarios entre los adolescentes. Por ejemplo, en la encuesta escolar realizada por la DGPN (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas) en diciembre de 1996 se concluía que estaba aumentando la proporción de fumadores entre los adolescentes menores de edad; el 34,6 por ciento de todos los entrevistados había fumado tabaco alguna vez en su vida, y el 29,2% lo había consumido en los últimos 30 días.

Si en 1994, el 20,6 por ciento declaraban fumar todos los días, en 1996 eran el 22,3. Es decir, uno de cada cuatro de los adolescentes españoles ha desarrollado un hábito de tabaquismo antes de dejar el colegio. Si incluyéramos a los que abandonaron el colegio antes de esa edad, serían muchos más.

La edad media de inicio en el consumo de tabaco también parece estar disminuyendo habiendo pasado de 13,8 años en 1994 a 13,3 años en 1996.

Según la propia DGPN, la proporción de fumadores es bastante más alta entre las chicas, aunque el número medio de cigarrillos es más elevado entre los chicos. Un 34,5 por ciento de las adolescentes fuman, frente a un 23,7 por ciento de los adolescentes. (DGPND 1996)

Una característica crucial de la marea: la dependencia femenina del tabaco, relacionada con una mayor autonomía, estatus y capacitación de las mujeres.

En suma, desde los años 50 se ha producido un intenso crecimiento en el consumo de cigarrillos, que no se ha detenido, como en otros

países de Europa, en los años 80. La bajamar europea no empezó a manifestarse en España hasta la década de los noventa y no afecta todavía a los jóvenes y a las mujeres.

De hecho podríamos afirmar que estamos aún en la fase ascendente de una "epidemia" de tabaquismo en adolescentes y jóvenes que resulta aún más espectacular en lo que concierne a las mujeres.

Algunas predicciones parecen probables. Más mujeres se iniciarán en el consumo regular de tabaco y seguirán fumando durante las próximas décadas.

Además, como resalta el informe de la OMS, países como España, Francia o Sudáfrica, donde es tan alta la proporción de jóvenes y adolescentes que fuman (casi 25% 14 y los 18 años, 40% entre los 18 y los 24) habiendo comenzado a fumar a edad muy temprana "es de esperar en el futuro una gran mortalidad derivada del uso de tabaco" (WHO 1997).

Recordemos que estas cohortes desarrollarán su trabajo en países bastante envejecidos con numerosas cargas sociales y sanitarias derivadas del alto número de jubilados y ancianos. Las consecuencias del tabaquismo acendrado desde la infancia supondrá una carga añadida a los sistemas sanitarios y de seguridad social del sur de Europa en las próximas décadas.

Tampoco hay mucha sensibilidad en nuestro país respecto a los derechos de los "fumadores" pasivos, hasta tal punto que no se aprecia que muchos niños y adolescentes desarrollan cierta tolerancia a la nicotina por su exposición al humo del tabaco en lugares cerrados con lo que luego les es más fácil empezar a fumar.

Además, es obvio que la intoxicación y dependencia a la nicotina y el hábito de fumar suelen ser el primer paso en el consumo de otras drogas y otros riesgos que enfrentan los adolescentes.

## 2.2 Un ciclo corto e intenso: la crisis de la heroína, 1978-1998

En España entre 1978 y 1992 hemos vivido una crisis de drogas provocada por la rápi-

da expansión de una forma de politoxicomanía centrada alrededor del consumo habitual y compulsivo de heroína. De una práctica casi inédita, que antes sólo se encontraba en los libros, películas y discos extranjeros, el uso intravenoso de heroína y otras drogas así como sus secuelas habituales, han pasado a convertirse en aspectos rutinarios de la vida de nuestros pueblos y ciudades y, como en la previa crisis norteamericana de la que ésta ha tomado prestados algunos elementos, en una importante fuente de "inquietud social, delincuencia e histeria pública" (Zinberg, 1984).

Este ciclo es de claro carácter regional, diversos países europeos han experimentado una expansión sin precedentes del uso de heroína desde finales de los setenta. Por ejemplo, el problema de la heroína que emergió en el Reino Unido es esencialmente un fenómeno nuevo, que comenzó, según las diversas zonas urbanas, entre 1979 y 1981. Lo mismo puede decirse de Italia, Suiza y Alemania, países que han llegado a contar en los ochenta con una población considerable de heroinómanos. En Irlanda, un país casi inmune a "las modas de uso de drogas de los sesenta", la heroinomanía a mitad de los ochenta había llegado a ser "proporcionalmente más seria que en Nueva York, ya que en Dublín, con una población de medio millón de personas, hay más de 7.000 adictos, cuando virtualmente no había ninguno en los setenta... y la adicción se ha extendido de Dublín a Cork y a Galway" (Whitaker 1988:50-51).

España es uno de los países europeos más afectados por las consecuencias de esta "crisis de drogas", sobre todo por su fusión en los ochenta con la pandemia de HIV/SIDA.

### **Etapas de la crisis**

La expansión de la heroinomanía en España tuvo su primera fase en los años 1977 y 1978, cuando los primeros yonquis se hicieron visibles y la atención pública se concentró en el uso local de esa droga. La expansión alcanzó niveles "epidémicos" en la segunda fase, entre 1979 y 1982, para llegar a su cenit en la tercera, entre 1983 y 1986, en unas condiciones político-jurídicas, que produjeron la definitiva

institucionalización del problema. Desde 1987 la crisis entró en una nueva fase, disminuyendo el número de nuevos usuarios, mientras crecían la morbilidad y mortalidad de los heroinómanos a consecuencia de sus formas de vida, así como por la expansión del SIDA. En esta fase se extendió el uso de heroína fumada (a menudo en "mezcla" con cocaína), que los usuarios percibían como menos peligroso que el uso parenteral.

En los últimos años, sobre todo a partir de 1991 y 1992, la crisis ha perdido su agudeza convirtiéndose en "endémica": hay menos nuevos heroinómanos y el problema se concentra en una población cada vez más envejecida y circunscrita a ciertos entornos. Varios indicadores independientes apoyan ese modelo (ver Gamella 1997 para un resumen).

Este ciclo de tipo corto e intenso tiene un claro carácter generacional: ha afectado principalmente a miembros de una generación de jóvenes nacidos entre 1956 y 1970, sobre todo a los varones (se han "enganchado" cuatro varones por cada mujer) y que, en general, compartieron ciertas características socioeconómicas e incluso residenciales. Se trata de una población en la que predominan aquéllos con poca o ninguna cualificación educativa o profesional que les permita competir ventajosamente en el mercado de trabajo; pocos han accedido a la enseñanza universitaria. La gran mayoría ha padecido largos períodos de desempleo y subempleo durante la última década; muchos han acabado vinculándose a trabajos en los que no ven futuro y que no les satisfacen. Muchos han abandonado definitivamente el mercado de trabajo convertidos en un nuevo tipo de jóvenes minusválidos (Gamella 1989, 1990, 1993, 1994, 1997; Gamella y Meneses 1993).

En altos porcentajes, que en muchas zonas superan el 85 por ciento de los casos, los heroinómanos han usado la ruta intravenosa para administrarse heroína y otras sustancias en algún momento de su "carrera" toxicómana. En una elevada proporción se han infectado por el VIH.

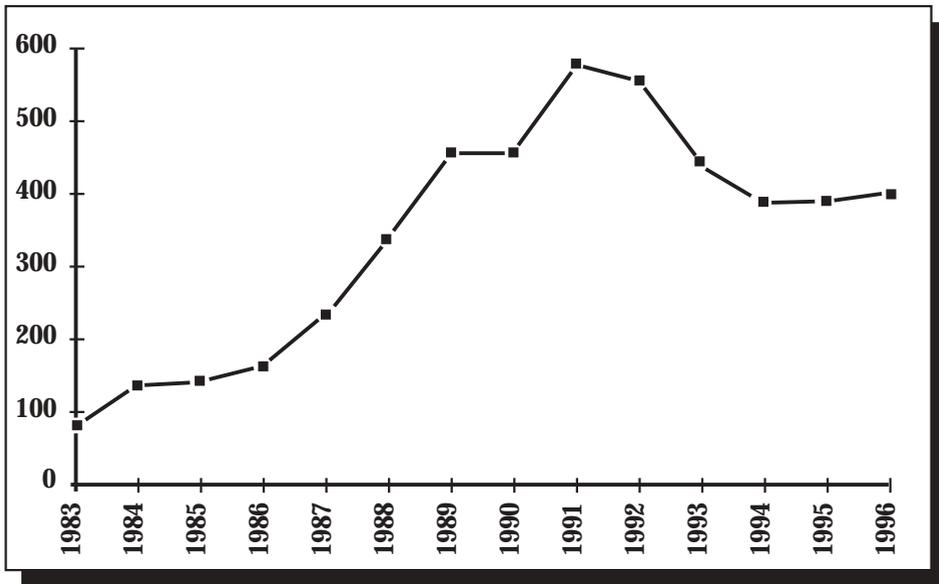
Hay heroinómanos en casi todos los pueblos y ciudades de nuestro país y en todas las clases y estratos socioeconómicos, desde las

elites a los grupos más pobres y marginados. Este problema social ha tenido en España un carácter no sólo urbano, sino también rural, lo que manifiesta su extensión y penetración en el tejido social. La heroínomanía y sus perjuicios, sin embargo, se concentran desproporcionadamente en las zonas con mayores carencias en servicios, dotaciones y recursos, así como en las zonas de población juvenil desempleada o subempleada, es decir, allí donde residen los sectores de clase media-baja y baja, entre los hijos de los obreros manuales de nivel cultural

mano en cada bloque, incluso uno en cada planta de cada portal. En esos espacios se ha vivido la crisis como una desgracia colectiva, una "plaga" inesperada sobre la que no cavén medias tintas. Las madres con uno, dos o tres hijos "enganchados" no están para discursos complicados o sofisticados, puesto que han sufrido en su carne el extremo "mal" de "la droga" .

Muchos de los heroínómanos han visto destrozadas su salud y su vida no sólo por la farmacología de las drogas que consumen, sino

**Gráfico 1. Evolución de las muertes atribuidas a una reacción adversa aguda tras el consumo de opiáceos o cocaína en seis ciudades españolas (Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza), 1983-1996**



Año	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Número de muertes	82	139	143	163	234	337	455	455	579	557	442	388	392	399

Fuente: SEIT 1997

bajo y en las zonas de infravivienda o de viviendas de protección oficial. Hay zonas de muchas ciudades que comparten un cierto "clima social" y hasta urbanístico y donde la concentración del problema es muy elevada. Hay barrios, manzanas y calles donde hemos llegado a localizar uno o más de un heroínó-

por la forma en que son utilizadas, que se relaciona estrechamente con su estatus legal y social.

El de los heroínómanos ha sido un grupo notable por las múltiples enfermedades infecciosas y degenerativas que se derivan de sus pautas de uso de drogas y de sus formas de

vida. Inyectarse en vena varias veces al día sustancias adulteradas y contaminadas, con poca higiene y control de las inyecciones ya supone por sí solo un considerable riesgo para la salud (ver gráfico 1).

En España, desde que el primer caso de SIDA fue diagnosticado en 1981, hemos ido constatando cómo la enfermedad ha penetrado en la población de los usuarios de drogas por vía intravenosa. Ese es el grupo que cuenta hoy con más infectados y enfermos y el principal vector para la extensión de la enfermedad a la población general. De los más de 40.000 casos oficialmente reconocidos en España, casi el 65 por ciento están directamente relacionados con el uso de drogas por vía intravenosa. Los más de 25.000 casos diagnosticados entre UDIs desde 1990 han hecho de España el país con la más alta incidencia de SIDA en el continente. Además, hoy puede haber miles de infectados por ese motivo que han podido transmitir la enfermedad a sus parejas. Por otro lado, es principalmente a través de este tipo de pacientes como se transmite el virus a recién nacidos.

En suma, España ha vivido en las dos últimas décadas un ciclo muy destructivo de policonsumo de drogas que fatalmente se ha visto asociado a una de las principales epidemias infecciosas del siglo. Aunque se trata de un fenómeno regional que ha afectado simultáneamente a diversos países europeos, diversas circunstancias demográficas, socioculturales y políticas han agravado el impacto de esta crisis en el país. No es de extrañar, por tanto, que la representación social de las drogas y su uso, así como las políticas e instituciones que operan en este campo se vean muy influidas por esta crisis, es decir, sean muy "heroinocéntricas".

### 2.3 Drogas de síntesis: El "éxito" del éxtasis

En España y otros países europeos, desde finales de los ochenta ha habido un notable incremento en el uso de varios tipos de drogas sintéticas manufacturadas en laboratorios ilegales. De ellas destacan tres: la LSD (Dietilamida del ácido lisérgico), el "speed" o anfetamina en polvo y, sobre todo, el "éxtasis",

una droga en forma de pastillas que supuestamente contienen MDMA (3,4-metilendioxi-metanfetamina) o algunos de sus análogos.

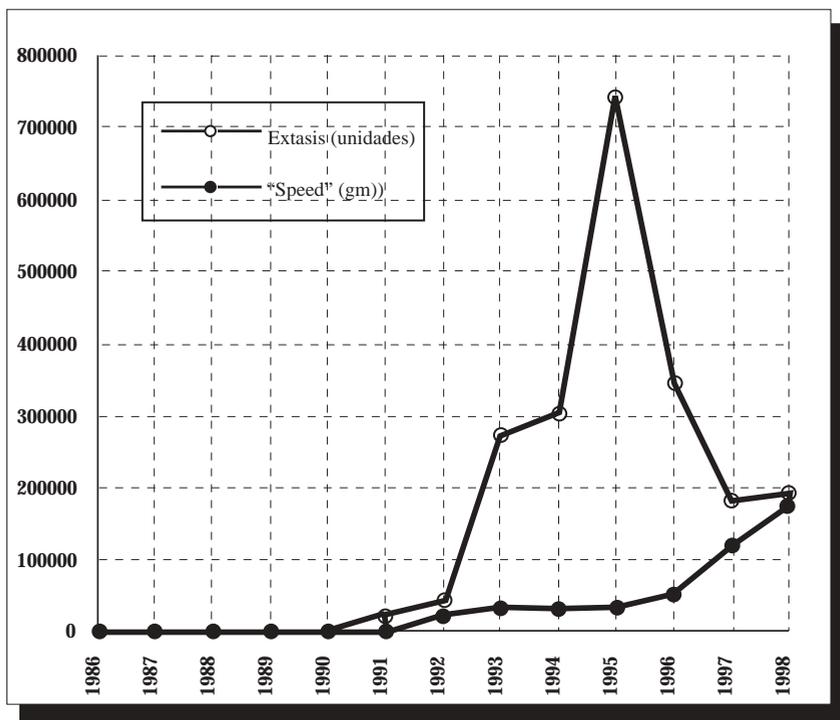
Estas drogas se han asociado, aunque no exclusivamente, a la expansión de un variopinto movimiento musical: la "dance culture". Y estas "dance drugs" son parte de un nuevo ciclo de consumo basado en nuevos patrones de policonsumo de drogas adoptados sobre todo por jóvenes de nuevas cohortes nacidas después de 1970.

El éxtasis ha llegado a convertirse en el fármaco ilícito de mayor éxito de los que han aparecido en Europa Occidental en la última década; desde 1987 su comercio y consumo ha aumentado con rapidez hasta convertirse en una droga usada con regularidad por cientos de miles de jóvenes europeos. En la difusión del éxtasis ha sido crucial su relación con nuevas formas musicales y nuevas culturas juveniles de origen norteamericano y británico (acid house, rave, dance culture) que rápidamente se han expandido por el Continente (ver Redhead 1993, Thornton 1996).

También en España se ha incrementado el consumo de esta droga "de laboratorio" en gran parte asociado a la expansión de una red de "rutas", "fiestas" y discotecas de música "máquina" o "bakalao" y a una amplia y fragmentada "escena" techno-dance. Los inicios de la expansión de estos consumos se remontan a 1986 y 1987, pero su popularización y masificación comienza en los noventa y culmina en la mayoría de las regiones entre 1992 y 1996 (véase Gamella y Alvarez Roldán 1997; Alvarez Roldán y Gamella 1998; Gamella, Alvarez y Romo 1997a). Este "triunfo" del "éxtasis" ha suscitado un debate respecto a los efectos psicoactivos de esta sustancia, los problemas que pueda ocasionar su uso masivo y su adecuado estatus legal.

#### Períodos del ciclo

En España se ha extendido el consumo de estas drogas de síntesis asociado a la popularización de una "escena" local de "fiestas" y discotecas de música "máquina" o "bakalao". Los inicios de la popularización de estos consumos se remontan a 1986 y 1987, pero el

**Gráfico 2. Perfil de un ciclo: Incautaciones policiales de pastillas de "éxtasis" (MDMA y análogos) y "speed" (anfetamina en polvo) en España (1986-1998).****Incautaciones policiales de las principales drogas ilegales. España (1986-1998)**

Año	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Extasis (Unidades)	2	187	259	4325	4512	22165	45.345	274.422	306.501	739.511	348.372	184.950	194.527
Speed (Kg)	-	-	-	-	0,3	4	23	34	32	35	53,4	119,6	179,9
LSD (unidades)	-	-	-	-	6.564	8.707	96662	7.060	7.213	15.437	13.373	25.368	9.068
Cannabis (Kg)	47.867	59.210	50.940	61.225	70.076	104.751	121.439	160.169	29.716	197.024	247.321	315.328	431.797
Cocaína (Kg.)	669	1.124	3.461	1.852	5.382	7.574	4.454	5.351	3.899	6.897	13.743	18.418	11.687
Heroína (Kg.)	407	413	480	713	886	741	672	504	3824	546	537	479	418

Fuente: Gamella y Álvarez Roldán 1999, a partir de datos de la Dirección General de la Policía.

período de masificación comienza en 1992.

A partir de entonces, como en los demás países de Europa, el uso de "éxtasis" ha ido atrayendo a diversos sectores poblacionales que conectan con diversos "universos sociales" y frecuentan "escenas" o "ambientes" variados. Hoy son ya cientos de miles los españoles que han consumido esas drogas sintéticas;

algunos han llegado a hacer de su consumo un elemento importante en sus vidas.

Entre 1992 y 1996 se produjo una masificación del consumo de "éxtasis" y se amplía enormemente la curiosidad y el deseo por probar esas sustancias. El "éxtasis" se convierte en un producto cada vez más desideologizado, esto es, despojado de muchos de sus contenidos

espirituales, terapéuticos o contraculturales y se convierte en un producto de consumo masivo utilizado por decenas de miles de usuarios.

En paralelo aumenta y se facilita la disponibilidad de estas sustancias, que se refleja en un mayor número de ofertas de venta y una caída en los precios. Si por una cápsula de "éxtasis" se pagaban hasta 7.000 pesetas en 1988, en 1996 se podían adquirir comprimidos que pretendidamente contienen esa sustancia por 2.000 y hasta por 1.500 pesetas. Los precios varían según el producto concreto (hay una gran variedad de comprimidos y, en menor medida, de cápsulas) y también según la zona del país. De las 259 unidades confiscadas en 1988, se pasó a 739.500 en 1995, un salto exponencial que manifestaba lo radical del "éxito" de las "pastillas".

En estos años empiezan a repetirse los casos de intoxicación clínica, las secuelas indeseables por el uso de "éxtasis" (aislado o en sinergia con otras sustancias psicoactivas), que en un puñado de casos producen la muerte de los usuarios.

Desde 1997 se aprecia un cierto reflujó o agotamiento en el ciclo, aunque las "pastillas" siguen siendo muy populares en los entornos de la "fiesta" (Gamella, Alvarez y Romo 1997b).

La masificación del consumo de "éxtasis" supone también su extensión a zonas donde era desconocido, incluidas zonas del interior peninsular, a entornos provincianos e incluso rurales. En esta fase se van ampliando las redes de distribución y consumo, las cuales completan el mapa y abarcan crecientemente toda la geografía española.

El uso de "pastillas" que pretendidamente contienen "éxtasis" se ha extendido en varios grupos de edad, sobre todo en jóvenes de entre 18 y 25 años, aunque su atracción ha sido intensa también entre los adolescentes menores de edad, que cuentan entre 14 y 18 años. El noventa por ciento no ha cumplido treinta años. Los menores de edad constituyen un grupo todavía pequeño pero creciente de los usuarios de éxtasis. Entre los adolescentes, las pastillas han sido drogas atractivas y más baratas que otras ilegales.

### 3. CONCLUSIONES

Del análisis somero de estos tres ciclos pueden extraerse importantes consecuencias respecto a

las ventajas e inconvenientes de diversos enfoques de reducción de la demanda, reducción de los daños o represión de la oferta. Aquí subrayaremos y desarrollaremos tres de ellas aplicables hoy a España.

#### 3.1 Normalización del policonsumo

Primero, es obvio que el uso de drogas, incluidas las ilegales, es hoy una conducta "normal", incluso esperada en amplios sectores juveniles. El "menú" psicoactivo de los jóvenes se ha ampliado, hay nuevas drogas que entran de la mano de nuevas subculturas y movimientos musico-festivos que interesan a nuevos grupos de edad nacidos después de 1970. De estas drogas "nuevas" o redescubiertas destacan sobre todo la LSD, el "éxtasis" y las anfetaminas en polvo o pastillas. Pero las viejas drogas no han desaparecido, al contrario, es constatable un incremento en el interés de muchos adolescentes por el tabaco, el cannabis y la cocaína.

El extendido rechazo a la heroína (la "droga" por antonomasia) entre los jóvenes, no impide el consumo de otras muchas drogas, incluidas las ilegales. Al contrario, puede haber ofrecido una falsa seguridad a los adolescentes que se iniciaban en el consumo de viejas y nuevas drogas, como el tabaco, el hachís, la cocaína o el "éxtasis".

En medio del gran esfuerzo preventivo, a menudo bastante autocomplaciente, desarrollado en la última década, éste no parece un resultado muy halagüeño. La mejor prevención parece ser independiente de lo que se vende como tal, y se basa en percepciones y representaciones sociales ampliamente compartidas sobre ciertas drogas y usuarios y sobre todo en la consolidación de valores, representaciones y percepciones sociales que no es fácil promover con campañas superficiales.

#### 3.2 El dominio de dicotomías insostenibles

La tajante separación entre drogas legales e ilegales que domina hoy a nivel institucional es hoy científicamente y socialmente insostenible. No puede hablarse del problema de "la droga" sin relacionarlo con la expansión del consumo regular no terapéutico de drogas psicoactivas lícitas como la nicotina, el etanol y varios psicofármacos.

Para los adolescentes, la primera etapa que abre el camino al futuro consumo de drogas ilegales no es el consumo de cannabis, sino el de tabaco y alcohol. Es difícil encontrar un usuario problemático de drogas ilegales que no fume o haya fumado tabaco. De hecho, en España, el derivado más común del cáñamo es el hachís, que suele fumarse mezclado con tabaco.

Para conseguir mayor eficiencia y credibilidad en nuestras políticas y nuestros esfuerzos hemos de diseñar estrategias que incluyan a todas las drogas psicoactivas, comenzando por las legales. Al separar los organismos, instituciones e intervenciones preventivas o asistenciales que se ocupan de unas y otras drogas, emitimos mensajes equivocados y contribuimos a rodear de un "cordón sanitario" a las drogas más dañinas a la larga en términos de salud pública.

En este sentido es insostenible que organismos públicos encargados de la "lucha" contra las drogas no hayan tenido al consumo de tabaco y alcohol entre sus prioridades. Esto demuestra que se trata de instituciones cuyas funciones son más políticas y de control social que de salud pública. También llama la atención que, frente al amplio dispositivo asistencial dedicado al "tratamiento" de drogodependencias asociadas al consumo de drogas ilegales, sobre todo a la heroína, se dediquen tan pocos esfuerzos y recursos públicos a atender problemas y demandas de personas con hábitos tabaquistas, incluidos los programas de cesación de consumo y deshabituación.

### **3.3. La importancia de las mareas y el error del corto plazo**

Cualquier política respecto a los consumos de drogas debe atender a los ciclos de consumo dominantes en cada momento, así como a los problemas derivados, que no suelen ser sincrónicos, es decir, se manifiestan cuando el consumo ya está decayendo en las poblaciones afectadas, lo que complica más las intervenciones.

En cualquier caso, parece elemental que los ciclos largos y lentos permiten una mayor y mejor previsión, y por tanto una mejor prevención, tanto por poderse trabajar a más largo plazo, evaluarse mejor y no fomentar indirectamente la publicidad y el interés por las sustancias, aunque esto siem-

pre sea un riesgo en el esfuerzo preventivo. Se trata de procesos más lentos, pero de resultados más seguros.

Nuestras estrategias y políticas frente a los problemas derivados del uso de drogas deben ser primordialmente proactivas y basarse en los ciclos largos, sin perder de vista la reacción urgente frente a los ciclos cortos. Esto es casi siempre lo contrario de lo que viene haciéndose.

En este momento en España y en Europa en general no hay procesos que reclamen una acción urgente como ocurrió con la "crisis" de la heroína a lo largo de más de una década. Es un momento para replantear instituciones, políticas y consensos. Y para dedicarse más a lo importante que a lo aparente.

El consenso posible entre estudiosos de salud pública es más difícil cuando los criterios son fundamentalmente políticos, es decir, cuando los problemas asociados a ciertas drogas y ciertos consumos se usan como reclamo o legitimación en la lucha partidista.

El ciclo intenso y corto producido por la expansión de la heroínomanía y que afectó sobre todo a jóvenes de la "boom generation" nacida entre 1956 y 1965 ha sido un desastre sin paliativos. Pero no debe condicionar toda nuestra política sobre drogas indefinidamente.

El ciclo del éxtasis está teniendo mucho de "pánico moral" cuyos males reales no son los que se enfatizan, y tiene hoy más de éxito comercial que de epidemia. Parece sobre todo el "triunfo" de un nuevo producto de consumo juvenil que de crisis sanitaria, se parece más a la popularización de formas arriesgadas de pasarlo bien que a una "epidemia", infecciosa o no. De hecho las redes de expansión de heroína y éxtasis son casi opuestas, y sus principales consecuencias pueden ser más de los hábitos que ha creado entre los consumidores ("comer" pastillas para pasarlo bien, por ejemplo) que del propio uso de drogas, a pesar de los innegables riesgos que derivan de la experimentación con drogas potentes, mal conocidas farmacológicamente y manufacturadas de forma ilícita.

En suma, en Europa estamos en un momento crucial en la historia del consumo masivo de drogas psicoactivas que requiere un cambio paradigmático en las políticas, las estrategias y

las instituciones basado en un cambio de actitudes y representaciones sociales de los expertos, profesionales y del público interesado. Hoy, curiosamente, es mucho más fácil el consenso entre profesionales y expertos en este campo que entre aquellos cuyo interés es primordialmente político o partidista.

## BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ ROLDÁN A. Y GAMELLA J.F. 1998. "La experiencia del éxtasis. Un estudio antropológico de los efectos percibidos de la MDMA y sus análogos". en Bobes, J. y cols. (Eds). *Extasis (MDMA): Un abordaje comprehensivo*. Masson: Barcelona.

DGPND (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas). 1997. "Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1996". *Revista de Estudios de Juventud*, 40: 143-158.

GAMELLA, J.F. 1989. *La Peña de la Vaguada. Análisis etnográfico de un proceso de marginación juvenil*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

GAMELLA, J.F. 1990. *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: Editorial Popular. (Segunda edición:1997)

GAMELLA, J.F. 1991. "Drogas: La lógica de lo endovenoso." *Claves de Razón Práctica* 72-80.

GAMELLA, J.F. 1993. "Los heroinómanos de un barrio de Madrid: Un estudio cuantitativo mediante métodos etnográficos". *Antropología*, 4-5: 57-102.

GAMELLA, J.F. 1994. "The Spread of Intravenous Drug Use and AIDS in a Neighborhood in Spain." *Medical Anthropology Quarterly* 8:131-160.

GAMELLA, J.F. 1997a. "Métodos avanzados de investigación social cualitativa en la epidemia VIH/SIDA". IV Congreso Nacional sobre el SIDA. Valencia, abril 1997. .

GAMELLA, J.F. 1997b "Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas". *Claves de Razón Práctica*, 72: 20-30.

GAMELLA, J.F. Y ALVAREZ, A. 1999. *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona: Ariel.

GAMELLA, J.F. Y ALVAREZ, A. 1997. *Drogas de síntesis en España. Pautas de administración y consumo*. DPNDG. Ministerio del Interior. Madrid.

GAMELLA, J.F., ALVAREZ A. Y ROMO, N. 1997a. "The Content of Ecstasy in Spain". en D. Korf, y H. Ripper (eds) *Illicit Drgus in Europe*. Siswo: Universiteit van Amsterdam. pp. 130-139.

GAMELLA, J.F., ALVAREZ A. Y ROMO, N. 1997b. La "fiesta" y el "éxtasis". *Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. *Revista de Estudios de Juventud*, 40: 17-36.

GAMELLA, J. F. Y C. MENESES. 1993. "Estrategias etnográficas en el estudio de poblaciones ocultas: Censo intensivo de los heroinómanos de cuatro barrios de Madrid." Pp. 289-323 en *Las drogodependencias: Perspectivas Sociológicas Actuales.*, V.V.A.A. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

GOODE, E. Y BEN-YEHUDA, N. 1994. *Moral Panics. The Social Construction of Deviance*. Oxford, UK: Blackwell.

ROGERS, E.M. 1995. *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.

HUNT L.G. Y CHAMBERS, C. 1976. *Heroin epidemics. A Study of Heroin Use in the United States, 1965-75*. New York: Spectrum Publications.

WHITAKER, B. 1988 (2. ed.). *The Global Fix. The Crisis of Drug Addiction*. London: Methuen

WHO (World Health Organization). 1997. *Tobacco or health. A global status report*. Geneva.

ZINBERG, N. E. 1984. *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven: Yale University Press.

# Sociología del consumo de alcohol en Asturias

Fernando Sánchez Bravo-Villasante

*Profesor Titular de Sociología  
Departamento de Economía Aplicada  
Universidad de Oviedo*

**SUMARIO:** 1.- El consumo de alcohol como proceso social problemático. 2.- La encuesta "Salud, alcohol y modos de vida en Asturias". 3.- Tipología de los consumidores de alcohol. 4.- Frecuencia de consumo de alcohol. 5.- ¿Qué se bebe? 6.- ¿Cuándo se bebe? 7.- ¿Porqué se bebe? 8.- Edad de inicio. 9.- Conclusiones. Bibliografía.

## 1.- EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROCESO SOCIAL PROBLEMÁTICO

El consumo de alcohol forma parte importante de los estilos de vida de muchas sociedades, especialmente de las occidentales, y a la mayor parte de la población no le ocasiona problemas por tratarse de un consumo moderado. Sin embargo, no hay que olvidar los efectos negativos que su abuso, puntual o continuado, es capaz de producir. Contrariamente a lo que se suele pensar, las drogas legales, especialmente alcohol y tabaco, son responsables de muchas más muertes que las ilegales; de mayor número de enfermedades y de importantes pérdidas en esperanza de vida en las sociedades modernas, así como de grandes costes económicos y sociales.

El carácter del alcohol como droga es innegable, puesto que produce los principales efectos que se consideran asociados a las drogas: es una sustancia psicoactiva, cuyo uso regular produce tolerancia (necesidad de aumentar las dosis para obtener los mismos efectos) y dependencia (adicción del organismo al producto, que lleva a la persona dependiente a usarlo nuevamente para evitar la aparición del síndrome de abstinencia) (Goode: 1993: 36-42). El debate sobre la importancia de la dependencia, según que ésta sea física o psicológica, ha perdido interés en los últimos tiem-

pos, debido a que ambas constituyen dos efectos distintos, pero igualmente problemáticos, del mismo producto. En el caso del alcohol se presentan conjuntamente en la mayor parte de los casos.

Pero la peculiaridad de que su consumo sea legal en la mayor parte del mundo, aunque sujeto a distintos tipos de regulaciones y restricciones, hace que habitualmente no sea considerado como una droga por gran parte de la población. Existe una fuerte tendencia a considerar como tal solamente a aquellos productos cuyo comercio y/o consumo han sido declarados ilegales por los ordenamientos jurídicos.

Las razones para el uso de ésta como de otras drogas son muy variadas, aunque es de advertir a este respecto una peculiaridad inherente a las bebidas alcohólicas. Así como el consumo de cualquiera de los otros productos psicoactivos se realiza básicamente en función de los resultados que esperan obtenerse a nivel mental, es decir, es un uso instrumental en el que el producto es únicamente un medio para alcanzar un fin distintivo (relajación, excitación, sensibilidad, alucinación, embriaguez), el alcohol puede ser usado únicamente con una finalidad expresiva, por el propio gusto de la bebida. Hay que tener en cuenta que determinados tipos de vinos, cervezas y productos destilados son el resultado de largas y costosas elaboraciones que han ido mejorando los procedimientos artesanales tradicionales. Ello les

convierte en parte importante de numerosos hábitos alimenticios, y, por tanto, en elementos culturales de primera magnitud con respecto al sentido del gusto, lo cual representa en algunos casos su consideración como productos gastronómicos con distintos tipos y calidades. No es de extrañar, por tanto, que a su alrededor se generen importantes procesos económicos de producción, intercambio y consumo, que mueven miles de millones de pesetas, y de los cuales dependen cientos de miles de puestos de trabajo.

Es preciso señalar que el consumo moderado de alcohol, esto es en pequeñas dosis, no suele plantear problemas sanitarios o de otro tipo. Numerosas investigaciones afirman que algunos tipos de alcoholes (especialmente el vino) son beneficiosos para la salud, puesto que previenen ciertas enfermedades, aunque siempre en cantidades moderadas (Bravo Abad y Bravo Plasencia: 1993)

Los efectos del alcohol en pequeñas cantidades son de relajación, desinhibición, sociabilidad y euforia, entre otros, lo que lo convierte en un importante facilitador social. Por ello es necesario considerar la importancia de su consumo dentro de determinadas situaciones sociales. Los efectos previstos del consumo de drogas están estructurados socialmente, por lo que se pueden distinguir numerosos tipos de usos, abusos, efectos y problemas causados por las bebidas alcohólicas. El uso de drogas es un proceso en que interactúan las personas (con sus características biológicas y psicológicas), el producto psicoactivo utilizado, y la situación social en que se realiza el acto de consumo (Goode: 1993: 64-87).

Un producto químico es capaz de producir distintos efectos según la cantidad ingerida, la vía de administración, el tipo y calidad del producto, las características fisiológicas y psicológicas de la persona y las expectativas y construcciones sociales elaboradas en tomo a esta compleja relación. Así, los efectos de una misma cantidad de alcohol dependen del peso del individuo, de que se tome o no acompañado de comida o de la rapidez con que sea metabolizado por el organismo. En este sentido, parece que las mujeres lo metabolizan

antes que los varones, por lo que sus efectos se producen con mayor rapidez e intensidad.

En los últimos años algunas investigaciones (Nakken: 1988) han avalado la hipótesis de una personalidad adictiva, que está determinada genéticamente, y que provoca que algunas personas sean más proclives a la dependencia de las drogas, o incluso de ciertas conductas (juego, comida, televisión, sexo). También se ha estudiado la influencia que la educación y la socialización familiar tiene sobre los niños descubriéndose una mayor tendencia al alcoholismo entre hijos de alcohólicos (Alonso Fernández: 1998: 255).

Los factores sociales producen elementos culturales que influyen decisivamente en la relación de los individuos con las drogas. La prohibición islámica de la venta y consumo de alcohol ha sido eficaz en los países que siguen y aplican fuertemente estas creencias, pero en cambio la Ley Seca estadounidense de los años veinte se saldó con un rotundo fracaso que llevó a su derogación algunos años después. Algunas culturas que carecían tradicionalmente de bebidas alcohólicas se han visto gravemente afectadas por su introducción mercantilista, al contacto con la civilización occidental y han padecido auténticas epidemias de alcoholismo que han afectado gravemente a sus condiciones de salud y a sus formas de vida tradicionales (Escohotado: 1989).

Debido a su particular peligrosidad, la relación del individuo con el alcohol precisa de un aprendizaje y de la asimilación de determinados mecanismos de autocontrol, que deben ser transmitidos institucionalmente, formando parte del equipamiento cultural y cognitivo de la persona, especialmente si se quiere evitar el surgimiento de problemas derivados de conductas abusivas. Precisamente este es uno de los problemas que parecen estar atravesando las sociedades actuales. El cambio tecnológico y social acelerado en que se vive deja anticuadas rápidamente muchas de las normas tradicionales respecto a las pautas de consumo, o de uso del tiempo libre, a la vez que aumenta enormemente la disponibilidad de todo tipo de productos alcohólicos, a una escala planetaria.

## 2.- LA ENCUESTA "SALUD, ALCOHOL Y MODOS DE VIDA EN ASTURIAS"

En 1995 un grupo de investigadores de la Universidad de Oviedo (Fernando Sánchez y Marta Ibáñez) y de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (Margarita Eguiagaray y Víctor Aparicio) presentamos conjuntamente el proyecto de investigación "Estudio sociológico sobre alcohol, salud y modos de vida en Asturias" a la convocatoria correspondiente del II Plan de Investigación del Principado de Asturias. Gracias a la ayuda recibida pudo realizarse dicho estudio, mediante el uso de la técnica de encuesta. La ficha técnica de la encuesta "Salud, alcohol y modos de vida en Asturias" es la siguiente:

**MUESTRA:** 999 individuos residentes en los seis municipios asturianos más poblados: Gijón, Oviedo, Avilés, Langreo, Mieres y Siero.

**UNIVERSO:** 482.191 individuos entre 15 y 64 años, residentes en los 6 municipios asturianos de más de 40.000 habitantes antes mencionados. Se tomaron datos actualizados el censo de 1991. Representan un 65 % de la población total asturiana entre esas edades. Se optó por prescindir de la población rural por el aumento de coste que originaría al proyecto.

**ERROR MUESTRAL:** +- 3,1 % para un intervalo de confianza de 95,5 %

**OBTENCIÓN DE LA MUESTRA:** selección de hogares por la técnica de rutas aleatorias, y selección de individuos por cuotas de sexo y edad.

**TRABAJO DE CAMPO:** realizado por la empresa Sondemer, con un equipo de 20 encuestadores instruidos específicamente para este estudio, entre los días 25 de Abril y 20 de Mayo de 1996. Se revisaron todas las entrevistas realizadas, habiéndose devuelto 17, por errores en su cumplimentación, que fueron vueltas a realizar. Se supervisó personal o telefónicamente un 20 % extraídas al azar, para garantizar la veracidad de las respuestas.

**ANÁLISIS DE DATOS:** Mediante el paquete estadístico SPSS 6.0, una vez efectuadas las operaciones de grabación y depuración correspondientes.

**CUESTIONARIO:** consta de 53 preguntas. Se tomaron como referencia los utilizados en estudios anteriores y las normas de la OMS (1985).

Algunos resultados fueron presentados en el III Congreso Astur-Gallego de Sociología, celebrado en Oviedo en 1996; en el VI Congreso Español de Sociología (La Coruña, 1998) y en el Seminario de Adicciones del 3º Curso de Psiquiatría y Salud Mental (Oviedo, 1999), organizado por la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría.

## 3.- TIPOLOGÍA DE LOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL

En la encuesta "Salud, alcohol y modos de vida en Asturias" se dedicaba una parte de la misma al consumo de alcohol por parte de la población urbana asturiana.

La primera de ellas, la pregunta 27 del Cuestionario, es una pregunta filtro en la que se trata de distinguir entre las personas que han probado alcohol y las que no lo han hecho; las que han bebido productos alcohólicos durante último año; las que lo han hecho durante el último mes y los que han dejado de beber.

La mayor parte del resto de las preguntas se hicieron únicamente a los que han bebido durante el último año y a los ex-bebedores. A los que han bebido durante el último mes se les aplica un doble cuadro para conocer con exactitud lo que han bebido, distinguiendo entre días de semana (ayer o último día laborable) y de fin de semana (el sábado pasado). Es un cuadro bastante exhaustivo que incluye el momento del día en que se bebió; el producto, la cantidad, el lugar y la compañía. Incluye una cuadrícula para reflejar el contenido de alcohol puro (mediante el uso de una tabla de equivalencias) de cada consumo realizado, y poder obtener así una tipología de bebedores en base a su consumo semanal medio de centímetros cúbicos (cc) de alcohol puro.

Respecto a la cuestión de la prueba, se obtiene que el alcohol es claramente la droga más extendida entre la sociedad asturiana: un 97,6 % de los encuestados afirman haber probado alguna vez en su vida vino, cerveza,

sidra, champagne, aperitivos o licores. No existen diferencias importantes por ninguna variable, lo cual no es de extrañar si se tiene en cuenta el alto grado de respuestas positivas.

Dicho porcentaje baja unos diez puntos, hasta el 87,3% para aquellos que afirman haber consumido alguna bebida alcohólica durante el último año, aunque sólo fuera ocasionalmente, y algo más de 30 puntos, hasta el 65,2% para los que afirma haber consumido alguna bebida alcohólica durante el último mes. Casi dos tercios de la población urbana asturiana pueden ser considerados como consumidores de alcohol, frente a un tercio que pueden calificarse de abstemios o bebedores muy ocasionales.

entre 4 y 7 años; y un 22 % hace más de 8 años. Las razones principales que les llevaron a hacerlo fueron de salud o por prescripción facultativa.

Teniendo en cuenta que a través de encuesta no pueden realizarse diagnósticos médicos, para lo cual es imprescindible que se efectúe un examen a cargo de especialistas cualificados, hay que decir que los datos más recientes confirman la apreciación del equipo EDIS (1990: 73) acerca de que el consumo excesivo de alcohol afecta a algo más de un 3% de adultos asturianos. Si se consideran conjuntamente el consumo alto y excesivo, que son los que con más probabilidad pueden originar problemas de salud, la cifra alcanza hasta un 8,2 %

**TABLA 1: Tipología de consumidores de alcohol por sexo, grupos de edad y nivel de estudios (porcentajes horizontales)**

	<i>Abstemio</i>	<i>Exbebedor</i>	<i>Excepcional</i>	<i>Moderado</i>	<i>Alto</i>	<i>Excesivo</i>	
<i>SEXO</i>							
Varón	5,2	4,8	18,7	56,5	8,9	5,8	100
Mujer	13,1	2,6	34,1	48,4	1,4	0,4	100
<i>EDAD</i>							
15-29 años	7,9	1,5	23,3	61,2	3,6	2,4	100
30-45 años	6,1	2,6	31,2	50,0	6,6	3,5	100
46-65 años	13,9	7,1	24,5	46,1	5,0	3,4	100
<i>ESTUDIOS</i>							
Primarios	13,1	5,3	29,5	45,1	4,0	3,0	100
Bachiller	6,0	3,0	24,5	57,5	4,7	4,3	100
FP	3,3	1,1	19,8	62,6	8,8	4,4	100
Universidad	4,8	1,2	23,2	62,5	7,1	1,2	100
TOTAL	9,2	3,7	26,5	52,5	5,1	3,0	100
N	92	37	264	524	51	31	999

Este grupo está formado por tres categorías diferentes: una minoría de abstemios (9,2 %) que nunca beben; otro tres veces mayor (26,4%) que sólo lo hace en fechas u ocasiones especiales (celebraciones, Navidad, fiestas) y que no ha consumido alcohol durante el último mes; y otra minoría (3,7%) de personas que ha dejado de beber. De ellos, un 48 % lo ha hecho en los últimos tres años; un 30% lo ha hecho

de la población adulta.

En la TABLA 1 se analiza la tipología de consumidores de alcohol (incluyendo abstemios y ex-bebedores) cruzándola con las variables sexo, edad y nivel de estudios. Los principales resultados son los siguientes.

Existe relación entre sexo y consumo de alcohol: las mujeres representan un 70% de los abstemios y un 64% de los bebedores excep-

cionales, configurándose estas opciones como mayoritariamente femeninas. Por el lado contrario, nos encontramos con que 9 de cada 10 bebedores altos o excesivos son varones. Teniendo en cuenta que esta tipología se ha realizado tomando en consideración las cantidades ingeridas de alcohol puro, este resultado viene a confirmar el hecho de que las mujeres (por su menor peso medio frente al varón, y por ciertas características biológicas) tienden a consumir menores cantidades que los hombres, pero previsiblemente porque consiguen los mismos efectos antes y con dosis menores.

Ello plantea de nuevo el problema de la adecuación del instrumento de medida a lo que se quiere medir, puesto que si los efectos del alcohol son diferenciales según el género, no resulta correcto aplicar la misma escala a los dos sexos. Tal y como apunta Margarita Eguiagaray convendría realizar una escala específica para las mujeres, para que las comparaciones con los varones tuvieran en cuenta las diferencias biológicas.

El consumo de alcohol también está relacionado con la edad, aunque en este caso no de una manera lineal. Por un lado se observa que la abstinencia aumenta con la edad, puesto que es máxima entre los 46 y los 65 años (13,9 %), donde también se da el mayor número de ex-bebedores (7,1%). Esta evolución coincide con la observada en otros estudios (Estilos de vida de la población adulta española 1992; Consumo de alcohol en Asturias 1990), en los cuales no había tope superior de edad, y se observaba que a mayor edad, menor número de bebedores. Esto puede explicarse en parte por la mayor esperanza de vida femenina, que hace que la población anciana esté formada sobre todo por mujeres, así como a razones de salud, ya sea por prescripción médica o sin ella, sobre todo en las personas que han dejado de beber.

Se puede ver que el porcentaje de abstemios es superior, en 1,8 puntos porcentuales, entre el grupo de edad más joven que en los de mediana edad. Esto parece indicar la existencia de grupos juveniles muy minori-

tarios que escogen un estilo de vida más sano, centrado en algunas prácticas deportivas, al mismo tiempo que se rechaza el uso no sólo de las drogas ilegales, sino también de las legales, como son el alcohol y el tabaco. Ello puede suponer un cierto impacto, mínimo aún, de las campañas de educación para la salud. Parece bastante claro que los jóvenes desarrollan sus costumbres y formas de vida no solamente según lo que se les dice que es sano o saludable, sino también imitando los comportamientos adultos, y los mensajes publicitarios.

El consumo alto y excesivo es más propio de los grupos de edad mayores: son conjuntamente un 10,1% para el grupo de 30 a 45 años; y un 8,4 % para el de 46 a 65 frente a un 6% en el de 15 a 29 años. Esto parece indicar que el consumo abusivo de alcohol es una conducta aprendida que tiene su punto álgido en la mediana edad, para comenzar posteriormente un lento declive. El nivel de estudios parece correlacionar con el consumo de alcohol en tres aspectos:

- se da un mayor porcentaje de abstemios, ex-bebedores y bebedores excepcionales cuanto menor es el nivel educativo. Dado que este ha mejorado notablemente en los últimos años, y que tradicionalmente era mayor en los hombres que en las mujeres, estas pueden ser variables subyacentes que haya que tomar en cuenta como factores intervinientes en este resultado..

- el mayor porcentaje de bebedores altos y excesivos (12,8%) se da entre los titulados de formación profesional o equivalente

- el menor porcentaje de bebedores excesivos se da entre los titulados universitarios, con un 1,2 %.

En la TABLA 2 se refleja la tipología de consumidores de alcohol por parte de la población urbana asturiana cruzada con situación laboral, religiosidad y consumo de tabaco. Los principales resultados son los siguientes:

- el consumo alto y excesivo está relacionado positivamente con las situaciones de ocupado (10,8%), parado (13,9%), jubilado-pensionista (13,1 %), no creyente (17,2%) y consumidores de tabaco diarios (14,1 %) y

**TABLA 2: Tipología de consumidores de alcohol por situación laboral, religiosidad y consumo de tabaco (porcentajes horizontales)**

	<i>Abstemio</i>	<i>Exbebedor</i>	<i>Excepcional</i>	<i>Moderado</i>	<i>Alto</i>	<i>Excesivo</i>	
<i>SITUACION</i>							
<i>LABORAL</i>							
Ocupado	6,0	2,0	22,6	58,6	6,5	4,3	100
Parado	11,3	5,2	21,7	47,8	9,6	4,3	100
Pensionista	5,6	15,9	17,8	47,7	8,4	4,7	100
Estudiante	7,5		26,6	62,4	2,3	1,2	100
Ama de casa	18,1	3,0	40,7	37,2	0,5	0,5	100
<i>RELIGION</i>							
Católico p.	15,3	5,0	28,2	50,0	0,8	0,8	100
Católico no p.	7,9	3,1	27,3	52,8	5,0	3,9	100
No creyente	3,8	3,2	18,5	57,3	12,1	5,1	100
<i>CONSUMO DE</i>							
<i>TABACO</i>							
Diario	3,3	3,9	20,2	58,6	9,4	4,7	100
Ocasional	5,2	3,4	17,2	60,3	6,9	6,9	100
Nunca	14,9	3,1	35,0	44,8	0,7	1,4	100
Lo dejó	9,3	5,0	21,7	55,9	6,2	1,9	100
TOTAL	9,2	3,7	26,5	52,5	5,1	3,0	100
N	92	37	264	524	51	31	999

ocasionales (13,8 %).

- el consumo alto y excesivo, tomado conjuntamente, está relacionado negativamente con las situaciones de estudiante (3,5 %), ama de casa (1,0 %), católico practicante (1,6 %) y no fumadores (2,1 %). Parece bastante sensato pensar que en estas tres últimas categorías abundan las mujeres de más de treinta años de edad.

- consecuentemente, se hallan niveles significativamente superiores a la media de abstemios entre las amas de casa (18,1 %), los católicos practicantes (15,3 %) y los no fumadores (14,9 %).

- los niveles menores de abstemia se dan entre los fumadores diarios (3,3 %), los no creyentes (3,8 %) y los jubilados y pensionistas (5,6 %), aunque en este grupo, es muy importante el colectivo de ex bebedores (15,9 %).

- casi dos tercios de los estudiantes pueden ser considerados bebedores. Lo

mismo sucede con los fumadores ocasionales, los jóvenes de 15 a 29 años y la titulados de FP y Universidad, tanto de diplomatura como de licenciatura.

#### **4.- FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL**

Además de las preguntas específicas sobre consumo de alcohol, en el cuestionario se incluía una pregunta, la nº 21, sobre la dieta alimenticia de los asturianos y asturianas. Con ella se trataba de averiguar la frecuencia de consumo de diversos productos, incluyendo el vino, la cerveza y la sidra, por considerarse que estos alcoholes fermentados son los que más habitualmente se consumen en las comidas como acompañamiento. En la TABLA 3 se resumen los resultados obtenidos cruzados con las variables sexo, edad y

## CONSUMO DE VINO, CERVEZA O SIDRA

	<i>A diario</i>	<i>3-5 veces Semana</i>	<i>1-2 veces Semana</i>	<i>Alguna vez al mes</i>	<i>Nunca o casi nunca</i>		<i>N</i>
<i>SEXO</i>							
Varón	25,4	8,7	22,4	17,5	26,0	100	496
Mujer	6,6	4,8	20,5	18,3	49,8	100	502
<i>EDAD</i>							
15-29 años	5,2	6,7	31,6	22,5	34,0	100	329
30-45 años	20,5	6,6	20,5	15,6	36,7	100	346
46-65 años	22,0	6,8	12,1	15,8	43,3	100	323
<i>ESTUDIOS</i>							
Primarios	15,2	6,1	16,6	16,6	45,3	100	502
Bachiller	15,1	6,5	25,9	19,8	32,8	100	232
FP	23,1	8,8	25,3	20,9	22,0	100	91
Universidad	15,5	7,7	28,0	17,3	31,5	100	168
TOTAL	15,9	6,7	21,4	17,9	38,0	100	
N	159	67	214	179	379	100	998

**TABLA 3: Frecuencia de consumo de vino, cerveza o sidra por sexo, edad y nivel de estudios (porcentajes horizontales)**

nivel de estudios.

Los aspectos más importantes que se observan son los siguientes:

un 38 % de los encuestados declaran que no consumen vino, cerveza o sidra nunca o casi nunca. Partiendo del hecho de que difícilmente se toman bebidas alcohólicas destiladas, de mayor graduación, sin ser también consumidor de alcoholes fermentados, de graduación más baja, tenemos que se pueden considerar como prácticamente abstemios a casi cuatro de cada diez asturianos residentes en las zonas urbanas. Esta categoría incluiría a los abstemios y ex-bebedores, así como a la mayor parte de los bebedores excepcionales de la TABLA 1, que en conjunto sumaban un 39,2% de la muestra.

- el sexo es una variable decisiva en este aspecto, puesto que por cada cuatro hombres que declaran ser consumidores diarios de alcohol sólo hay una mujer mientras que por cada hombre abstemio hay dos mujeres.

- la edad es también una variable

relevante, dentro de los márgenes que estamos tratando, pero nuevamente la relación no es lineal. A más edad tenemos que aumentan tanto el número de consumidores diarios (22,0 %) como el de abstemios (43,3%).

- teniendo en cuenta el nivel de estudios, se observa que los que tienen Formación Profesional o alguna titulación equivalente son consumidores diarios en una cuarta parte (probablemente haya más hombres entre ellos); los que tienen título universitario declaran consumir en un 28% una o dos veces por semana, (probablemente sean más jóvenes); y los que tienen estudios primarios declaran en un 45 % no consumir alcohol nunca o casi nunca (probablemente sean sobre todo mujeres mayores).

Teniendo en cuenta que el lugar de residencia no parece influir decisivamente en esta variable, veremos ahora la TABLA 4, en que se cruza la frecuencia de consumo de vino, cerveza o sidra con la situación laboral, el consumo de

	<i>A diario</i>	<i>3-5 veces por Semana</i>	<i>1-2 veces por Semana</i>	<i>Alguna vez al mes</i>	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>Total</i>	<i>N</i>
<i>SITUACION</i>							
<i>LABORAL</i>							
Ocupado	23,9	9,5	20,6	20,6	25,4	100	399
Parado	11,3	10,4	25,2	13,9	39,1	100	115
Pensionista	25,2	5,6	13,1	16,8	39,3	100	107
Estudiante	2,3	2,9	35,3	22,0	37,6	100	173
Ama de casa	9,5	2,5	13,6	12,6	61,8	100	199
<i>CONSUMO DE</i>							
<i>TABACO</i>							
Diario	22,9	9,1	24,9	16,0	27,1	100	362
Nunca	10,1	4,1	18,0	16,8	51,1	100	417
<i>CONSUMO</i>							
<i>DE ALCOHOL</i>							
Moderado	21,4	8,2	33,5	22,4	14,5	100	523
Alto	49,0	19,6	17,6	9,8	3,9	100	51
Excesivo	58,1	19,4	19,4	3,2		100	31
TOTAL	15,9	6,7	21,4	17,9	38,0	100	998

**TABLA 4: Frecuencia de consumo de vino, cerveza o sidra por situación laboral, consumo de tabaco y tipología de bebedores (porcentajes horizontales).**

tabaco y el consumo de alcohol.

Comenzando con la primera variable, nos encontramos con que son los pensionistas y jubilados los que más consumen alcohol a diario (25,2%), seguidos muy de cerca por los ocupados (23,9%). Pero ambas cifras son inferiores a las de las mismas categorías que declaran no consumir vino cerveza o sidra nunca o casi nunca: 39,3 % y 25,4 % respectivamente.

Los estudiantes son los que menos consumen alcohol a diario (únicamente lo hacen un 2,3 % de ellos), pero algo más de un tercio lo hacen una o dos veces por semana, que previsiblemente será durante el fin de la misma. Casi dos tercios de las amas de casa no beben alcohol nunca o casi nunca, mientras que una de cada diez lo hace a diario. Como resumen podemos decir que se observan distintas pautas de frecuencia de consumo de alcohol relacionados sobre todo con el sexo y la edad.

En cuanto a la relación entre frecuencia de consumo de alcohol con tipologías de fumadores y bebedores, hay que advertir que se han

seleccionado únicamente a los no fumadores y a los que lo hacen a diario; y en el otro caso solamente a los consumidores de alcohol a partir de moderados, porque en los demás casos sus frecuencias de consumo son muy bajas.

Los resultados son bastante claros:

- por un lado parece haber una cierta relación entre consumo de tabaco y de alcohol, sobre todo en los extremos: casi una cuarta parte de los fumadores diarios son también bebedores a diario, por sólo uno de cada 10 entre los no fumadores. La mitad de los no fumadores tampoco consumen alcohol, por una cuarta parte de los fumadores.

- en cuanto a la clasificación de bebedores utilizada, su relación con la frecuencia de consumo de vino, cerveza y sidra es positiva y directa, aunque no absoluta. Se dan casos, alrededor de una quinta parte de los bebedores altos y excesivos, que declaran no ser consumidores diarios de alcohol, sino únicamente de una o dos veces por semana. Esto puede ser

debido a que la clasificación utilizada se construye en base a los consumos detectados únicamente en dos días de la semana, que pueden haber coincidido en algún caso con los de mayor consumo del entrevistado en esa semana concreta, sin que por ello sean estrictamente similares a los de los otros días.

## 5.- ¿QUÉ SE BEBE?

En este apartado no se recogen las cantidades consumidas de cada una de las bebidas, puesto que éstas han servido para elaborar la clasificación de bebedores. Tampoco deben leerse los datos como si fueran consumos

**TABLA 5: Bebidas alcohólicas consumidas: porcentajes de respuestas positivas**

	VINO	SIDRA	LICORES	CERVEZA	APERITIVOS	AGUARDIENTE	N
TOTAL	30,1	21,3	19,1	16,9	2,5	0,5	999
<i>SEXO</i>							
Varón	38,8	22,1	24,5	23,5	2,8	0,8	497
Mujer	21,5	20,5	13,7	10,4	2,2	0,2	502
<i>EDAD</i>							
15-29 años	18,2	24,5	27,6	28,5	2,4	0,3	330
30-45 años	33,8	22,5	17,9	15,9	2,3	0,9	346
46-65 años	38,4	16,7	11,8	6,2	2,8	0,3	323
<i>ESTUDIOS</i>							
Primarios	29,7	18,2	13,1	13,3	2,0	0,6	505
Bachiller	36,2	24,2	21,9	21,5	3,0	0,4	233
FP	35,2	28,6	27,5	27,5	4,4	1,1	91
Universidad	34,5	23,2	29,2	16,1	2,4		168
<i>SITUACION LABORAL</i>							
Ocupado	40,1	24,8	21,6	18,3	3,0	0,5	399
Parado	23,5	20,9	27,8	26,1	2,6		115
Pensionista	43,0	15,0	13,1	12,1	0,9	1,9	107
Estudiante	13,9	22,0	28,3	27,2	1,7	0,6	173
Ama de casa	21,6	17,6	3,5	2,5	3,0		199
<i>ESTADO CIVIL</i>							
Soltero	20,2	20,7	31,7	30,3	2,3	0,3	347
Casado	36,9	22,4	11,6	9,6	2,6	0,7	604
<i>CONSUMO DE ALCOHOL</i>							
Moderado	46,9	34,0	27,9	26,0	3,4	0,6	524
Alto	62,7	35,3	52,9	37,3	7,8	2,0	5
Excesivo	64,5	54,8	51,6	35,5	9,7	3,2	31
<i>LUGAR DE RESIDENCIA</i>							
Gijón	31,6	24,5	18,4	17,4	2,1	0,5	380
Oviedo	31,5	16,8	24,1	18,2	3,1		286
Avilés	30,7	15,7	15,7	18,9	2,4	0,8	127
Resto	25,2	25,2	15,5	13,1	2,4	1,0	206

exclusivos, pues parece claro que el bebedor de alcohol suele serlo de distintos productos. Se puede tomar una cerveza o un vino antes de comer o de cenar, o durante las comidas, una sidra por la tarde, y por la noche, sobre todo en fin de semana, es más frecuente el consumo de licores, generalmente combinados.

La TABLA 5 muestra las bebidas alcohólicas que los encuestados han declarado consumir, y los porcentajes reflejan los consumos recogidos en el cuestionario, incluyendo tanto los días laborables como los festivos sobre el total de la muestra. Por tanto no se puede apreciar con estos datos la posibilidad de detectar consumos múltiples, ni tampoco las cantidades ingeridas. Cada dato se refiere a que una persona ha declarado consumir ese producto (independientemente de la frecuencia y cantidad), y la diferencia hasta cien incluye a todas aquellas personas que no lo han hecho.

Las bebidas han sido colocadas horizontalmente por orden de respuestas afirmativas obtenidas para cada una de ellas. Según este criterio, tenemos que la bebida alcohólica preferida por los asturianos urbanos es el vino (casi un tercio de los mismos afirman haberla consumido en los días de referencia), seguido de la sidra (una quinta parte de los encuestados la han consumido), los licores y la cerveza, a más corta distancia unos de otros. En último lugar, con gran diferencia se encuentran los aperitivos y aguardientes,

Si analizamos cada uno de los productos cruzándolo con las distintas variables utilizadas tenemos lo siguiente:

VINO: es el producto alcohólico favorito de los asturianos urbanos. Es más consumido por los varones (38,1%) que por las mujeres (21,5%), y más por las personas de más edad (38,4%) que por los más jóvenes (18,2%). Es la bebida alcohólica más consumida por los ocupados (40,1%) y los pensionistas y jubilados (43,0%), los casados (36,9%), las personas con estudios de FP (35,2%) y Universidad (34,5%), no hallándose grandes diferencias por zonas urbanas.

Entre los bebedores altos y excesivos, dos de cada tres ha declarado haber consumido vino en los días de referencia de la encuesta. En cambio, hay que destacar el bajo consumo

declarado por estudiantes (13,9 %), jóvenes (18,2 %), solteros (20,2 %) y mujeres (21,5 %).

SIDRA: ocupa el segundo lugar en las preferencias declaradas por los asturianos y asturianas urbanos: uno de cada cinco afirma haberla bebido en los días de referencia. Hay que resaltar que aunque la diferencia con el vino es grande (casi diez puntos porcentuales), el consumo de sidra es una característica diferencial asturiana. Estos datos muestran que el consumo de este producto está claramente asentado en la región, y que el consumo de sidra es habitual entre una gran parte de los asturianos.

No se detectan grandes diferencias por sexo, ni por estado civil, lo cual indica que es una bebida que gusta tanto a hombres como a mujeres, o mejor, que su consumo no está sesgado por razón de género. Esto es una peculiaridad propia de esta bebida, que prácticamente no encuentra semejanza con ningún otro producto que se consuma por grupos sociales tan amplios.

Su consumo, al contrario que el de vino, disminuye con la edad, lo cual indica que es un producto bien aceptado por los jóvenes y que por tanto, tiene muchas posibilidades de mantenerse entre las preferencias del público. Entre sus consumidores principales se encuentran los ocupados (24,8 %), los estudiantes (22,0 %), los que tiene estudios de FP (28,6 %) y los residentes en Gijón (24,5 %) y en las cuencas mineras y Siero (25,2%). Más de la mitad de los consumidores excesivos declaran haberla consumido, por sólo una cuarta parte los bebedores moderados.

Quizás lo más significativo de esta bebida es la homogeneidad de aceptación que tiene, puesto que las diferencias entre los diferentes grupos considerados son mucho menores que en el caso de los otros productos. Lo que no podemos saber, ni en este caso ni en otros, es el aspecto relativo a la estacionalidad de producto, es decir, si hay variaciones importantes en su consumo a lo largo del año. Nuestros datos se refieren únicamente al mes de Mayo de 1996, y por lo tanto no podemos comprobar si en verano aumenta el consumo de sidra, como parece desprenderse de apreciaciones

meramente subjetivas.

**LICORES:** vuelven a aparecer diferencias importantes en estos productos, que son los terceros en consumos declarados, ya que los han ingerido casi uno de cada cinco asturianos y asturianas entrevistados. Su consumo es mayor entre los varones (24,5 %), los más jóvenes (27,6 %), los solteros (31,7%), los estudiantes (28,3%), los parados (27,8%), los residentes en Oviedo (24,1%) y los que tienen estudios universitarios (29,2%) y de FP (28,6 %). Hay que resaltar que para los estudiantes y los solteros es la bebida más consumida, por delante de cualquier otra, aunque le sigue a corta distancia la cerveza. Y la relación es muy similar entre los más jóvenes. Uno de cada dos consumidores excesivos declara haber bebido licores en los días de referencia, lo que les conviene con toda lógica en el grupo que más consumen estos productos.

**CERVEZA:** ocupa el cuarto lugar en las preferencias de consumo detectadas, con un 16,9% de entrevistados que han declarado beberla en los días de referencia. La cerveza se configura en España como una bebida claramente estacional, más propia de los lugares y épocas del año más calurosas, esto es, del sur y del verano. De nuestros datos se desprende que es preferida por los más jóvenes (28,5 %), los solteros (30,3 %) y los estudiantes (27,2 %), entre los cuales se configura como la bebida de elección principal, junto con los licores. En cambio, es muy poco consumida por las amas de casa (2,5 %), los más mayores (6,2 %), los casados (9,6 %) y la mujeres (10,4 %).

## 6.- ¿CUÁNDO SE BEBE?

El consumo de alcohol debe ser estudiado haciendo referencia no solamente al producto ingerido, a la cantidad del mismo y a la frecuencia de actos de bebida, sino también al momento del día o de la noche en que se producen los actos de bebida, teniendo también en cuenta el día de la semana en que se efectúa el consumo. No es lo mismo un consumo regular y repartido en diversas tomas a lo largo del día, que uno que se realiza exclusivamente algunas noches o para acompañar la comidas. Este últi-

mo parece revestir menor gravedad, ya que el alcohol actúa con mucha mayor rapidez sobre un estómago vacío que sobre uno lleno.

En las TABLAS 6 y 7 se recogen los resultados obtenidos para la preguntas de cuando se bebe (entendiendo por tal en qué momento del día), primero para un día laborable y después para el sábado. Se parte de la idea de que es diferente el consumo de alcohol durante la semana que en el fin de semana, puesto que suele estar muy relacionado con el uso del tiempo libre de las personas.

La lectura de estas dos tablas debe realizarse teniendo en cuenta los diferentes períodos en que se ha dividido la jornada. Los porcentajes que se presentan se refieren a aquellas personas que han declarado beber únicamente en uno de eso cinco momentos. En cuanto lo haya hecho en al menos dos de ellos figuran como ingesta múltiple. Este es un indicador de consumo repetido (al menos en dos ocasiones), que potencialmente puede ser más peligroso.

Respecto a los días laborables, puede verse en la TABLA 6 que predomina sobre todo la ingesta múltiple, siendo en la mayor parte de los casos consumos acompañando comida o cena, más algún otro momento del día. Esto indica que el consumo de alcohol es un hábito adquirido que se realiza preferentemente en diferentes momentos del día. Es un hábito que se da más en los varones que en las mujeres, en una proporción de 6 a 1. Es también una costumbre que se incrementa con la edad, aunque el envejecimiento también produce mayor número de abstemios. Se da también más entre jubilados y pensionistas (21,5%), ocupados (15,8 %), los que tienen estudios de FP o similares (15,4%) y casados (13,4%). Pero no resulta extraño que la variable que más correlacione con la ingesta múltiple sea la de consumo alto -y excesivo, ya que más de la mitad de ellos beben en diferentes momentos del día y de la noche durante los días laborables.

Las mujeres (3,6%), los jóvenes (3,6%), los estudiantes (2,9%) y las amas de casa (2,5%) están significativamente por debajo de la media en consumos repetidos durante los días laborables.

Después de la ingesta múltiple, el momento del día en que se realizan más consumiciones

**TABLA 6: ¿Cuándo se bebe? (días laborables)**

	<i>ANTES DE COMER</i>	<i>DURANTE LA COMIDA</i>	<i>POR LA TARDE</i>	<i>DURANTE LA CENA</i>	<i>POR LA NOCHE</i>	<i>INGESTA MULTIPLE</i>	<i>N</i>
TOTAL	1,8	7,8	6,9	2,7	2,1	10,9	999
<i>SEXO</i>							
Varón	3,4	8,2	9,3	3,6	2,0	18,4	497
Mujer	0,2	7,4	4,6	1,8	2,2	3,6	502
<i>EDAD</i>							
15-29 años	0,9	2,7	7,6	1,5	3,9	3,6	330
30-45 años	1,4	9,5	7,2	4,9	1,2	13,6	346
46-65 años	3,1	11,1	5,9	1,5	1,2	15,5	323
<i>ESTUDIOS</i>							
Primarios	2,0	9,1	4,8	2,6	2,4	10,9	505
Bachiller	0,9	6,4	6,0	2,1	2,1	9,5	233
FP	2,2	7,7	11,0	3,3	3,3	15,4	91
Universidad	2,4	6,0	12,5	3,6	0,6	10,8	168
<i>SITUACION LABORAL</i>							
Ocupado	2,3	9,8	10,0	3,3	1,8	15,8	399
Parado	2,6	3,5	6,1	6,1	4,3	10,4	115
Pensionista	3,7	8,5	8,4	2,8	0,9	21,5	107
Estudiante	0,6	2,9	2,3	0,6	3,5	2,9	173
Ama de casa	0,5	10,6	4,0	1,5	1,0	2,5	199
<i>ESTADO CIVIL</i>							
Soltero	1,4	3,5	6,6	2,3	3,7	6,9	347
Casado	2,0	10,3	7,5	3,1	1,2	13,4	604
<i>CONSUMO DE ALCOHOL</i>							
Moderado	2,9	13,7	10,5	3,8	3,2	12,2	524
Alto	5,9	5,9	13,7	9,8	3,9	51,0	51
Excesivo		6,5	16,1	3,2	6,5	61,3	31
<i>LUGAR DE RESIDENCIA</i>							
Gijón	1,8	9,7	7,1	1,6	4,2	10,5	380
Oviedo	1,4	7,7	5,6	4,5	1,4	10,5	286
Avilés	2,4	7,1	7,9	3,1		11,0	127
Resto	1,9	4,9	7,8	1,9	0,5	12,2	206

de bebidas alcohólicas es la hora de la comida, seguida, por este orden, de la tarde, durante la cena, por la noche y en último lugar por la mañana, aunque las diferencias entre los tres momentos menos preferidos y los más es de casi al triple. La hora de la comida se presenta como una costumbre tradicional (más presente en los adultos que en los jóvenes), y que resul-

ta ser de relativa importancia para las mujeres, puesto que para ellas es el momento de consumo preferido (7,4%), por encima de la ingesta múltiple (3,6 %), aunque siempre por debajo del varón (8,2 %). En el caso de las amas de casa que declaran beber alcohol en días laborables, lo hacen cuatro veces más durante la comida que en ingesta múltiple.

**TABLA 7: ¿Cuándo se bebe? (Sábado)**

	<i>ANTES DE COMER</i>	<i>DURANTE LA COMIDA</i>	<i>POR LA TARDE</i>	<i>DURANTE LA CENA</i>	<i>POR LA NOCHE</i>	<i>INGESTA MULTIPLE</i>	<i>N</i>
TOTAL	2,2	8,2	10,8	5,6	10,2	19,7	999
<i>SEXO</i>							
Varón	2,6	9,1	11,1	4,2	11,1	28,2	497
Mujer	1,8	7,4	10,6	7,0	9,4	11,4	502
<i>EDAD</i>							
15-29 años	1,5	3,3	12,7	5,5	24,2	17,6	330
30-45 años	2,9	7,8	11,0	8,7	5,8	20,8	346
46-65 años	2,2	13,6	8,7	2,5	0,6	20,7	323
<i>ESTUDIOS</i>							
Primarios	1,8	11,1	10,3	3,8	3,6	17,4	505
Bachiller	3,4	4,7	12,4	5,6	19,3	18,1	233
FP	3,3	5,5	8,8	7,7	17,6	30,8	91
Universidad	1,2	6,0	11,3	10,1	13,7	23,2	166
<i>SITUACION LABORAL</i>							
Ocupado	2,5	9,3	12,5	7,3	9,8	24,0	399
Parado	3,5	1,7	9,6	9,6	13,0	22,6	115
Pensionista	1,9	14,0	9,3	2,8		25,3	107
Estudiante	0,6	4,6	12,7	3,5	27,3	15,1	173
Ama de casa	2,5	10,1	7,5	3,5	0,5	10,0	199
<i>ESTADO CIVIL</i>							
Soltero	0,9	3,7	11,0	5,5	24,5	19,9	347
Casado	3,9	9,9	11,1	5,3	2,6	20,7	604
<i>CONSUMO DE ALCOHOL</i>							
Moderado	4,2	15,3	18,9	10,1	18,1	25,6	524
Alto		2,0	7,8	3,9	7,8	78,4	51
Excesivo			12,9	3,2	9,7	71,0	31
<i>LUGAR DE RESIDENCIA</i>							
Gijón	2,9	8,7	10,5	3,9	11,6	20,8	380
Oviedo	1,7	8,0	11,2	9,1	12,6	18,9	286
Avilés	3,1	11,0	15,0	5,5	8,7	18,1	127
Resto	1,0	5,8	8,3	3,9	9,7	16,9	206

No se encuentran diferencias muy significativas atendiendo a las ciudades analizadas. Es de resaltar el hecho de que los más jóvenes, los estudiantes y los solteros se hallen siempre por debajo de la media en todos los momentos de bebida, especialmente en el de ingesta múltiple, exceptuando el consumo nocturno.

Si se compara la TABLA 6 con la 7, que

mide lo mismo pero referido al día sábado, nos encontramos con que aumentan todas las ocasiones en que se bebe, prácticamente multiplicándose por dos. Se observa una estabilidad en la ingesta de alcohol que se realiza exclusivamente durante la comida, ya que su aumento es inferior a un punto. Parece tener todas las características de un hábito arraigado de comporta-

miento para un 8 % de la población urbana asturiana, sin gran distinción de sexos, pero concentrado en las edades más altas de la muestra. El producto más consumido como acompañamiento es el vino.

La ingesta múltiple del sábado sigue siendo un comportamiento preferentemente masculino, aunque las distancias se reducen porque la proporción es de tres hombres por cada mujer. Lo mismo sucede con las edades, ya que las diferencias disminuyen con claridad, pudiendo afirmarse que prácticamente uno de cada cinco entrevistados realiza una ingesta múltiple de alcohol durante los sábados. Esta relación aumenta hasta tres de cada cuatro para los bebedores altos y excesivos. No se encuentran por este concepto diferencias apreciables por estado civil y lugar de residencia.

Un momento importante a considerar es el de la noche. Aquí puede apreciarse que la diferencia entre jóvenes, estudiantes y solteros aumenta y profundiza la percibida los días de diario. Prácticamente uno de cada cuatro de ellos dice haber consumido alcohol el sábado por la noche en exclusiva. Si se tiene en cuenta a los jóvenes que han bebido durante la tarde o la cena del sábado (18,2 %), más el 17,6 % que han declarado una ingesta múltiple (que casi con toda seguridad incluye consumos nocturnos), nos encontramos con que un 60% de los jóvenes consume alcohol en la tarde-noche de los sábados (incluyendo la cena), mientras que sólo declaran hacerlo un 45 % de los de mediana edad y un 31 % de los más adultos. Además, supone un fuerte contraste con el 20% de jóvenes que consumen alcohol durante la semana, y configura una modalidad de consumo específica de este grupo de edad.

Teniendo en cuenta estos datos y los obtenidos en anteriores tablas, parece ir perfilándose un consumo claramente diferencial por edades. El de los adultos suele ser un consumo regular, centrado en el vino, y cuya constancia produce mayores cantidades ingeridas debido a la mayor frecuencia de los actos de bebida, que en muchos casos se realiza como preludeo o acompañamiento a la comida o la cena.

El de los jóvenes es, por el contrario, un consumo que sigue otras pautas de regularidad, ya que se producen pocas ocasiones de bebida durante la semana, pero que se multiplica notablemente los fines de semana, o al menos los sábados. Es un consumo que se realiza sobre todo en horas noc-

turnas, centrado en bebidas no tradicionales en Asturias como son la cerveza y los licores solos o en combinación. Y ello teniendo en cuenta que el viernes se ha tomado como día laborable.

## 7.- ¿PORQUÉ SE BEBE?

La pregunta nº 30 del Cuestionario consiste en una serie de posibles razones que pueden ser consideradas como los motivos principales para beber alcohol. Aunque difícilmente se puede ser exhaustivo con una pregunta de este tipo, puesto que no se bebe siempre por los mismos motivos, sobre todo si hablamos de distintos productos, momentos, situaciones y personas, se creyó importante realizar un acercamiento a las motivaciones principales que se utilizan para justificar los actos de bebida.

La pregunta tenía la forma de una batería con nueve posibilidades de respuesta, además de abrir la posibilidad de apuntar otras no incluidas en ella. Solamente se planteaba a aquellos encuestados y encuestadas que hubiesen declarado haber bebido en el último año, aunque sólo fuera ocasionalmente, y también a los ex-bebedores. Esto representa un 88 % de la muestra. Se pedía que se eligiesen las tres razones principales por las que beben o bebían, pero sin orden de prelación. Esto obliga a que el análisis deba realizarse como respuesta múltiple, sumando todas las opciones escogidas, sin tener en cuenta el orden, puesto que éste sólo refleja colocación de los ítems. Por ello la suma de los porcentajes expuestos es superior cien, ya que se están utilizando los porcentajes acumulados para cada una de las respuestas, sumando las obtenidas en las tres columnas.

Los resultados se exponen en la TABLA 8, aunque de las nueve razones que se ofrecían, únicamente analizamos las seis que han obtenido más de un 10% de respuestas acumuladas. 585 encuestados dieron tres razones para beber, 186 dieron dos y 113 sólo una. Las tres razones que menos han sido escogidas (y que no figuran en la tabla) fueron: relaciones de trabajo (7,4 %), para olvidar (3,3 %) y para emborracharse (2,4%). Quizás sea especialmente significativa esta última opción, que plantea que la borrachera es aparentemente un resultado no querido del consumo de alcohol. Esto resulta bastante curioso, si se tiene en cuenta que el consumo excesivo de fin de semana, sobre todo de

licores destilados, por la noche y sin acompañamiento de comida produce muy fácilmente este resultado. Sólo declaran como razón para beber el emborracharse un 2,7% de los jóvenes; 3,1 % de los solteros y un 3,2 % de los estudiantes.

Parece existir en ellos una idea de reto frente a la bebida, de tal manera que el saber beber sin caer en la embriaguez, el control sobre la bebida (tantas veces refutado por la práctica) supone una frontera social entre la infancia y la juventud. De esta manera, el consumo de alcohol se convierte en un elemento fundamental del acceso a la edad adulta.

Yendo a los resultados expuestos en la TABLA 8, nos encontramos en primer lugar que la respuesta más citada por todos los encuestados (dos tercios de los mismos la mencionan) es que beben para celebrar ocasiones especiales. Esta respuesta confirma una apreciación de sentido común acerca de uno de los papeles que las bebidas alcohólicas juegan en las culturas latinas, y dentro de ellas en la española. Y este es el de elemento fundamental en

toda reunión familiar o de amigos, cumpleaños, aniversarios, fiestas, reuniones, visitas. Este papel asociado a los momentos de celebración más importantes dentro de la familia y de las amistades confiere a las bebidas alcohólicas (sobre todo a algunas de ellas) una imagen muy positiva, que se ve reforzada y agrandada por los mensajes publicitarios. Esto se va aprendiendo desde la infancia, puesto que los niños perciben con claridad la alta estimación que los adultos conceden a ciertas bebidas alcohólicas en sus reuniones y celebraciones, y, por extensión, con los momentos de ocio.

Además, si el niño no puede acceder al uso de las bebidas alcohólicas claramente lo asocia con la edad adulta, favoreciendo así que la prueba de dicho productos se convierta en una especie de rito de paso o de iniciación. De hecho, es dentro de las fiestas y celebraciones familiares donde se suele producir la iniciación en la bebida de los más jóvenes.

No es de extrañar que sean las mujeres (74%),

**TABLA 8: Razones para beber (porcentajes acumulados)**

	<i>OCASIONES ESPECIALES</i>	<i>ESTAR CON LOS AMIGOS</i>	<i>ACOMPañAR COMIDA</i>	<i>LE GUSTA EL SABOR BEBIDA</i>	<i>PARA DIVERTIRSE</i>	<i>PARA ANIMARSE RELAJARSE</i>	
TOTAL	67,2	55,3	55,2	22,9	20,2	16,2	884
<i>SEXO</i>							
Varón	61,0	59,0	57,3	25,2	22,6	18,0	461
Mujer	74,0	51,3	53,0	20,3	17,3	14,7	423
<i>EDAD</i>							
15-29 años	65,4	60,7	35,2	27,5	32,2	26,5	298
30-45 años	67,9	53,8	58,8	22,0	16,4	11,6	318
46-65 años	68,3	51,1	73,1	18,7	10,8	10,8	268
<i>ESTUDIOS</i>							
Primarios	71,4	50,4	60,5	17,0	16,5	11,1	423
Bachiller	68,5	63,4	46,3	27,3	23,6	22,2	216
FP	56,3	aD,9	56,3	27,6	18,4	16,1	87
Universidad	59,9	54,8	52,9	29,9	25	22,9	157
<i>SITUACION LABORAL</i>							
Ocupado	65,7	56,9	61,5	23,1	20,1	14,6	364
Parado	55,9	57,8	42,2	29,4	25,5	22,5	102
Pensionista	64,3	57,1	69,4	22,4	9,2	9,2	98
Estudiante	68,4	62,0	30,4	26,6	35,4	29,1	158
Ama de casa	79,5	42,3	64,7	13,5	7,1	7,7	156
<i>CONSUMO DE ALCOHOL</i>							
Moderado	65,0	60,0	54,2	29,2	18,7	16,3	520
Alto	47,1	62,7	52,9	45,1	29,4	21,6	
Excesivo	43,3	70,0	60,0	23,3	43,3	26,7	

las amas de casa (79,5 %), los casados (71,3 %) y los que tienen estudios primarios (71,4 %) los que más asocian el consumo de alcohol con las ocasiones especiales, puesto que ese es su principal motivo para beber. En cambio, sólo un 43,3 % de los bebedores excesivos lo escoge para justificar su hábito.

En segundo lugar, hay dos razones que son elegidas por algo más de la mitad de la muestra como las principales para beber, y que son: para estar con los amigos (55,3 %) y para acompañar la comida (55,2 %). La primera de ellas refuerza el componente social que tiene el consumo de alcohol: para algo más de la mitad de los asturianos la bebida se asocia claramente con el tiempo libre que se dedica a estar con los amigos y amigas. Puede decirse que es una extensión de la primera razón, que refuerza su papel de vínculo, de facilitador social que tiene en culturas muy permisivas hacia su consumo, como la española.

Esta razón es más importante para los jóvenes (60,7%), los estudiantes (62,0 %), los que tienen estudios de bachiller (63,4 %) o Formación Profesional (60,9%) y los consumidores altos (62,7%) y excesivos (70,0%). En cambio es menos importante para las mujeres (51,7 %), los más mayores (51,1 %) y las amas de casa (42,3%).

Ello es coherente con algunas de las actividades de tiempo libre más realizadas, por los encuestados (pregunta nº 14). Los resultados son bastante parecidos en ambas actividades, especialmente en lo que se refiere a la asistencia a bares y salir con amigos semanalmente, que son practicados por un 44 % de la muestra, y que varía casi de la misma manera al cruzarla con las distintas variables empleadas. Se percibe que casi uno de cada cinco encuestados sale con sus amigos/as a diario, por una de cada seis que va a bares diariamente. Ello hace pensar que ambas actividades están relacionadas, y que los bares se configuran como los centros de reunión preferentes de tiempo libre para la mayor parte de los jóvenes y adultos asturianos urbanos.

La asistencia diaria a bares es mayor en los hombres (23,3 %) que en las mujeres (9,0 %); en los más adultos (21,4 %) que en los más jóvenes (13,6 %); aunque aquellos también son los que mayoritariamente (52,6%) no van nunca o casi nunca. Esto se repite con los pensionistas y jubilados, ya que un 30,8 % de ellos van a diario a bares, mien-

tras que 46,8 % sólo van mensualmente o menos. Probablemente en esto influyan razones de género.

Los jóvenes (31,2 %) y los estudiantes (30,6 %) son los que más salen con sus amigos y amigas a diario, y también los que más van con ellos con una periodicidad semanal (54,6% y 64,2% respectivamente), mientras que las amas de casa son las que con menos frecuencia salen con sus amigas (53,8% lo hacen mensualmente o menos). La mitad de los bebedores altos y excesivos declaran que van a diario a bares, y otro tercio lo hace al menos con periodicidad semanal.

Se configura, por tanto, una imagen de la bebida como acto social, que forma parte importante de tiempo libre de las personas y de sus relaciones sociales, ya sean familiares o de amistad. En estas últimas se percibe claramente una preferencia por los bares como lugares de reunión y consumo de alcohol, especialmente para los hombres y los más jóvenes.

## 8.- EDAD DE INICIO EN LA BEBIDA

La pregunta nº 28 del cuestionario hace referencia a la edad en que el encuestado probó por primera vez una bebida alcohólica. Lógicamente sólo se realizó a los que declararon haberlas probado, un 86% de la muestra. Los resultados se exponen en la TABLA 9, expresados en medias de años, e incluyendo también la desviación típica. Puede verse que la edad media de iniciación en el consumo de alcohol es de 16 años para el total de la muestra, con una desviación típica de  $\pm 4$  años. Es de resaltar que prácticamente no influyen en dicha media el lugar de residencia ni el nivel de estudios.

Si lo hacen, en cambio, el sexo, la edad y la tipología de bebedores. Respecto al sexo se obtiene que los varones se inician por término medio dos años antes que las mujeres, esto es, a los 15 años, frente a los 17 de ellas. La edad media de iniciación disminuye con la edad: los más jóvenes declaran mayoritariamente haberse iniciado a los 14 años, lo mismo que los estudiantes (que lógicamente se recogen sobre todo en este grupo de edad). Este parece ser un dato importante a tener en cuenta en las campañas de prevención, puesto que cuanto más temprano

	<i>MEDIA</i>	<i>DESVIACIÓN TÍPICA</i>	<i>N</i>
TOTAL	16	4	863
<i>SEXO</i>			
Varón	15	4	449
Mujer	17	4	414
<i>GRUPOS DE EDAD</i>			
15-29 años	14	3	297
30-45 años	16	4	309
46-65 años	17	5	257
<i>LUGAR DE RESIDENCIA</i>			
Gijón	16	4	326
Oviedo	16	4	243
Avilés	16	3	112
Resto	16	4	182
<i>NIVEL DE ESTUDIOS</i>			
Primarios	16	5	412
Bachiller	16	3	214
FP	15	3	82
Universidad	16	4	154
<i>SITUACION LABORAL</i>			
Ocupado	16	4	358
Parado	15	3	99
Pensionista	16	4	95
Estudiante	14	3	157
Ama de casa	18	5	148
<i>RELIGIOSIDAD</i>			
Católico p.	17	4	210
Católico no p.	16	4	476
No creyente	15	4	143
Otros	17	3	34
<i>CONSUMO DE TABACO</i>			
Diario	16	4	338
Ocasional	16	3	51
Nunca	16	4	335
Lo dejó	16	3	138
<i>CONSUMO DE ALCOHOL</i>			
Ex-bebedor	17	4	36
Excepcional	17	4	248
Moderado	16	4	498
Alto	15	5	50
Excesivo	15	5	31

### CUADRO 8: Media y desviación típica de edad de inicio en la bebida en años

sea el inicio en el consumo de drogas o de alcohol, más probabilidades hay de que surjan problemas con dichos consumos, o que se transformen en abuso.

De hecho, esto se ve confirmado por el dato de que cuanto más alto es el consumo, antes se

ha iniciado el bebedor. Así, se obtiene que los bebedores altos y excesivos se han iniciado a los 15 años, un año antes que los bebedores moderados y dos antes que los excepcionales y los ex bebedores.

## 9.- CONCLUSIONES

Como resumen y conclusión del estudio realizado podemos destacar lo siguiente:

- El consumo de alcohol potencialmente más peligroso, el alto y excesivo, se sitúa en los últimos años en torno al 8% de la población adulta urbana asturiana, esto es, aproximadamente dos puntos por debajo del total nacional según las Encuestas Nacionales de Salud. Ello supone un colectivo de unas 40.000 personas dentro de ese ámbito poblacional.

- El perfil del consumidor excesivo está formado por varones de mediana edad, con estudios como mínimo de bachiller o FP, en situación laboral de ocupado, parado o pensionista, especialmente entre los que no tienen creencias religiosas y son fumadores.

- Con la edad aumenta el número de ex-bebedores y disminuye la frecuencia del consumo de alcohol. Al mismo tiempo, el consumo diario es típicamente varonil (uno de cada cuatro hombres bebe a diario) y de la mediana edad. Los más jóvenes tienden a ser sobre todo bebedores intermitentes de fin de semana.

- El producto alcohólico consumido por mayor número de personas es el vino, seguido por la sidra, los licores destilados y en último lugar la cerveza.

El comportamiento varía según el sexo (en las mujeres casi se igualan el vino y la sidra, a distancia de los licores y la cerveza) y la edad (los más jóvenes son los que más consumen cerveza y licores, mientras que los más adultos son sobre todo consumidores de vino)

- Se confirma un patrón distintivo de consu-

mo entre jóvenes y adultos. Los primeros son consumidores intermitentes de fin de semana, fuera de casa, en bares y otros locales públicos en compañía de amigos y amigas. Se obtiene una mayor frecuencia de borracheras en este colectivo. Los adultos son sobre todo consumidores de vino en las comidas, aunque también fuera del hogar. Su consumo total es más elevado, pero también más regular, obteniéndose menor frecuencia de borracheras.

- La media de edad de inicio en el alcohol está en los 16 años, siendo inferior para los hombres que para las mujeres, aunque se observa un claro descenso en los más jóvenes, para quienes es de 14 años.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO FERNÁNDEZ, F. (1998) Los secretos del alcoholismo (Madrid: Ediciones Libertarias).
- BASABE, N., PÁEZ, D. y cols. (1992) Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales (Bilbao: Fundamentos)
- BAUDRILLARD, J. (1974) La sociedad de consumo (Barcelona: Plaza y Janés).
- BRAUDEL, F. (1994) Bebidas y excitantes (Madrid: Alianza)
- BRAVO ABAD, F. Y BRAVO PLASENCIA, J.M. (1993) Consumo moderado de bebidas alcohólicas: salud y civilización (Madrid: INESIBA).
- COLEGIO DE SOCIÓLOGOS Y POLITÓLOGOS (1993) Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales (Madrid).
- COMAS, D. (1985) El uso de drogas en la juventud (Madrid: Instituto de la Juventud).
- CONSEJERÍA DE SALUD. COMUNIDAD DE MADRID (1993) La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid (Madrid: Documento técnico de Salud Pública nº 9).
- EDIS (1990) Hábitos de consumo de bebidas alcohólicas en Asturias (Oviedo: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias).
- ESCOHOTADO, A. (1989) Historia de las drogas (Madrid: Alianza)
- ELZO J. y cols. (1994) Alcoholismo juvenil. Reflexiones y sugerencias de actuación ante una realidad contrastada (Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias).
- FREUD S. (1984) El malestar en la Cultura (Madrid: Alianza).
- GIL CALVO. (1991) Estado de fiesta (Madrid: Espasa).
- GOODE, E. (1993) Drugs in American Society (San Francisco: McGraw-Hill)
- INE (1992) Encuesta continua de presupuestos familiares. Metodología y resultados (Madrid).
- MAPA, Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación (1993) La alimentación en España 1992 (Madrid).
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (varios años) Encuesta Nacional de Salud (Madrid).
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1992) Estudio de los estilos de vida de la población adulta española (Madrid).
- MOSER, J.; ROOTMAN, I. y cols. (1985-a) Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar las soluciones adecuadas (Ginebra: OMS, Publicación offset 81).
- MOSER, J. ed. (1985-b) Políticas sobre el alcohol en la planificación de la salud y el desarrollo (Ginebra: OMS, Publicación offset nº 89).
- NAKKEN, C. (1988) The addictive personality (San Francisco: Harper Collins)
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1993) Alcohol and Health (Eighth Special Report to the US Congress)

# Implicaciones sociofamiliares de la dependencia a alcohol y drogas.

Andrés Cabero Alvarez

*Psicólogo Clínico*

*Centro de Salud Mental de Teatinos (SESPA)*

*Oviedo*

## INTRODUCCION

Nos encontramos en el contexto de un seminario, un espacio para la reflexión y el debate.

Un título demasiado ambicioso. Trataré de contar unas cuantas ideas sobre el proceso adictivo.

### A) Implicaciones sociales

La diversificada red de asistencia a toxicómanos, y otras instituciones como la justicia (que sanciona las consecuencias derivadas de ese consumo) forman un subsistema que gestiona el intrincado problema social de las drogas. Gran parte de esta complicación viene derivada del proceso de criminalización del fenómeno adictivo, que convierte a muchos adolescentes en delinquentes, además de ser personas adictas a determinadas sustancias.

Por otro lado carecemos de un modelo conceptual clarificador y homogéneo de la dinámica adictiva. Sólo tenemos que fijarnos en la convivencia de los profesionales de la salud con comunidades religiosas o pseudoreligiosas, en el campo de la atención a drogodependientes. En una ocasión, en un tribunal de una plaza para trabajar sobre toxicomanías a la que me presenté, un miembro del tribunal me aseguró que la sidra natural hecha en casa no tenía alcohol y por tanto no podía convertir en alcohólico al que la consumiera en exceso. Me tuvieron que dar un vaso de agua para poder continuar la entrevista.

Otra consecuencia social es el tráfico ideológico con el consumo de drogas: políticas de control policial en Latinoamérica. Los estudio-

sos del tema descubren en el manejo del asunto de las drogas un vehículo para la propagación de un modelo socioeconómico, para implantar políticas de control policial y militar. Léase ayudas a los países que más han hecho en la lucha contra la droga, ignorando la fragilidad democrática que vive el país. Léase un apoyo económico y técnico a infraestructuras político militares de Sudamérica, mientras la mayoría de la población vive en condiciones de pobreza extrema. Es la coartada para un despliegue militar, económico e ideológico.

El funcionamiento de algunas comunidades terapéuticas, avaladas socialmente y administrativamente, en las cuales las cartas no se pueden recibir en 45 días, (después las abren y ojean delante de la persona ingresada) ni comunicación con el exterior. Si tu pareja es también adicta, aunque estés casado, pueden llegar a estar varios meses sin verse. El modelo terapéutico está basado en entrenamientos de academia militar: no pueden apoyarse en la pared, prohibido hablar de política o religión, mucho castigo físico y poca cultura (no importa que salgan tan analfabetos como entraron). Además conviven alcohólicos, toxicómanos, con psicóticos y bulímicos graves, delinquentes con personas sin antecedentes delictivos. Un nuevo cajón de sastre de personas fuera del circuito social normalizado tratados como ciudadanos de segunda. O la entrada por la puerta de atrás de actuaciones cuando menos dudosas para el derecho común y de discutible ética clínica.

Existe una necesidad de que todos hagamos un esfuerzo por realizar un continuum evaluatorio y asistencial de las drogas legales e

ilegales. Esto presupone no aislar el hábito de consumir drogas ilegales del resto de las drogas en sus aspectos psicológico, sociológico, político, económico o asistencial. Estos consumos suceden al mismo tiempo, para el mismo grupo social, en las mismas familias, y también en el mismo individuo. Es decir la sociedad policonsume, la familia policonsume y el individuo policonsume. ¿No es suficiente la fuerza de la evidencia para enfocarlo globalmente?

## B) Aspectos familiares

Los adictos que vemos en las consultas tienen una clara pseudoindividuaación de su familia de origen, parece que tienen una cierta función en el sistema familiar, y que la familia se organiza en torno al problema. Por ejemplo en muchas ocasiones les dan dinero, sabiendo que es para consumir: padres, abuelos, hermanos etc. Los adictos son expertos en promover desacuerdos entre las instancias que asumen responsabilidades, como ya hicieron entre sus padres

El hecho de que un miembro de la familia fume implica un mayor consumo de drogas para el escolar de enseñanzas medias, primero el tabaco, luego el cannabis, los psicotropos, alcohol y café; aunque no se relaciona con el consumo de medicamentos y otras drogas ilegales.

Las familias están muy desinformadas y comparten estereotipos culturales que en algunos casos los adictos contribuyen a fomentar en su familia: por ejemplo el síndrome de abstinencia.

Parece que los hermanos mayores corren menor riesgo.

Si la familia es incompleta en cuanto que falta uno de los progenitores, sobre todo si es el padre, aumenta el riesgo de consumo de sustancias.

Los niños son forzados en las familias a ser fumadores pasivos, asociado al aumento de patologías asmáticas etc.; o suministrarles tranquilizantes en la primera infancia cuando presentan un problema para comer o dormir, en vez de adoptar un enfoque más educativo y de apoyo a los padres.

Los hijos de los adictos también sufren

sobre su desarrollo los efectos de la adicción, en ocasiones en aspectos carenciales y en otros como malos tratos, abusos etc.

Pérez y Mejía (1998) estudiaron a 177 familias donde no había consumidores, encontrando familias donde:

- se daba un fluido intercambio de experiencias mutuas en torno a un acuerdo sobre rituales básicos para la familia.
- existía una ausencia de desautorizaciones entre padres, roles definidos y
- unos patrones de crianza e interacción definidos, que proporcionan un marco de referencia estable.
- era notable el grado de autonomía de sus miembros.

Eso sí no hay familias perfectas, los rasgos negativos y positivos se equilibran para hacer frente a las diversas peripecias de la vida cotidiana.

## FAMILIAS MULTIAGENCIA. FRAGMENTACION DE LAS FAMILIAS Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Desde la epistemología sistémica se analizan los factores contextuales de la conducta sintomática, ampliando el análisis del individuo a la familia, a su grupo social de referencia y a los agentes asistenciales que intervienen.

Este punto de vista es relevante para el trabajo práctico con familias de adictos que muestran una elevada frecuencia e intensidad de contactos con agentes sociales, judiciales y sanitarios.

Desarrollando intervenciones con este modelo nacen desde el inicio propuestas de trabajo (Minuchin y Montalvo, 1974) hasta más recientemente (Coletti y Linares, 1997) que consideran la realidad del alto nivel de desorganización y fragmentación de estas familias denominadas multiproblemáticas, multiagencia, que suelen ser de un nivel socioeconómico bajo.

A esta dificultad organizacional suele

añadirse la presentación de la demanda en contextos no terapéuticos. En este sentido algunos autores como Cirillo (1994), aportan modos de trabajo con estas familias donde se superponen los problemas (pobreza, psicopatología, más adicciones...) y los intentos de solución (asistentes sociales, psicólogos, médicos, jueces), y donde el marco de intervención se complica cada vez con más actores que enmarañan la respuesta asistencial.

Cirillo postula que, en las situaciones de derivación de diversas agencias sociosanitarias, el encargado del caso y el usuario se encuentran encerrados en un dilema: el experto nunca sabe si el usuario acude voluntariamente o coaccionado y el usuario no sabe si el profesional está tratando de ayudarlo o de ayudar a la institución a cumplir sus objetivos. Para salir de esta situación propone usar el poder que tiene el experto (disponiendo de recursos asistenciales, realizando una evaluación) para modificar de hecho las pautas relacionales que mantienen el problema. Del mismo modo valora la petición de asistencia como el último movimiento del juego familiar, en la línea del modelo de Selvini (1990), desvelando y cambiando los "juegos familiares" que aprisionan a la familia en una espiral recursiva de recaídas y peticiones ayuda.

En estas familias hay que explorar la red social relevante para el problema, en la cual típicamente el número e intensidad de contacto con profesionales es inversamente proporcional a los contactos con la red social (familiares, amigos), es decir se va ensanchando la red relacional asistencial a medida que disminuyen las personas cercanas en la familia o en la comunidad. Una intervención adecuada, basada en estos presupuestos requiere:

- realizar un diagnóstico preciso de esta situación
- esforzarse por invertirlo, ampliando su red social
- integrar los diversos agentes psicosociales vinculados al caso, que han sido reclu-

tados por la familia a través de sus cíclicas solicitudes de delegación.

Como describe Coletti (1987,1997) y Selvini (1990) los problemas residen en las posiciones de enfrentamiento o de sumisión que detentan los distintos profesionales entre sí, así como descalificaciones mutuas, coaliciones entre miembros de la familia y los diversos agentes sociosanitarios. El método de intervención consiste en fijar previamente espacios y tiempos con la red profesional para proponer e integrar nuestra intervención, estableciendo los canales y niveles comunicativos necesarios. Y ojo avizor para no caer en escaladas con otros miembros de la red profesional, o encontrarse inmerso en triangulaciones sin enterarte. La norma es la cooperación.

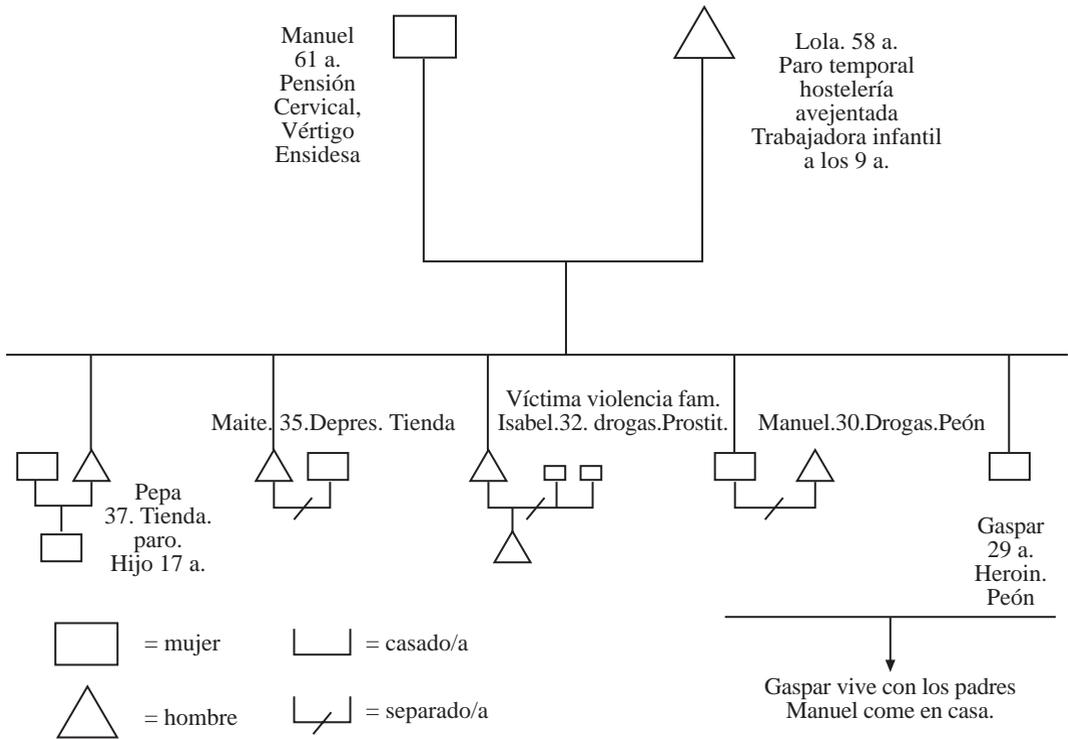
Es evidente la complejidad de este ineludible trabajo, cuyo objetivo a largo plazo es cambiar la cultura de las instituciones, no solamente por la multiplicidad de personas relevantes y la complicación exponencial de posibles situaciones relacionales, cambiantes además en el tiempo, si no también por la necesidad de incluirse uno mismo y el equipo en la trama descrita.

## **FAMILIAS CULPABLES E INSTITUCIONES SALVADORAS PROPONEN UN ADICTO IRRESPONSABLE**

### **Ejemplo**

En el mapa familiar o genograma de este grupo familiar observamos algunas de las características familiares descritas en esta presentación. Principalmente la acumulación de problemas: tres hijos heroinómanos, una de ellas (Isabel) con temporadas de prostitución y casada en primeras nupcias con un marido violento (peligroso socialmente, condenas de cárcel). Los otros dos (Manuel y Gaspar) también son adictos de larga data. Gaspar ha pasado por la cárcel, tuvo varias sobredosis y la relación con Manuel, el siguiente de la patria, es de gran rivalidad. También vemos que sólo la hija

## GENOGRAMA



mayor tiene una vida estable, típica de familias donde se produce la pseudoindividua-ción: Maite está separada, con depresiones, aunque mantiene un trabajo; Isabel, además de lo citado, cedió a su hija a los abuelos el primer año, pasó peligro de muerte y estuvo desaparecida; Manuel, mientras estuvo casado comía con su mujer a diario en casa de su madre, y ahora, separado, volvió al hogar; Gaspar, el más pequeño y más cercano a su madre, sólo vivió fuera de la casa familiar cuando estuvo en la cárcel. Los dos últimos han desarrollada su capacidad laboral, trabajando de peones en la construcción temporalmente.

La entrada en este sistema familiar se produce a través de Lola, la madre. Esta mujer, analfabeta funcional, comenzó a trabajar a la edad de 9 años, realizó jornadas durante muchos años de 14 horas, más

las faenas domésticas. Gastó todo el patrimonio familiar en pagar la droga, para evitar que los hijos fueran a la cárcel, y en diversos centros de tratamiento para ellos. En los grupos de padres en los que participó o la echaban o se marchaba ella, dejándole un buen poso de culpabilidad, también el marido y alguno de sus hijos la acusan de tapan a los adictos, sobre manera a Gaspar. Presionó a su marido Manuel para vender el piso y gastarlo en droga y /o tratamiento, llevando a la familia a la bancarrota. A tratamiento psiquiátrico, profundamente depresiva, con intensas ideas suicidas, en ocasiones cree que la señalan por la calle como madre de los toxicómanos y cuando se queda sola en casa siente la presencia de alguien y los pies de su padre se le aparecen por las esquinas. Lola achaca a la droga los males que padece: se entregó

totalmente y fracasó en su intento de que sus hijos salieran de la droga y no fueran a la cárcel.

La primera intervención, en presencia de Pepa, es aceptar su lectura de que la culpa de todo la tiene la droga, no ella. No obstante se le señala que no consiguió sus objetivos con los métodos hasta ahora empleados. No es culpa de ella, es el método el inadecuado. Acordamos buscar conjuntamente otros métodos.

La segunda intervención, individualmente con Lola, es abordar un tema central en la familia: la muerte. Sobredosis de Gaspar (Lola le salvó varias veces de muerte, incluso una vez le tapó la cara con una sábana dándole por muerto); ideas suicidas de Lola; Isabel que sufre maltrato físico y amenazas de asesinato; el padre de Lola, fallecido hace años, que se le aparece por casa; y en el momento del ciclo vital familiar que corresponde encarar la jubilación y la vejez. Hablando con ella de este tema relata, además de una infancia digna de una novela de Dickens, una relación muy especial con su padre, cuya muerte no acaba de superar. Cuenta uno de sus grandes problemas con Gaspar: el nombre se lo puso el abuelo materno sin que ella se enterase y ahora al tratar con su hijo revive una larga serie de personas fallecidas a corta edad que también se llamaban Gaspar. La lista no es despreciable: un hermano del abuelo materno, muerto a los 20 años; un hermano de Lola, muerto de meningitis a los 9 años, y al que le obligaron a besar en la caja siendo niña; otro hermano de Lola que falleció a los 9 meses; y un ahijado del padre (primo de Lola) que murió en un accidente de camión siendo joven. Todos se llamaban Gaspar. Por supuesto Lola va siempre de negro.

Intervenir sobre este problema no es fácil, se le reconoce la tremenda dificultad que encierra, y se comienza con un lento ritual de duelo por la muerte de su padre (tiene varias cajas con cosas su padre, tanto la casa como ella están siempre de luto etc.). El tema del nombre se pospone hasta que se nos ocurra alguna idea.

## **TRANSMISION INTERGENERA-**

## **CIONAL: ALCOHOL- HEROÍNA. DIFERENTES COLLARES, SIMILARES PATRONES RELACIONALES**

¿Porqué muchos hijos/ nietos de alcohólicos son alcohólicos o toxicómanos? ¿Y muchas hijas de alcohólicos se casan con alcohólicos, o hermanas de toxicómanos se ennovian con toxicómanos?

La idea básica es que los rígidos rituales que dominan la vida de estas familias preparan a sus miembros para enfrentar nuevos retos relacionales que resulten acordes con sus propias reglas para las relaciones. Como si el aprendizaje relacional en sus familias de origen les hiciera elegir nuevas relaciones que se basen en las pautas que ellos conocen. Estas normas se pueden transmitir de generación en generación.

STEINGLASS y cols(1989) postulan que el alcoholismo y las conductas vinculadas a él se han convertido en principios organizadores centrales en torno a los cuales se estructura la vida de la familia.

En estas familias se incrementan las conductas reguladoras, atenuando el proceso de crecimiento personal y familiar.

Ejemplos de conductas reguladoras son: rutinas (comida, sueño, tareas de casa, horarios...); rituales en la familia como las reuniones familiares de las Navidades u otras. Se distinguen áreas de ritualización y niveles de ritualización.

El ciclo embriaguez- sobriedad del alcoholismo invade estas conductas reguladoras, alterándolas profundamente, por ejemplo similar al impacto de horarios de trabajo muy cambiantes, que a algunas familias las desestructura.

Las modificaciones que hace la familia para adaptarse a ese ciclo refuerzan la identidad de esa familia como alcohólica.

El estado interaccional de la embriaguez. Con relación al ciclo embriaguez- sobriedad se pone en marcha una serie "compleja pero predecible de interacciones entre los miembros de la familia", pautas que se repiten constantemente.

Por ejemplo, cuando el alcohol está

presente:

- la familia o se compromete o se descompromete,
- las conductas y afectos se vuelven más estereotipados, más pobres.
- la familia se rigidifica;
- la familia responde rápidamente (solución de problemas a corto plazo) a cualquier desafío del status quo;
- Osea se vuelven predominantemente homeostáticos;
- inflexible en su pauta de respuestas.

Este proceso es circular a lo largo del tiempo, esto en realidad representa un manejo anticipado de las dificultades, tensiones, afectos, problemas, que nunca llegan a hacer "crack" precisamente por el estado interaccional de la embriaguez. Incluso se pueden ver en algunas familias que todo continúa funcionando igual, excepto por el consumo de alcohol del paciente identificado, conocido como "alcoholismo seco".

Desde este punto de vista de la transmisión intergeneracional del alcoholismo, aún asumiendo un cierto componente genético en algunas formas de alcoholismo, la conducta ritual puede ser una variable marcadora para la familia. A mayor decisión de la familia de proteger los rituales familiares del alcoholismo, disminuye la probabilidad de transmisión intergeneracional del alcoholismo.

Estos hallazgos apoyan el uso de métodos terapéuticos típicos del modelo sistémico como la metodología de rituales y ritos en la familia, que han demostrado su eficacia en el tratamiento de familias de alcohólicos. (Imber-Black, Rober y Whitting, 1991). También apoyan la creación de espacios nuevos de diálogo en la familia, contando con técnicas del rol playng, entrenamiento en comunicación etc., proveniente de otras escuelas

EL CRONOGRAMA DE LA PÁGINA SIGUIENTE ES DE LOS QUE HACEN REPENSAR LAS COSAS:

Octubre 1963. El matrimonio vive en Avilés.

Abril 1965 nace Luis.

1966. Cambio de domicilio a un pueblo del concejo.

Marzo 1967 nace Ramón. A los 15 días de nacer se ahogó con el biberón, llegó al médico sin conocimiento, le pusieron una inyección para llegar al hospital central de Asturias, donde ya llegó bien. Un día en observación. Estaba siempre nervioso y le daban un jarabe para calmarlo, le subía mucho la temperatura. Con tres años se escondió dos veces y al llamarle no contestaba. Cuando se le preguntaba no contestaba o decía que no contestaba porque no quería. Desde muy pequeño hacía trastadas y mentía, se le reñía y castigaba.

1969. Nace Asun, la hermana.

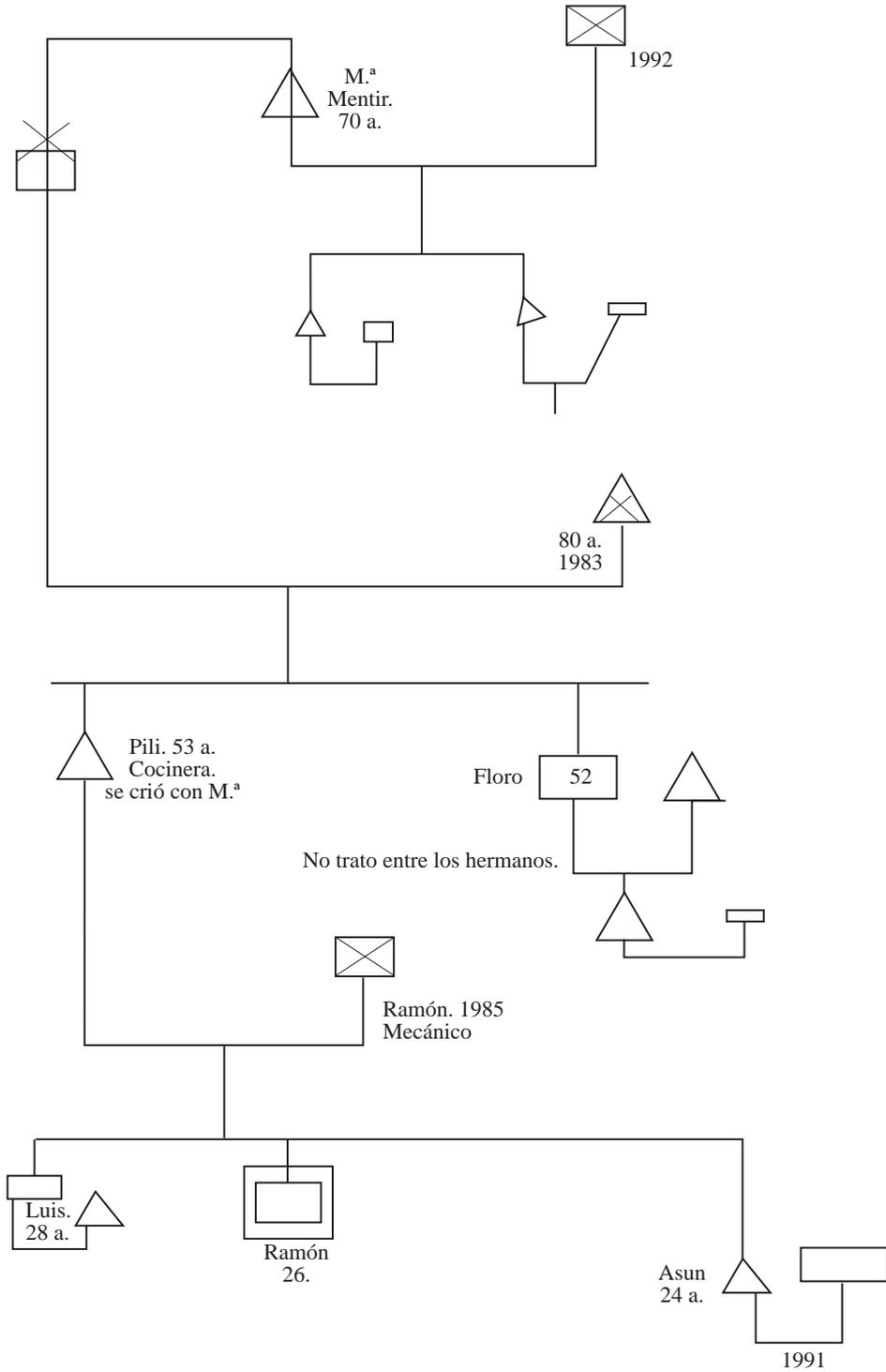
1970. Cambio de domicilio. Ramón tiene tres años y medio. Viven en un cuartel en un pueblo de otro concejo. Para aprender las letras hubo que pegarle porque no quería aprenderlas y las hacía al revés. Para aprender el catecismo no quería y decía que hasta que no le pegaran no lo aprendía. Seguía armando trastadas y mintiendo, se le reñía, castigaba y pegaba en algunas ocasiones.

1973. Cogió una borrachera y cuenta la familia (riéndose de la trastada mientras lo cuenta) cómo arrastró unas lecheras y vertía el contenido, para a continuación repetir la secuencia de ocultamiento- descubrimiento- castigo- levantamiento del mismo. Luis fue a vivir con los abuelos maternos, para proteger a la abuela del abuelo. Vivió alternando con casa de sus padres a temporadas, escolarizado, junto con Ramón, en el colegio S. Luis, afamado por su dureza y especializado en niños difíciles, hasta los 17 años. Decía Luis: me querían echar de la familia.

1974. En agosto cambio de domicilio. A otro pueblo del mismo concejo. Fallecen los abuelos de los chicos.

1975. En junio cambio de domicilio. Vuelven a Avilés. 8 años Ramón.

1975. Cambio de domicilio. Se mudan al



concejo de al lado. Vivió hasta los 14 años. Cogía dinero a la madre y siempre lo negaba, mentía también en cosas sin importancia.

1978. 11 años. Tienen que sacar a Ramón del colegio porque mojaba la cama. Dice la madre que los profesores eran duros y ella tenía un certificado de los servicios sociales de que la base de lo del chico era el profesorado. Relatan que le costaba relacionarse en la casa, pero que fuera era distinto, era líder, en el fútbol por ejemplo.

Comienza a fumar tabaco en 1979. 12 años.

1980. Ramón inicia el consumo de cannabis.

1981. Cambio de domicilio. A otro pueblo dentro del mismo concejo.

Julio 1981. Cambio de domicilio. A Oviedo, donde residen desde entonces. 14 años.

1983. 16 años. Comienza a dejar la enuresis y encopresis (con menor frecuencia ésta) que tenía "desde siempre". Cuando llegaba a casa sucio la madre le preguntaba y al principio decía siempre que no tenía nada, hasta que se le obligaba a ir al lavabo. Fuma cannabis a diario. Comienza a salir con su hermana, ésta tenía el encargo de vigilar a Ramón, que por otro lado era un buen deportista y jugaba en el juvenil del equipo de fútbol de la ciudad.

1984. 17 años. Comienza a trabajar en el taller de su padre, fruto de un acuerdo entre él y su padre, en contra de la opinión de su madre, al expulsarle del colegio después de repetir curso. Cogía dinero a la madre y en taller a los obreros, y cuando se le descubría siempre lo negaba. Abría latas de conserva para la comida y las comía y las dejaba en la caja vacía, cuando se le preguntaba él nunca había sido. Aprendió pintura y chapa de coches.

1985. Fallece el padre. Ramón comienza a consumir heroína, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, derivados de la morfina. Ingresa en el hospital psiquiátrico (HP) por orden judicial. 18 años.

1987. Ingresa de nuevo en el HP.

1989. Se casa Luis. Se enteran de que

consume drogas.

1990. Luis continúa consumiendo. En septiembre Ramón pide consulta por primera vez en el CSM e ingresa en la Unidad de Desintoxicación.

1990. Noviembre. Luis pide cita en CSM y realiza desintoxicación domiciliaria, sin seguimiento.

1991. Se casa la hermana. La madre pide cita en CSM porque al casarse su hija, que era su apoyo empeoró de "los nervios" (insomnio, tristeza) que tenía desde que falleció el marido en 1985. Se le prescriben ansiolíticos. No vuelve a la siguiente cita.

1992. Va a vivir a la casa Luis y su mujer. Muere el marido de María. En abril Ramón ingresa en el Proyecto Hombre.

1993. Fallece la abuela materna. En julio ingresa Luis en Proyecto Hombre. En septiembre echan a Ramón de la fase de Comunidad. Pide cita de nuevo en el CSM en octubre.

Ramón dio la noticia a la familia y ayudó económicamente (aguantó tres meses en el taller), se enfrentó al socio (dice la madre: Luis siempre fue más caguica que éste), estuvo dos meses con enuresis y encopresis. Pero no contaba que estaba mal ("nadie me podía ayudar"), tenía una gran sensación de vacío, tenía contacto con gente de las drogas y la heroína la veía como una tabla de salvación

Básicamente se estima que el patrón de comunicación repetitivo madre- Ramón desde la primera infancia incluye el impulso a la transgresión y le compromete en su autonomía y equilibrio emocional. El triángulo formado por madre y los hermanos merece especial atención. Uno de los dos hermanos parece que sobra en esa familia.

El patrón relacional, intensa escalada simétrica, constante ocultamiento- vigilancia- descubrimiento- castigo o recriminación- y vuelta a empezar... no hay ni principio ni fin, se nutre de su historia familiar: trastadas, pis y caca, mentir, consumo de drogas. Probablemente tenga un antecedente en la familia extensa materna, donde el abuelo materno bebía y les dio muy mala vida... dicen "de todo". Este patrón es un

principio organizador que estructura la vida familiar.

Existe otro patrón repetitivo en el triángulo descrito: los dos hijos y la madre no pueden estar juntos: cesión de Luis, sacar a Ramón del colegio, no pueden estar los dos en el Proyecto Hombre, ni en el CSM, de hecho nunca llegan a estarlo, la prohibición del proyecto hombre de que esté en casa Ramón cuando Luis vaya a casa a completar el programa redundante en este patrón.

Esta norma de exclusión cuando se dan permisos en el Proyecto Hombre plantea una gran tensión en la familia y refuerza el patrón descrito, cuando lo lógico debería ser un esfuerzo de integración para la familia. Este patrón se mantiene, en la actualidad vive en Bélgica con su mujer.

Corolario: Valorar el impacto de las decisiones asistenciales en la historia familiar

### C) Implicaciones individuales

Desde la observación clínica los consumidores de drogas que acuden a CSM retrospectivamente presentan un patrón repetitivo de problemas psicológicos que en ocasiones se enraízan en la infancia y en todo caso en la adolescencia, caracterizados

- por la baja autoestima,
- estados de ansiedad,
- depresiones
- trastornos psicósomáticos,
- psicosis,

que el adicto trata automedicándose (alcohol, heroína, cocaína etc.) Esto es también cierto para el caso del tabaco, manejado como ansiolítico. O la cafeína, un estimulante cotidiano, usado para combatir la desgana y el desánimo. La siguiente viñeta clínica ilustra este aspecto:

Roger, de 26 años, casado y padre de dos niños (varón de cuatro años y niña de dos), cantero de profesión, en la actualidad parado con subsidio, con un nivel de instrucción de FP-1, sin antecedentes psiquiátricos, acude a consulta para desengancharse de la

heroína, la cual consume desde hace nueve meses. En la actualidad consume heroína y tabaco (40 cigarrillos mínimo, desde los 13 años).

En cuanto a su historia toxicológica, además del tabaco ya mencionado, consumía hachís desde los 16 años, con más o menos asiduidad. No abusó del alcohol, ni de ninguna otra sustancia tóxica, como cocaína, anfetamina o pastillas psicotrópicas.

El motivo de comenzar el consumo de heroína fue porque no encontraba hachís en el mercado, por lo que sus amigos/ conocidos le ofrecían fumar "chinos" en varias ocasiones hasta que acabó probándolo y enganchándose; actualmente consume 2.000 o 3.000 pesetas al día, fumándolo en dos o tres veces, llegando incluso a pedir dinero prestado para mantener la adicción.

Viven con sus padres, de 64 y 62 años. La madre bebe alcohol en exceso desde que él recuerda. Su padre es panadero.

Sus primeros recuerdos de consumo de tabaco se remontan a cuando tenía 10 o 12 años, cuando se encontraba en la cocina de su casa acompañado de su hermana (13 años mayor que él), y ésta le ofrecía cigarrillos para mitigar la ansiedad que sentían mientras su madre, borracha y alborotando, estaba en la parte de arriba de la casa.

La dinámica familiar en la que se desenvuelve el alcoholismo de la madre, favorecido por el horario laboral del padre (noches ocupadas, durmiendo durante el día), y la diferencia de edad con el resto de los hermanos (tiene otro hermano mayor de 41 años, bebedor habitual); continúa en la actualidad y se basa en continuas escapadas de la madre por bares, casas de conocidos y familiares etc., con borracheras que finalizan con desmayos por la calle, alborotos y, en muchas ocasiones, tienen que ir a buscarla.

Podríamos sostener que Roger tiene un problema de ansiedad crónica, que "trata" primero con tabaco, luego con hachís más tabaco y actualmente tabaco más heroína. Es relevante que durante diez años de consumo de drogas ilegales no probara la heroína y en la actualidad lo hiciera en base a la

mayor disponibilidad de ésta en el mercado con respecto al hachís, lo cual nos puede hacer reflexionar sobre las consecuencias de la política criminalizadora de las drogas. Con todos los matices que se quieran, en este caso, y probablemente en muchos otros, no se hubiera iniciado en el consumo de heroína si hubiera un mercado reglamentado, controlado, y legalizado de cannabis. Desde un punto de vista de salud pública de evitar riesgos mayores para la población toxicómana, en este caso se hubiera evitado una adicción de mayores riesgos.

Este caso también muestra que el inicio temprano de consumo de tabaco influye en el consumo de otras sustancias, tanto legales como ilegales. En este caso por ejemplo Roger no abusa de alcohol, como su hermano mayor, pero sí de tabaco, cannabis y ahora heroína.

No sólo es posible, para cambiar positivamente estas dinámicas microsociales, realizar una política sensata, desdramatizadora y descriminalizadora de las drogas (hay que valorar el número de muertes por sobredosis que se producen cada año a causa de la adulteración, o súbita pureza, de las drogas ilegales), sino también es deseable enfocar contextual y globalmente la adolescencia, como en el caso de Roger, que desde los 13 a 16 años realizó su salida adolescente en condiciones de máximo riesgo: hijo pequeño, con diferencia de edad de los hermanos, madre alcohólica, padre semiausente y, probablemente, un servicio asistencial que como mucho prestaría atención puntual a los excesos étlicos maternos y no a la sobreimplicación del Roger adolescente en la resolución del problema familiar.

Hay que discriminar en la población adicta aquellos que son también delincuentes porque forman parte de un colectivo previamente marginal; el adolescente que toma las drogas como un valor de integración grupal y/o transgresión social; y los adictos con problemas psicológicos más severos.

Existe un "factor edad" reconocido por la mayoría de los investigadores de un des-

censo acusado de consumidores a partir de los 35 años de las drogas ilegales (aunque luego consumen analgésicos, tranquilizantes etc.) Por lo que podría hipotetizarse la existencia de un factor de maduración personal para algún tipo de drogas.

Sería preciso estudiar si las dinámicas que llevan o acompañan el inicio del consumo son las mismas, o si no cómo van variando, con respecto a aquellas dinámicas que mantienen la adicción.

El actual proceso de sanitización de las drogas ilegales transmuta al adicto en un enfermo. De esta manera la visión del adicto como víctima lo convierte en irresponsable, y la epistemología social, familiar e introspectiva bascula entre la culpabilización y la victimización. La forma de superar este péndulo o dualismo epistemológico es fomentar la responsabilización mediante la adecuada acción educadora y divulgativa.

También hay heroínómanos que son capaces de dejar por sí solos la heroína. Pallarés (1996) encontró un grupo de exadictos que habían dejado la heroína al margen de las instituciones y de la familia (el 19,5% de una muestra de 41). :

- Perteneían a situaciones sociales medias y altas,
- han mantenido el trabajo
- y son más independientes de la familia de origen.

Parece evidente que los trabajadores debemos promover una mayor integración del adicto en la sociedad, en el sentido de alentar aquello que funciona en estos casos: trabajo, independencia de la familia de origen, reducir la marginalidad y los riesgos.

Desde la perspectiva del GENERO podemos hacer las siguientes consideraciones:

Los varones consumen antes heroína que las mujeres y éstas antes cannabis y pastillas, éstas durante más tiempo.

Se espera de las mujeres que cuiden a sus varones (maridos e hijos) y se les culpabiliza: ser duras con... si no lo son la culpa es de ellas, si son duras es que han obedecido a una buena instrucción. Caso madre calva.

En la adolescencia el mito de la fuerza corresponde con que sean los varones los que más numerosamente recurran al uso de estupefacientes como manera de autoterapia: el consumo de drogas duras es preferido por transgresor, activo; en la mediana edad son varones los alcohólicos (mientras las mujeres consumen más tranquilizantes, para "no molestar"). Las adolescentes mientras caen seducidas por el mito de la belleza, parecen buscar la autoterapia en el propio cuerpo (anorexia-bulimia).

#### **D) Los pares, la adolescencia**

Es relevante la importancia que ejerce el grupo de pares, de iguales (incluidos los hermanos) para entender los motivos del comienzo del consumo (obviando factores "macro" como la publicidad, etc.) en la etapa de la adolescencia y primera juventud (en torno a los 20 años, aunque antes consumen drogas legales). Esta consistencia grupal parece mantenerse, en el sentido de que parece haber un mismo grupo de adolescentes que prueba de todo.

La auténtica crisis no se produce al abandonar el consumo, si no al cambiar de ambiente. La pandilla como punto de referencia.

Se necesita poner en marcha estudios sociológicos para observar y conocer las maneras de consumir en la adolescencia.

Un giro necesario: Preocuparse más por los adolescentes que por las drogas.

La estrategia con los adolescentes debe ir encaminada a estimular sus capacidades de análisis, de reflexión, de capacidad de tomar decisiones, sobre la base de sus propias experiencias.

No podemos olvidar un factor "macro": el papel de la propaganda para el consumo, "toma pepsi": hay que tomar... lo que sea.

Un lugar común, pero a menudo olvidado, que merece la pena recordar: valorar la adolescencia como algo diferente, no como un menor que algo (el adulto) o como etapa problemática por naturaleza.

#### **E) Algunas sugerencias**

Crear una fundación de investigación de la adicción (recomendada por la OIT)

Necesidad de combatir los estereotipos acerca de las drogas (ej. su incurabilidad) en poblaciones significativas (maestros, médicos, personal de SM) ya que las imágenes sociales asociadas al consumo de drogas influyen decisivamente en la manera de abordar el problema y superar la adicción.

El trabajo preventivo debe dirigirse a los grupos intersexuales normalizados de jóvenes.

Con determinado tipo de adictos el objetivo prioritario es mantener el contacto (con los más marginales): educadores de calle

En los abordajes clínicos deben combinarse varias estrategias: por ejemplo Stanton combina la terapia familiar con metadona, el trabajo cognitivo para evitar recaídas y el reconocimiento de la abstinencia condicionada por reforzadores sociales debe incluirse en los tratamientos.

Elevar el nivel de formación de las personas que atienden adictos.

Incluir la colaboración entre agencias (comunidades terapéuticas y CSM); incorporar al trabajo una metodología de intervención con redes.

Realizar una política para la adolescencia, así se podría determinar la evolución contextual del problema, la composición de los grupos y el medio social, no sólo de las adicciones más problemáticas, sino también de aspectos más generales de la adolescencia. Con relación a los estilos de vida y hábitos que se adquieren a esa edad. Poner en marcha centros específicos para adolescentes y sus familias.

Potenciar el asesoramiento a las familias.

Para resumir podríamos postular las siguientes líneas de acción:

- abrir historias clínicas familiares en los centros asistenciales.
- analizar conjuntamente drogas ilegales y legales.
- canalizar desde un punto de vista de salud pública, tanto drogas legales como

ilegales

- considerar el potencial adictivo de cada sustancia, y los patrones de consumo individuales, grupales y intergeneracionales.
- desde nuestra posibilidad de actuación, potenciar una política no penalizadora de las drogas.
- introducir en el nivel educativo y en el de atención primaria programas continuados y evaluados de educación para la salud que fomenten la libertad individual y la responsabilización con conocimiento de los diversos consumos (desde detergentes hasta drogas, pasando por la televisión) y facilitar el acceso y la formación en técnicas de control de estrés y corrección de hábitos.
- necesidad de una política consistente dirigida a la adolescencia, coordinada y enmarcada en los ámbitos social, educativo, sanitario y laboral.

Las consecuencias en la salud pública y en los estilos de vida de las posturas oficiales y profesionales respecto de las drogas son evidentes cuando nos proponemos objetivos más concretos y más posibles, como por ejemplo aumentar la edad de inicio de consumo, disminuir las complicaciones orgánicas y psicológicas de los distintos consumos, reducir las muertes y la infección por SIDA, evitar el negocio sucio y las mafias. Estos criterios son los que tengo en cuenta a la hora de postular una política más liberalizadora de las drogas, con todos los matices precisos. No puedo dejar de decir que tengo en mente el ejemplo de Holanda, donde el porcentaje de VIH por consumo de heroína intravenosa es mínimo, en 9 años la edad media de los adictos subió de 26,8 años a 32,3 años; el número de muertes por sobredosis bajó en 6 años en 34 casos; el % de adictos detenidos por la policía bajó 912 casos en 6 años; el % de adictos menores de 22 años disminuyó en 9 años del 14,6 al 2,5 %; ( datos extraídos del vídeo "drogas y SIDA en Amsterdam" 1991).

Algunos aducirán que estas propuestas

no son viables en nuestro medio, pero hay que considerar que medidas como suministrar metadona bajo determinadas condiciones o distribuir el Kit-anti SIDA son medidas que facilitan un uso de los derivados del opio con menos riesgos para el individuo y el entorno social, criterio que también deberíamos seguir al considerar la posibilidad de despenalizar los derivados del cannabis, como droga blanda y como droga de paso a otras sustancias, con criterios legalizadores y normativos, y no prohibiéndolo con lo que su consumo estigmatiza a franjas de población juvenil, y en todo caso ya existe un mercado estable del mismo como muestran las encuestas existentes.

**PREVENCION:** Preventivamente el terreno educativo es crucial, mentalizando a los padres y educadores de lo importante de fomentar la autoestima, la confianza en sí mismos, la expresión emocional, las estrategias de resolución de conflictos y de problemas, comenzando por los niveles más bajos de edad. Aspectos éstos preventivos en general, pero carencias que los adictos presentan en nuestras consultas. Igualmente importante es el aprendizaje vicario con los modelos de drogas legales de los adultos.

Con los jóvenes la orientación es fomentar una adecuada información y formación acerca de las drogas, sin alarmismos. Presentándolo en un contexto preventivo, en la línea de que la persona debe conocer que si come muchos dulces sin cuidar la higiene bucal, saldrán caries y gastará dinero en dentistas; también deben saber que si toman éxtasis y bailan mucho se deshidratan y deben tener más precaución aún si son hipertensos, si conducen aumentan las probabilidades de un accidente o de quedarse sin carnet o pagar multas... El eje que debe guiar esta política es fomentar la responsabilización a través de una información/ formación desmitificadora y educadora.

## **BIBLIOGRAFÍA**

AYERBE, A; ESPINA, A. y cols. (1996): "Clima

- familiar y pautas de crianza en toxicomanías", en Espina, A; Pumar, B *Terapia familiar sistémica: teoría clínica e investigación*, Madrid, Fundamentos.
- CIRILLO, S. (1994): *El cambio en los contextos no terapéuticos*. Barcelona, Paidós.
- COLETTI, M. (1987): "Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias", en *Comunidad y drogas*, Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- COLETTI, M; LINARES, J.L. (1997): *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona, Paidós.
- CONDE, P. (1991): *La conexión gallega: del tabaco a la cocaína*. Barcelona. Ediciones B.
- CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. (1993): *Plan de salud para Asturias*. Oviedo
- CUADERNOS ASTURIANOS DE SALUD. (1992). *Epidemiología de las toxicomanías en la red de salud mental de Asturias (1.986- 1.989)*. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- DE SHAZER, S. (1986): *Claves para la solución en terapia breve*, Buenos Aires, Paidós.
- DE VEGA, J.A. (1995): "Terapia familiar y toxicomanías", en J. Navarro y Beyebach (comps), *Avances en terapia familiar sistémica*, Barcelona, Paidós.
- EDDY, P; ABOGAL, H; WALDEN, S. (1989): *Las guerras de la cocaína*. Barcelona. Ediciones B.
- ELKAÏM, M. (1989): *Las prácticas de la terapia de red*. Barcelona. Gedisa.
- ESCOHOTADO, A. (1989): *Historia de las drogas*. Madrid. Alianza editorial.
- FUNES, J. (1990): *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- GONZALEZ, C; FUNES, J; GONZALEZ, S; NAYOL, I; ROMANÍ, O. (1989): *Repensar las drogas*. Grup Igia.
- IMBER-BLACK, E; ROBERTS, J; WHITING, R. (1991): *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*, Barcelona, Gedisa.
- JERVIS, G. (1977): *La ideología de la droga y la cuestión de las drogas ligeras*. Barcelona. Cuadernos Anagrama.
- MINUCHIN, S; MONTALVO, B. (1980): "Técnicas para trabajar con familias desorganizadas de nivel socioeconómico bajo", en Haley, J. *Tratamiento de la familia*, Barcelona, Toray.
- NAVARRO, J. (1992): *Técnicas y programas en terapia familiar*, Barcelona, Paidós.
- PALLARES, J. (1996): *El placer del escorpión*. Lleida, Milenio.
- PEREZ, A; MEJIA, I.E. (1998): "Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas". *Adicciones*, 2: 111-119.
- SALAZAR, I; RODRIGUEZ, A. (1994): "Conflicto y dinámica familiar en el adicto a opiáceos", *Comunicación psiquiátrica* 93/94, XVIII: 217-237.
- SELEKMAN, M. (1996): *Abrir caminos para el cambio*, Barcelona, Gedisa.
- SELVINI, M; CIRILLO, S; y cols. (1990): *Los juegos psicóticos de la familia*, Barcelona, Paidós.
- STANTON, M.D; TODD, T; y cols. (1988): *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, Barcelona. Gedisa.
- WHITE, M. (1994): *Guías para una terapia familiar sistémica*, Barcelona, Gedisa.

# Indicación terapéutica en drogodependencias y alcoholismo

Pedro Marina González

*Médico*

*Unidad de Tratamiento Toxicomanías (SESPA)*

*Oviedo*

La indicación terapéutica es la piedra angular del quehacer asistencial en las disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud. Se trata de una elección razonada mediante un árbol lógico de decisiones que permite seleccionar el tratamiento adecuado a partir de las circunstancias del paciente, de su situación clínica y de los datos de la exploración, basándose en correlaciones lógicas contrastadas experimental y empíricamente.

Actualmente, los procesos de indicación terapéutica están notablemente desarrollados en las especialidades médicas que se sustentan en el paradigma celular, pero este no es el caso de la psiquiatría y menos aún en el terreno de las drogodependencias y el alcoholismo. No obstante, es necesario reconocer que el esfuerzo hecho en los últimos años en psiquiatría para ordenar el pensamiento de cara a tomar una decisión terapéutica final ha ido haciendo posible saber qué se puede esperar de qué intervenciones y cuándo conviene aplicarlas (Megías, 1987).

Sin embargo, en el caso de los trastornos adictivos las cosas son más difíciles porque un conjunto de circunstancias de distinta naturaleza limitan el desarrollo de la indicación terapéutica en estos ámbitos:

1. En las clasificaciones de los trastornos mentales y del comportamiento más utilizadas, DSM IV y CIE 10, los trastornos adictivos aparecen como categorías diagnósticas específicas aunque no son entidades nosológicas. En realidad son síndromes, un conjunto de síntomas que pueden presentarse en personas con distintos rasgos de carácter y personalidad, en diferentes momentos vitales, con distintas situaciones

familiares y sociales, acompañando en muchas ocasiones a trastornos psicopatológicos diversos. Por tanto, encuadrar el uso de sustancias de un sujeto en una de estas entidades, aunque es útil para homogeneizar los diagnósticos entre profesionales, para la docencia, la investigación, etc., no dice nada acerca de otras variables esenciales en la evaluación psicosocial del paciente y por tanto de cuál es el tratamiento más adecuado. No obstante, generan confusión, simplifican en exceso y contribuyen a que, por asociación con el binomio diagnóstico-tratamiento de otras especialidades médicas, sean considerados cuadros con entidad propia cuyo tratamiento debe hacerse por tanto en centros especializados y específicos haciendo de la individualización del tratamiento una mera declaración de intenciones.

2. Los trastornos adictivos tienen la consideración de vicios. Nuestra sociedad tiene una escala de valores morales fuertemente influenciados por el cristianismo y en la moral cristiana el pecado y la virtud son conceptos relacionados con el fracaso o el éxito en contraponer valores más elevados al placer de la gratificación inmediata. Las conductas adictivas se caracterizan, precisamente, por la búsqueda de la gratificación a corto plazo, aún a expensas de un daño a largo plazo. En consecuencia, son problemas que se atribuyen a la debilidad del carácter asociada en la mayoría de los casos a actitudes sociopáticas merecedoras de castigo cuya curación requiere del reconocimiento de la culpa ("falta confesada medio perdonada"). Desde esta perspectiva, el tratamiento no precisa de ciencia alguna, debe ser un tratamiento moral propor-

cionado por personas abnegadas con ánimo redentorista.

3. La ausencia de un área de conocimiento con aplicaciones en la clínica que asumiera decididamente y desde un principio las adicciones como propias de su ámbito. En efecto, las implicaciones legales y sociales de las conductas adictivas han actuado como una cortina de humo que ha dejado los aspectos biopsico(pato)lógicos bajo la responsabilidad de todos pero en el terreno de nadie. El tardío interés de la psiquiatría y los psiquiatras se ha dejado notar en el estudio de la clínica, las claves para el diagnóstico y el tratamiento de este tipo de trastornos.

4. La escasa eficacia de los tratamientos. Históricamente se ha contado con pocos recursos farmacológicos y psicosociales de eficacia universal para el tratamiento de los problemas con alcohol y drogas, especialmente para conseguir abstinencias sin recaídas cuando este era el objetivo prioritario de cualquier acción terapéutica hasta hace pocos años. En consecuencia, la impresión de que se hiciera lo que se hiciera, tarde o temprano el tratamiento fracasaría en la mayoría de los casos fue arraigando progresivamente.

De este modo, se ha ido configurando una actitud de los profesionales sanitarios poco interesada en el tratamiento de las conductas adictivas, que desemboca en muchas ocasiones en incomodidad e incluso rechazo hacia los pacientes, dejándolos en manos de iniciativas sociales y grupos de autoayuda que hacen lo que pueden con mayor o menor acierto. En consecuencia, se trata de un colectivo de personas mal atendidas que deambulan por los recursos sociosanitarios ocultando sus problemas con las drogas mientras es posible, que entran en circuitos de marginalidad cuando rompen con las redes sociales normalizadas.

No obstante, hay actualmente una importante actividad clínica e investigadora que ha contribuido a identificar actuaciones y tratamientos eficaces: algunos fármacos específicos (metadona, LAAM, naltrexona, disulfiram, etc.), ciertos psicofármacos y determinadas intervenciones psicosociales: terapia cognitivo-conductual,

conductista, psicoterapia dinámica-interpersonal, de grupo, terapia familiar y grupos de autoayuda, son todas ellas técnicas con resultados satisfactorios demostrados en el tratamiento de las adicciones.

En este estado de cosas, la tarea clave es decidir cuándo aplicar un tratamiento, qué variables tener en cuenta para adecuar el plan de tratamiento a la demanda y situación del paciente, evitando que según el lugar de consulta pueda "ser requerido a expresar todos sus recuerdos infantiles o a centrarse en el aquí y ahora, invitado a que vuelva al consultorio con su familia (...), dirigido en su conducta o escuchado con atención flotante hacia lo inconsciente" (Rendueles, 1993). Intentar un tratamiento en un momento inadecuado puede condenarlo al fracaso con el consiguiente desaliento de paciente y terapeuta.

La elección del tratamiento más adecuado al momento del paciente debe ser el resultado de una indicación terapéutica que tome en consideración las variables que el conocimiento y la experiencia señalan como imprescindibles a la hora de tomar decisiones lógicas en una patología tan compleja. Profundizar en el conocimiento de estas variables ayudará a superar el "todo vale para todos" y evitará que los tratamientos puedan quedar a expensas de ideologías, carisma o vocación de servicio, con las funestas consecuencias que estas circunstancias han tenido sobre los pacientes y sus familias.

En la indicación terapéutica de los problemas relacionados con el uso de drogas el primer paso fundamental es decidir qué vamos a tratar, porque teniendo en cuenta que estos problemas se dan en personas con distintas características, antecedentes y consecuencias, implicaciones sociales y familiares, así como acompañando a diferentes alteraciones de la salud mental y física, la situación, experiencias y vivencias de cada paciente configurarán prioridades diferentes. Para definir el objeto de nuestra intervención es necesario:

1. Establecer, siempre que sea posible, una relación de cooperación con el paciente en la que este se compromete a alcanzar ciertos objetivos relacionados con su problema y el terapeuta se compromete a ayudarle (Berg y

Miller, 1996). Relación basada en la mutua competencia:

- El paciente es competente en identificar sus problemas e intentar soluciones (aunque se equivoque). Es quien más sabe de su vida y, por lo general, tiene una idea de lo que quiere y puede hacer.

- El terapeuta tiene pericia en el empleo de ciertas técnicas, psicoterapéuticas y/o farmacológicas, que facilitan la adquisición por parte del paciente de patrones de respuesta adecuados y estables a sus problemas, mejorando su propio bienestar y, a veces, el de su entorno. Además, es depositario de la experiencia de los pacientes. No es experto en la vida y problemas de un paciente en particular.

2. Conocer las capacidades mentales del paciente, sus prototeorías acerca de la vida y los problemas, el mundo de relaciones, las experiencias vivenciales más relevantes y la disposición al cambio (Berg y Miller, 1996). Para ello, la entrevista debe ir orientada a conocer la motivación, explorar la psicopatología, identificar las necesidades/ dificultades objetivables, concretar los niveles personales y relacionales que el paciente está dispuesto a abordar y conocer los intentos previos, la experiencia y la habilidad en resolver problemas.

La importancia de estos elementos en la elaboración de los objetivos será presentada por separado, aunque están naturalmente interrelacionados. Para explorarlos no se requiere de una estrategia específica, se hace mientras se obtienen los datos relativos al consumo de alcohol y/o drogas: cantidad, vía de administración, frecuencia de uso, patrón de consumo, antecedentes personales y familiares, historia de tratamientos, situación social y familiar, problemas legales, etc., sin olvidar los siguientes criterios guía:

- El paciente es el más interesado en resolver sus problemas. Que haya otros más interesados, incluido el terapeuta, no ha demostrado que afecte positivamente al tratamiento.

- La abstinencia no es siempre el principal y único objetivo del paciente.

- El cambio es inevitable.

- El pasado de todo paciente contiene experiencias, conocimientos de la vida y habilidades

mentales para encarar problemas.

- Concentrar la atención en los éxitos de los pacientes en el manejo de sus problemas ofrece pistas para orientar el trabajo terapéutico.

## 1. MOTIVACIÓN

La decisión de cómo ayudar a alguien con un problema de drogas incluye considerar el momento en que se encuentra cada individuo concreto dentro del ciclo de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993), es decir, tener en cuenta el momento del paciente en relación a su capacidad y deseo de cambio.

La motivación es un elemento esencial en la organización de la atención a los pacientes con trastornos adictivos. Los pacientes llegan al tratamiento en momentos distintos con relación a la capacidad y deseo de cambio, lo que implica actitudes y actuaciones diferentes. Es decir, no todos los pacientes que llegan a un tratamiento han tomado la decisión de actuar para abstenerse del uso de drogas. Seguramente a todos les gustaría romper la relación problemática con la droga, pero con distinta disposición al esfuerzo necesario.

Estas diferencias se deben a que los procesos de abandono del consumo de drogas ocurren a través de diferentes etapas: precontemplación, contemplación, preparación/actuación, mantenimiento y recaída, tal y como los trabajos de Prochaska y DiClemente (1982,1983) han puesto de manifiesto.

La precontemplación es un estadio durante el cual los individuos no piensan seriamente en cambiar. Las personas pueden permanecer en este estadio porque están poco o mal informados sobre las consecuencias de su conducta, la experiencia con las drogas no es desagradable o porque están desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar y no quieren pensar en ello. Lo más habitual es que los individuos en este estadio mantengan una actitud defensiva con respecto a su conducta y se resistan a las propuestas externas de cambio.

La contemplación es el período en el que las personas piensan seriamente en el cambio. Los sujetos en este periodo están atentos a la información sobre los problemas y la manera de actuar sobre ellos, aunque pueden estar ambivalentes con respecto al coste y beneficio del con-

sumo de drogas.

La preparación es la fase en que se encuentran los pacientes listos para la actuación. Por lo general, las personas en esta etapa ya han dado algunos pasos para el cambio. Se habla de actuación cuando se produce la modificación de la conducta problemática. Según Pochaska y Prochaska (1993), la fase de actuación se prolonga durante un periodo de seis meses.

El estadio de mantenimiento comienza a los seis meses de producirse el cambio y termina cuando la conducta adictiva ha finalizado o se produce una recaída, en cuyo caso vuelve a iniciarse el ciclo de cambio. Muchos pacientes repiten varias veces este ciclo antes de romper definitivamente con el consumo de drogas y la mayoría de ellos aprenden de las experiencias de la recaída. No obstante, algunas personas no llegan a desprenderse de las conductas adictivas y permanecen por tiempo indefinido en estadios de precontemplación o como contempladores crónicos.

Por tanto, la oferta terapéutica debe ser adecuada al momento del paciente en el ciclo de cambio para evitar esfuerzos inútiles al paciente y al terapeuta. Es muy importante que los programas de tratamiento ofrezcan posibilidades de intervención diferentes atendiendo a la disposición del paciente al cambio, entendiendo que no puede ser igual la manera de abordar a una persona en fase de precontemplación que a un paciente preparado para la actuación y que es posible y necesario intervenir en cualquiera de las fases. En las adicciones no sólo se debe actuar ante un paciente preparado para la actuación o en fase de mantenimiento, sino también cuando se produce una recaída o para ayudar a un precontemplador a avanzar en el proceso de cambio.

## 2. PSICOPATOLOGÍA

La competencia de los pacientes para buscar objetivos asequibles está relacionada con sus capacidades mentales, por eso la exploración psicopatológica es otro de los aspectos principales a tener en cuenta para concretar los objetivos del tratamiento. Determinados trastornos psiquiátricos obstaculizan los procesos de cambio y ciertos cambios pueden trastocarse por la pre-

sencia de ciertas enfermedades mentales.

Los estudios de prevalencia de la comorbilidad de los trastornos mentales y los trastornos por uso de sustancias están poniendo de manifiesto que los enfermos mentales tienen más probabilidades que la población general de desarrollar un trastorno por uso de alcohol u otras sustancias y que las personas con trastornos de este tipo tienen muchas más probabilidades que la población general de presentar un trastorno mental concomitante (Regier y cols., 1990). Por tanto, es conveniente descartar patología psiquiátrica en cualquier consumidor de drogas.

Sin embargo, la coexistencia de ambos procesos pasa muchas veces desapercibida: en ocasiones los síntomas y alteraciones psicopatológicas son enmascarados por el abuso de drogas, en otras, los síntomas se presentan en un estado de intoxicación o abstinencia aguda o tras un uso prolongado de drogas, sin olvidar la tendencia generalizada a ocultar y/o minimizar el consumo de drogas en quienes las usan. No obstante, la detección de los casos de comorbilidad es muy importante porque se sabe que entre los pacientes a tratamiento por uso de sustancias tienen peor pronóstico los que presentan síntomas psiquiátricos de mayor gravedad y también que es mejor la respuesta al tratamiento de los pacientes psiquiátricos que no hacen uso de drogas.

En la evaluación, se debe estar atento a la comorbilidad y en caso de sospecha realizar una exploración cuidadosa de la presencia de síntomas psiquiátricos y de un patrón de uso de drogas, contando con la dificultad de muchos pacientes para identificar/denominar el malestar subjetivo y con la tendencia de algunos a minimizar los síntomas psiquiátricos. Cuando se detecta la comorbilidad, el siguiente paso es determinar la relación etiológica entre ambos trastornos porque condiciona la actitud y la estrategia terapéutica. Se consideran tres tipos de relaciones (First y Gladis, 1996):

### 2.1. Trastorno psiquiátrico primario y trastorno por uso de sustancias secundario

El modelo de la automedicación es la hipótesis más aceptada para explicar este tipo de relación (Khantzian, 1985). Según este modelo, el consumo de drogas tiene por objeto aliviar los

síntomas de un trastorno psiquiátrico, reducir los efectos secundarios de ciertos psicofármacos, en especial los neurolépticos, o para mejorar la autoestima y el tono afectivo. Para identificar a este tipo de pacientes es necesario comprobar que las molestias psicopatológicas aparecen antes del uso de drogas, a través de los antecedentes personales y familiares o la historia clínica previa. Sin embargo, la aparición de los síntomas puede coincidir en el tiempo sin posibilidad de precisar qué trastorno debutó antes, en estos casos es necesario valorar al paciente durante un periodo de abstinencia: si los síntomas psiquiátricos persisten después de cuatro a seis semanas de abstinencia puede considerarse que el trastorno psiquiátrico es primario y viceversa.

## **2.2. Trastorno por uso de sustancias primario y trastornos psiquiátricos secundarios**

En este modelo el trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia) es primario y se considera que los síntomas psiquiátricos aparecen como consecuencia del consumo de sustancias, asociados a las manifestaciones agudas de la intoxicación, de la abstinencia o tras un consumo prolongado de drogas. La identificación de los cuadros clínicos que obedecen a este modelo requiere de un periodo significativo de consumo de la sustancia o sustancias que precede al desarrollo de los síntomas psiquiátricos. Estos síntomas son debidos a los efectos de las drogas sobre los sistemas de neurotransmisión y remiten de forma espontánea al cesar aquellos, con la excepción de los efectos tóxicos permanentes sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), como es el caso de la demencia alcohólica y la amnesia por sedantes, y las alteraciones psicopatológicas desencadenadas por el uso de drogas en personalidades premórbidas. Para orientar el diagnóstico son muy importantes los antecedentes personales y familiares y la historia clínica previa. Cuando es posible, conviene valorar al paciente tras un periodo de abstinencia.

## **2.3. Dualidad primaria**

En este modelo los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias son independientes y no se relacionan en sus orígenes, aunque posterior-

mente puedan interactuar potenciándose. El diagnóstico de la dualidad primaria se realiza por exclusión, cuando se identifican periodos con sólo síntomas psiquiátricos o sólo uso de drogas.

Como la interacción de los trastornos psiquiátricos y por uso de drogas son determinantes en la cualidad de la respuesta terapéutica es fundamental detectar la dualidad para establecer los objetivos del tratamiento y seleccionar entonces la farmacoterapia, psicoterapia y actividades de apoyo más apropiadas para la atención conjunta de ambos trastornos.

## **3. NECESIDADES/DIFICULTADES OBJETIVABLES**

El consumo de drogas afecta a distintos ámbitos de la vida del sujeto, desde la salud a las relaciones sociales o las habilidades para conseguir y mantener un trabajo. Estas circunstancias configuran en cada paciente un particular estado e influyen y se ven influidas por los procesos de cambio en las relaciones con las drogas. Por eso, para establecer los objetivos personales del tratamiento es necesario que además de recoger la historia del consumo de drogas, se exploren las condiciones somáticas y se investiguen la situación familiar, social y legal del paciente.

### **3.1. Condiciones somáticas**

Entre los consumidores parenterales de drogas hay una elevada prevalencia de infección por el virus del SIDA, de las hepatitis A, B, C y por virus delta, de sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual. Son muy frecuentes las hepatopatías crónicas y la cirrosis. La tuberculosis está en aumento y es especialmente grave entre los enfermos de SIDA por el riesgo de aparición de cepas resistentes a los antibióticos.

No son menos importantes los problemas de salud que están relacionados con el estilo de vida: infecciones cutáneas y flebitis por venopunciones sépticas, anemias por alimentación inadecuada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica relacionada con el hábito de fumar, y cirrosis, neuropatías y cardiopatías secundarias al consumo de alcohol. A ellas hay que añadir las enfermedades crónicas también presentes en la población general,

en especial diabetes e hipertensión, que precisan ser controladas durante el tratamiento de la dependencia de drogas.

Al igual que los trastornos mentales, la patología somática afecta a los procesos de cambio, por eso, es necesario investigar durante la evaluación el estado de salud del paciente para conocer los cuidados somáticos que debería asumir en el proceso de tratamiento. Los datos procederán de la historia clínica, la exploración física y la analítica. Las pruebas analíticas deberían incluir como mínimo: hemograma, bioquímica hemática, serología VIH, virus de las hepatitis y lues, test de la tuberculina y test de embarazo en el caso de las mujeres.

### 3.2. Situación socio-familiar

El consumo de drogas afecta notablemente el núcleo familiar del paciente y ejerce una notoria influencia en el proceso de socialización, sin olvidar que los problemas de drogas surgen en un contexto familiar y social de los que no son ajenos. Por eso, recoger información acerca de la situación familiar, del nivel de integración y adaptación social y de la vivencia del paciente con respecto a ambas son parte esencial del proceso de evaluación y de la elaboración de objetivos.

En la situación familiar interesa la intensidad de las relaciones con la familia de origen, cuál es su estructura y consistencia, la opinión y actitud de los miembros de la familia ante el problema, el nivel de implicación en tratamientos previos y las expectativas de los integrantes de la familia con el tratamiento. También es muy importante la existencia de hijos y la competencia en los cuidados, especialmente en las mujeres. La importancia de la implicación y participación de la familia en el proceso de tratamiento está sobradamente documentada (Stanton y cols, 1988; Steinglass y cols. 1989).

De las condiciones sociales interesa conocer el momento en que se rompe el proceso de socialización, cómo se organiza la red social a partir de ese momento, la capacitación y desarrollo laboral, los problemas legales, los procesos de ampliación de la desviación y la entrada en circuitos de marginalidad.

Con la información relativa a estos ámbitos se pretende elaborar un mapa lo más completo posi-

ble de las cosas que andan mal y sería bueno que mejoraran, aunque no sean objeto de nuestra intervención, pero que nos indican de manera indirecta si los cambios que realiza el paciente en el uso de drogas repercuten significativamente en otras parcelas de su vida.

## 4. TRATAMIENTOS PREVIOS

La historia de los tratamientos previos aporta información muy valiosa de las capacidades y esfuerzos empleados en la solución de los problemas. Los adictos a drogas pasan por diversas experiencias de abandono del consumo, desde las iniciales por cuenta propia, cuando todavía convive placenteramente con la sustancia, hasta las que realiza con apoyo de recursos de tratamiento específicos o inespecíficos a medida que la dependencia se va consolidando. En todos ellas el paciente adquiere experiencia y desarrolla ciertas habilidades adecuadas para el manejo de los problemas, pero cuando el número de intentos crece y supera las expectativas del paciente y su entorno, surgen la frustración y el desánimo.

La historia de tratamientos de un paciente que pide de nuevo asistencia es necesariamente una historia de fracasos, aunque habitualmente jalonda de momentos de éxito. Durante la evaluación es muy importante centrarse en las experiencias exitosas porque tienen las claves de cómo hacer las cosas bien. Averiguar cuando, de qué maneras y por cuanto tiempo el paciente ha mantenido etapas de abstinencia, informa acerca de técnicas de tratamiento, actuaciones y circunstancias vivenciales y relacionales facilitadoras de cambios y muestra al paciente y terapeuta un camino a seguir. Detenerse en los periodos de abstinencia y de mayor bienestar disminuye el pesimismo y la sensación de impotencia del paciente, pues son la demostración de un nivel de competencia mayor o menor en la búsqueda de soluciones y además permiten identificar factores de riesgo para la recaída.

## 5. ÁMBITOS Y NIVELES ABORDABLES EN EL TRATAMIENTO

Es probable que durante la evaluación se aprecien conductas, patrones relacionales o conflic-

tos intrapsíquicos claramente vinculados a la conducta adictiva y que se pueda hipotetizar que la mejoría de dichas circunstancias sea un paso conveniente para la abstinencia. Que así sea, no implica que ese deba ser el objetivo terapéutico inmediato y menos sin pedirle opinión al paciente, porque no es habitual que las teorías explicativas del problema del paciente y terapeuta sean coincidentes desde un principio. Además, cuanto más alejadas están las propuestas de intervención del nivel síntoma/situación (el abuso o dependencia de drogas), que es la razón principal por la que el paciente pide tratamiento, más lejos se está de los determinantes del problema en la conciencia del individuo y más resistencias se generan.

Por tanto, es necesario "que tanto los terapeutas como los pacientes se pongan de acuerdo en el motivo a que atribuyen el problema y en el nivel o niveles que desean trabajar para cambiar la conducta patológica" (Prochaska y Prochaska, 1993). La estrategia más productiva es trabajar con el nivel que el paciente está dispuesto a abordar, abriendo la tarea cuando fracasa en la consecución de los objetivos, sin olvidar que es posible que un paciente puede alcanzar la abstinencia y mantenerla atendiendo en exclusiva al síntoma, aún presentando notables carencias personales e interpersonales.

Una vez que los objetivos están claramente definidos es cuando se deben poner en marcha las estrategias terapéuticas necesarias para alcanzarlos. A partir de aquí se trata de evaluar con el paciente los resultados obtenidos para decidir si se han alcanzado, si deben reformularse o pueden definirse otros nuevos, si la relación terapéutica debe continuar y, cuando es así, dónde, cómo y para qué. No conviene olvidar que el tratamiento de los trastornos adictivos es algo dinámico, sometido a cambios asociados a contingencias como recaídas, circunstancias vitales estresantes, etc, que obligan en ocasiones a replantear sobre la marcha los objetivos terapéuticos.

## BIBLIOGRAFÍA

BERG, I.K.; MILLER, S.D., 1996, Trabajando con el problema del alcohol, Editorial Gedisa, Barcelona, 286 pp.

FIRST, M.B.; GLADIS, M.M. 1996. Diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. En Diagnóstico Dual, Solomon, Zimberg y Shollar (eds). Ediciones en Neurociencias. Barcelona. 352 pp.

KHANTZIAN, E. 1985. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 1259-1264.

MEGÍAS, E., 1987, Indicación terapéutica en drogodependencias, *Comunidad y Drogas*, 4, pp. 9-27.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. 1982. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, pp. 276-278.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, pp. 390-395.

PROCHASKA, J.O.; PROCHASKA, J.M. 1993. Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En *Recaída y prevención de recaídas*, Casas, M y Gossop, M. coordinadores. Ediciones en Neurociencias. Barcelona. pp. 85-136.

REGIER, D.A.; FARMER, M.E.; RAE, D.; LOCKE, B.; KEITH, S.; JUDD, L., 1990, Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, pp. 2511-2518.

RENDUELES, G., 1993, La locura compartida, *Belladonna Espacio de Salud*, Gijón, 155 pp. (pag. 36).

STANTON, M.D.; TODD, T. y cols., 1988. *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, Editorial Gedisa, Buenos Aires. Argentina. 363 pp.

STEINGLASS, P.; BENNETT, L.A.; WOLIN, S.J.; REISS, D., 1989. *La familia alcohólica*, Editorial Gedisa, Barcelona. 349 pp.

# El papel de la farmacoterapia: nuevas perspectivas en el tratamiento de las drogodependencias y alcoholismo

Marta Torrens Melich

*Psiquiatra*

*Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías Hospital del Mar  
Barcelona*

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han desarrollado nuevas estrategias farmacológicas en el tratamiento de las drogodependencias y el alcoholismo. La introducción de estas nuevas alternativas, algunas de ellas ya disponibles en la clínica asistencial, como los denominados fármacos anti-craving, y otras todavía en fase de investigación, como el desarrollo de técnicas inmunológicas, aportan nuevas perspectivas en el abordaje terapéutico de la patología adictiva que ha visto especialmente potenciado el arsenal farmacológico disponible para su tratamiento. En este capítulo revisaremos las principales novedades que ya se han producido en los últimos años, así como las que se prevee puedan aparecer en un futuro inmediato.

## ALCOHOL

El alcohol es sin duda la sustancia que

genera más problemática adictiva en el mundo occidental. Se estima que la prevalencia de alcoholismo en la población general es del 5-6% y un 15% adicional presenta problemas relacionados con el consumo del alcohol. En los últimos años han aumentado enormemente los conocimientos de las bases neuroquímicas del alcoholismo, lo cual ha llevado al desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas farmacológicas. Fundamentalmente se han desarrollado numerosos fármacos que se han añadido a los fármacos aversivos o antidipsotrópicos clásicos, como el disulfiram y la cianamida, en el arsenal terapéutico para la prevención de recaídas en el consumo del alcohol. Estos fármacos presentan mecanismos de acción claramente diferentes, permitiendo en algunos casos su utilización conjunta. La mayoría de estos nuevos fármacos actúan de alguna manera disminuyendo el deseo compulsivo de alcohol, por lo que también se denominan "fármacos anti-craving". Según el sistema de neurotransmisión sobre el que

**Tabla 1.-Clasificación de los nuevos fármacos "anti-craving" del alcohol según el sistema de neurotransmisión en el que actúan**

<i>GABA y glutamato</i>	Opioide	Dopaminérgico	Serotonérgico
Acido gamma-hidroxibutírico	Naltrexona	Bromocriptina	ISRS
Acamprosato	Nalmefene	Tiapride	Buspirona
			Ondansetron

actúan podemos distinguir varios grupos (Tabla 1)

### **Fármacos gabaérgicos y de acción sobre el glutamato**

Algunos estudios demuestran que la administración aguda del alcohol aumenta las acciones del GABA sobre sus receptores y disminuye las de los aminoácidos excitatorios, como el glutamato, sobre los receptores NMDA. Finalmente esto se traduciría en una reducción de la frecuencia de estímulos eléctricos y una depresión del Sistema Nervioso Central (SNC). Tras la exposición crónica al alcohol el organismo se adapta disminuyendo la actividad del sistema gabaérgico y aumentando la actividad glutamatérgica. El resultado final es un aumento de la excitabilidad neuronal que contrarrestaría los efectos depresores del alcohol. Al suprimir el consumo de alcohol su efecto depresor desaparece, pero las neuronas permanecen hiperexcitables. Esta hiperexcitabilidad que requeriría tiempo para adaptarse, sería la responsable de la aparición de síntomas como la ansiedad, el insomnio y el "craving". Actuando sobre este mecanismo de acción del alcohol se encuentran los nuevos fármacos: el ácido gamma-hidroxibutírico (GHB) y el acamprosato.

El GHB es un metabolito del GABA con actividad neurotransmisora y neuromoduladora. Estudios recientes apuntan sobre la posible utilidad clínica en la disminución del "craving" y el aumento de las tasas de abstinencia (Addolato y cols 1998), pero se necesitan más estudios que ayuden a clarificar su relevancia en la práctica clínica. Sin embargo, en 1997, la Food and Drug Administration (FDA) americana advirtió sobre el potencial de abuso del GHB, así como de efectos secundarios como temblor o crisis comiciales (Zerning y cols 1992).

El acamprosato es un derivado del aminoácido esencial taurina, el ácido acetilhomotaurínico. Presenta actividad como agonista GABA y como inhibidor en los receptores glutamérgicos tipo NMDA, aunque su mecanismo exacto de acción todavía está por determinar. Revisando todos los estudios controlados que se han realizado con acamprosato se demuestra que es claramente efectivo en el tratamiento del alcoholismo, obser-

vándose que aumenta el número de días en que el sujeto se mantiene abstinentemente en un 30-50 % y que aumenta la tasa de abstinencia (Garbutt y cols 1999).

### **Fármacos antagonistas opioides**

Algunos estudios de laboratorio y clínicos sugieren la eficacia de los antagonistas opioides en el tratamiento del alcoholismo. La posible base fisiopatogénica subyacente refiere que el alcohol estimula la liberación de opioides endógenos, responsables de muchos efectos gratificantes producidos por el alcohol y que forman parte del refuerzo positivo relacionado con el consumo de alcohol. Los antagonistas opioides atenuarían el refuerzo vía sistema opioide y reducirían la probabilidad de seguir bebiendo alcohol. También se ha postulado que los antagonistas opioides podrían modular la actividad dopaminérgica que se relaciona con el "craving", puesto que se ha observado que la naltrexona reduce la liberación de dopamina en el núcleo acumbens, mecanismo que se ha implicado en la fisiopatogénica de la adicción y el "craving". Actualmente se han estudiado dos fármacos antagonistas opioides, la naltrexona y el nalmefene.

La eficacia de la naltrexona en el tratamiento del alcoholismo se evidenció en dos estudios doble ciego controlados con placebo, en los que los pacientes que recibieron naltrexona obtuvieron unos porcentajes mayores de abstinencia, un menor número de días de consumo de alcohol y un número de recaídas menor que los que recibieron placebo (Volpicelli y cols 1992; O'Malley y cols 1992).

El nalmefene es un antagonista opioide específico para el receptor delta que se presenta como una posible alternativa a la naltrexona. Existe un solo estudio controlado con placebo en el que si bien no aumentó la abstinencia con respecto del placebo, en cambio sí disminuyó los episodios de consumo grave de alcohol (Mason y cols 1994).

### **Fármacos dopaminérgicos**

Actualmente está ampliamente reconocida la importancia de la transmisión dopaminérgica en las vías responsables del refuerzo positivo. En modelos de experimentación animal se ha obser-

vado que el consumo crónico de alcohol produce una alteración en la neurotransmisión dopaminérgica, una disminución de la liberación de dopamina y probablemente una sensibilización de los receptores dopaminérgicos. Estos hallazgos han llevado a ensayar fármacos que actúan sobre el sistema dopaminérgico en el tratamiento del alcoholismo, tanto agonistas dopaminérgicos como la bromocriptina (Naranjo y cols 1997), como antagonistas como el tiapride (Shaw y cols 1994), sin obtenerse resultados concluyentes.

### Fármacos serotoninérgicos

Numerosos estudios apuntan hacia una disfunción en la neurotransmisión serotoninérgica en, al menos, un subgrupo de alcohólicos. Se ha descrito la disminución del ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo de pacientes alcohólicos y se postula que al incrementar el alcohol la liberación serotoninérgica, su consumo podría normalizar los niveles de serotonina en el SNC. Además, la disminución de la serotonina también está implicada en fenómenos como la impulsividad, la ansiedad o la depresión, que a su vez podría predisponer a ciertos sujetos al consumo de alcohol. Se han ensayado los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), la bupiriona y el ondansetrón.

De entre los ISRS la fluoxetina y el citalopram han sido los más utilizados. Sin embargo, cuando se revisan los efectos de estos fármacos en el alcoholismo sin presencia de ansiedad o depresión simultáneas, no hay evidencias suficientes de su eficacia en el tratamiento del alcoholismo. En los estudios en subpoblaciones de alcohólicos con trastornos depresivos o de ansiedad se observó que los que recibían fluoxetina mejoraron en la reducción de la cantidad y frecuencia del consumo comparado con los que recibieron placebo (Cornelius y cols 1997).

La bupiriona es un agonista serotoninérgico 5-HT 1A con perfil ansiolítico. En un estudio doble ciego en pacientes con alcoholismo y trastorno de ansiedad se observó que aquellos que recibieron bupiriona disminuyeron su sintomatología ansiosa y retrasaron la recaída en el consumo grave (Kranzler y cols 1994).

El ondansetrón es un antagonista serotoninérgico

5-HT<sub>3</sub>. En un estudio randomizado, doble ciego controlado con placebo, se observó que las dosis bajas de ondansetrón reducían el consumo de alcohol en consumidores moderados (Sellers y cols 1994).

## COCAÍNA

Los efectos euforizantes y reforzadores de la cocaína se deben a su actividad sobre la neurotransmisión del SNC, estando implicados los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico. Básicamente se pueden distinguir dos tipos de abordajes terapéuticos generales en el tratamiento de la dependencia de la cocaína, por un lado los tratamientos que actúan modificando la respuesta de la cocaína en el SNC, y por otro, los tratamientos que impiden que la cocaína llegue al SNC.

1.- Los tratamientos dirigidos a modificar el mecanismo de acción de la cocaína en el SNC son los más utilizados. Hasta la actualidad se han ensayado múltiples psicofármacos (tabla 2) siendo en general poco eficaces. En la actualidad se están investigando una serie de fármacos entre los que destacan la selegilina y el terguride (Koob, 1998), que actúan en el sistema dopaminérgico, así como otras sustancias que actúan sobre otros neurotransmisores que indirectamente modifican el sistema dopaminérgico como el vigabatrina (Dewey, 1998) y la ibogaína (Mash y cols 1998).

2.- Los tratamientos que impiden la entrada de la cocaína en SNC son estrategias terapéuticas basadas en la administración de agentes periféricos bloqueadores de la cocaína que alteran la farmacocinética de la cocaína frenando su entrada en el cerebro y, por tanto, disminuyendo las acciones de la cocaína en el SNC (Sparenborg y cols 1997). Están basados en técnicas de inmunización y enzimáticas y se encuentran todavía en fase de desarrollo experimental. Se distinguen dos vías:

2.1.- La administración de una vacuna anti-cocaína, que induce anticuerpos anti-cocaína en el individuo que se ligan a la cocaína circulante.

<i>Antidepresivos</i>	Estimulantes	Dopominérgicos	Precursores de neurotransmisores	Otros
<i>Imipramina</i>	Metilfenidato	Bromocriptina	L-triptófano	Buprenorfina
<i>Desipramina</i>	Pemolina	Amantadina	L-tirosina	Naltrexona
<i>Trazodona</i>		L-Dopa		Buspirona
<i>Doxepina</i>		Pergolide		Gepirona
<i>Maprotilina</i>		Mazindol		Carbamazepina
<i>Fluoxetina</i>		Flupentixol		Antagonistas calcio
<i>Sertralina</i>				Amperocide
				Litio

**Tabla 2.- Tipos de tratamiento farmacológico para la dependencia de cocaína**

Si el paciente consume cocaína después de haber sido vacunado, los anticuerpos inhibirán la capacidad de la cocaína para entrar en el cerebro y por tanto, inhibirán la capacidad de la cocaína de interaccionar con sus lugares de acción y por tanto la actividad reforzadora de la cocaína (Fox, 1997)

2.2. La inactivación de la cocaína plasmática, mediante dos mecanismos diferentes, aumentando la butirilcolinesterasa plasmática, que es un enzima plasmático natural que degrada la cocaína cuando ésta entra en plasma (Gorelick, 1997), o bien aumentando la degradación plasmática de la cocaína mediante la presencia en plasma de anticuerpos catalíticos monoclonales (Owens, 1997). Estos anticuerpos, a diferencia de los inducidos por la vacuna, se ligan a las moléculas de cocaína y la rompen tal y como hace la butirilcolinesterasa.

Tanto la vacuna como el aumento de la butirilcolinesterasa y los anticuerpos monoclonales, comparten la misma limitación, que se relaciona con la distancia entre el cerebro y el punto de entrada de la cocaína en el torrente sanguíneo. Los anticuerpos y los enzimas deben estar presentes en un número suficiente a lo largo del trayecto para interceptar suficiente cocaína antes de que atraviese la barrera hematoencefálica y penetre en el SNC. En el caso de utilizar la vía fumada, la cocaína sólo necesita viajar desde los

pulmones a través del corazón al cerebro y en esta corta distancia los bloqueantes periféricos de la cocaína tienen poco tiempo para actuar y evitar que la cocaína haya atravesado la barrera hematoencefálica. Ni los anticuerpos ni los enzimas pueden atravesar la barrera hematoencefálica y actuar en SNC porque son moléculas demasiado grandes para atravesarla. Sin embargo a pesar de que pase algo de cocaína al cerebro, los agentes bloqueantes de la cocaína pueden ser de utilidad, puesto que entra menos cocaína en el cerebro y por tanto puede disminuir de forma significativa el efecto euforizante y reforzador de la cocaína, lo cual puede tener efectos beneficiosos disminuyendo el deseo de consumir cocaína en el futuro y por tanto facilitar la abstinencia. Por otra parte también puede llevar al sujeto a aumentar la cantidad de cocaína consumida para contrarrestar el bloqueo con el riesgo que esto puede suponer.

Estos tratamientos inmunológicos y enzimáticos también presentan algunas ventajas, entre ellas que no deberían administrarse con mucha frecuencia, por lo que facilitaría el cumplimiento del tratamiento. La vacuna de la cocaína probablemente requeriría sólo una inoculación primaria seguida de dos dosis de recuerdo administradas cada cuatro semanas. La administración de butirilcolinesterasa debería realizarse cada dos semanas. Los anticuerpos catalíticos pueden durar durante semanas o meses. Esta larga dura-

ción del tratamiento disminuiría los problemas de cumplimiento del tratamiento tan frecuentes en aquellos en que el tratamiento debe realizarse diariamente. Además, puesto que estos tratamientos no interfieren entre ellos, los tres tipos de tratamiento podrían ser administrados de forma combinada para obtener el máximo efecto aditivo. Así mismo el que ni los anticuerpos ni las moléculas enzimáticas puedan atravesar la barrera hematoencefálica, también tiene sus ventajas, puesto que al no afectar a los neuroreceptores no interfieren con la actividad normal de la neurotransmisión y tampoco interactúan con otros tipos de tratamientos médicos diseñados para alterar los efectos de la cocaína en el SNC, con lo que pueden administrarse conjuntamente con otros psicofármacos.

## OPIOIDES

En el tratamiento farmacológico de la dependencia de opiáceos podemos distinguir claramente dos fases: la fase de desintoxicación y la fase de mantenimiento de la abstinencia o prevención de recaídas. En este capítulo nos referiremos a los tratamientos de mantenimiento y de éstos, exclusivamente los que utilizan fármacos agonistas opioides, algunos de larga tradición como la metadona (Dole y Nyswander, 1965), y otros en vías de comercialización en un futuro cercano, como la buprenorfina (Ling y cols 1998).

Los agonistas opioides utilizados en trata-

miento de mantenimiento para prevenir el consumo de heroína ilegal además de los ya citados, son la morfina de liberación lenta y también la diacetil-morfina (heroína) aunque su uso terapéutico, en condiciones experimentales y como parte de las estrategias de reducción del daño, es ampliamente discutido (Pernerger y cols, 1998). Todos estos fármacos comparten sus características farmacodinámicas de acción sobre el receptor opioide  $\mu$ , aunque con algunas diferencias. Sin embargo, las diferencias más importantes entre estos fármacos son fundamentalmente farmacocinéticas (Tabla 3).

El tratamiento de mantenimiento con metadona es el más utilizado en la prevención de recaídas de la dependencia de opiáceos (Ward y cols 1999). La metadona a dosis adecuadas y en una única toma oral diaria, evita la aparición de SAO, reduce el "craving" y atenúa los efectos euforizantes de una posible administración de heroína. La dosis debe ser individualizada y en general se sitúa entre los 80 y 120 mg, considerándose la dosis mínima eficaz a partir de los 50 mg/día. La duración del mantenimiento deberá adaptarse a la evolución médico-psico-social del sujeto y, probablemente, a aspectos individuales que hacen más o menos tolerable la reducción de la dosis; el mantenimiento suele prolongarse un mínimo de dos a cuatro años, procediéndose cuando está indicado a una reducción lenta de la dosis diaria. Se recomienda prolongar el tratamiento en aquellos pacientes de larga evolución o con múltiples fracasos terapéuticos previos o en un entorno socio-familiar marginal o en caso de patología psiquiátri-

**Tabla 3.- Características farmacológicas de los fármacos utilizados en el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides**

Fármaco	Acción opiáceas	S.A.O.	Potencial abuso	Riesgo de sobredosis	Frecuencia dosis	Vía Administración	Dosis mantenimiento
Metadona	Agonista	Si	Si	Si	24 h.	Oral/inyect	60-80 mg
LAAM	Agonista	Si	Moderado	Si	48-72 h.	Oral	70-120 mg
Buprenorfina	Agonista parcial	Si	Si	Menor	24-48 h.	Sublingual	4-16 mg
Diacetilmorfina	Agonista	Si	Si	Si	8h.	I.V.	460-500 mg
Morfina (MST)	Agonista	Si	Si	Si	12-24 h.	Oral.	300mg

ca grave. El embarazo es una indicación específica de tratamiento de mantenimiento con metadona.

El LAAM es un derivado de la metadona que se comporta de un modo semejante en la supresión del síndrome de abstinencia opiáceo y cuya principal diferencia reside en la duración de su efecto farmacológico. Su acción prolongada, de aproximadamente 72 horas, permite establecer un régimen de administración de tres veces a la semana. Las principales ventajas de este tratamiento sustitutivo sobre la metadona son un menor número de tomas semanales y posiblemente un menor riesgo de desvío hacia el mercado ilegal. Entre sus inconvenientes destaca el tiempo prolongado, entre dos y tres semanas, necesario para alcanzar la dosis terapéutica eficaz, así como el riesgo de toxicidad que conllevaría el consumo de otras sustancias. Por estos motivos, es preferible iniciar el tratamiento con una estabilización previa con metadona, efectuando en una segunda fase el cambio a LAAM (Ward y cols 1999). No obstante, de comercialización. (1)

La buprenorfina es un agonista opiáceo parcial con actividad agonista-antagonista sobre los receptores opiáceos  $\mu$ , cuya posible utilidad como fármaco de mantenimiento en la dependencia de opiáceos se ha estudiado básicamente en experimentación clínica realizada en USA (Johnson y cols 1992; Kosten y cols 1993; Strain y cols 1994; ). En Europa, excepto en Francia, donde se dispone de amplia experiencia en su utilización como fármaco sustitutivo (Tignol y cols 1998), se prevee su pronta comercialización con la indicación del tratamiento de la dependencia de opiáceos. La buprenorfina, debido a que su biodisponibilidad tras la administración oral es muy baja, debe administrarse por vía sublingual. Como tratamiento sustitutivo en pacientes consumidores de opiáceos, la dosis inicial recomendada es de 2 mg en dosis única por vía sublingual. Esta dosis se modificará en función del paciente, oscilando entre 4 y 16 mg/día, con una media de 8 mg como dosis de mantenimiento. Como efectos secundarios más frecuentes, pueden presentarse estreñimiento, cefaleas, insomnio, astenia, somnolencia, náuseas y vértigos. A dosis altas las molestias digestivas son las más frecuentes. En casos de insuficiencia hepática grave, estaría contraindicado este tratamiento.

La utilización de la diacetil-morfina (heroína) en el tratamiento de la dependencia de opiáceos se ha probado en algunos países en estudios experimentales con resultados positivos para la reducción del daño relacionado con el consumo de opiáceos ilegales (Perneger y cols 1998). Su uso está fuertemente sujeto a legislación y hasta el momento sólo se contempla en estudios experimentales.

El tratamiento de mantenimiento con morfina de liberación retardada se ha llevado a cabo en algunos estudios con resultados esperanzadores.

## BIBLIOGRAFIA

ADDOLORATO G, FIBIN M, CAPISTRA E, BEGHE F, GESSA G, STEFANININ GF, GASBARRINI G. Maintaining abstinence from alcohol with gamma-hydroxybutyric acid. *Lancet* 1998; 351: 38.

CORNELIUS JR, SALLOUM IM, EHLER JG, JARRETT PJ, CORNELIUS MD, PEREL JM, THASE ME, BLACK A. Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 700-5.

DEWEY SL, MORGAN AE, ASHBY CR JR, HORAN B, KUSHNER SA, LOGAN J, VOLKOW ND, FOWLER JS, GARDNER EL, BRODIE JD. A novel strategy for the treatment of cocaine addiction. *Synapsis* 1998; 30: 119-29.

DOLE VP, NYSWANDER M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA* 1965; 193: 80-84.

FOX BS. Development of a therapeutic vaccine for the treatment of cocaine addiction. *Drug Alcohol Dependence* 1997; 48: 153-158.

GARBUTT JC, WEST SL, CAREY TS, LOHR K, CREWS FT. Pharmacological treatment of alcohol dependence. A review of the evidence. *JAMA* 1999; 281: 1318-1325.

GLANZ M, KLAWANSKY S, MCAULLIFE W, CHALMERS T. Methadone vs L-alpha-acetylmethadol (LAAM) in the treatment of opiate addiction. *Am J*

(1) del LAAM en Europa se ha suspendido por la aparición de efectos cardiotóxicos atribuibles al fármaco. Por el momento, su uso sigue siendo habitual en U.S.A.

Addictions 1997; 4: 339-49.

GORELICK DA. Enhancing cocaine metabolism with butyrylcholinesterase as a treatment strategy. *Drug Alcohol Dependence* 1997; 48: 159-165.

JOHNSON RE, JAFFE JH, FUDALA PJ. A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *JAMA* 1992; 267: 2750-5.

PULVIREUTI L, BALDUCCI C, PIERCY M, KOOB G. Characterization of the effects of the partial dopamine agonist teguride on cocaine self-administration in the rat. *J Pharmacol Exp Ther* 1998; 286: 1231-38.

KOSTEN TR, SCHOTTENFELD R, ZIEDONIS D, FALCIONI J. Buprenorphine versus methadone maintenance for opioid dependence. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 358-64.

KRANZLER HB, BURLESON JA, DEL BOCA FK y cols. Buprenorphine treatment of anxious alcoholics: a placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 720-731.

LING W, CHARUVA STRA C, KAIM SC, KLETT CJ. Methadyl acetate and methadone as maintenance treatments for heroin addicts. A Veterans Administration Cooperative Study. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 709-20.

LING W, CHARUVA STRA C, COLLINS JF, BATKI S, BROWN LS, KINTAUDI P y cols. Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter randomized clinical trial. *Addiction* 1998; 93: 475-86.

MASH DC, KOVERA CA, BUK BE, NOREMBERG MD, SHAPSHAK P, HEARN WL, SANCHEZ-RAMOS J. Medication development of ibogaine as a pharmacotherapy for drug dependence. *Ann NY Acad Sci* 1998; 844: 274-92.

MASSON BJ, RITVO EC, MORGAN RO, SALVATO FR, GOLDBERG G, WELCH B, MANTERO-ATIENZA E. A double-blind, placebo-controlled pilot study to evaluate the efficacy and safety of oral nalmefene HCL for alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 1162-7.

NARANJO CA, DONGIER M, BREMNER KE. Long-

acting injectable bromocriptine do not reduce relapse in alcoholics. *Addiction* 1997; 92: 969-978.

O'MALLEY SS, JAFFE AJ, CHANG G, SCOTTENFELD RS, MEYER RE, ROUNSAVILLE B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 876-880.

PERNERGER TV, GINER FS, DEL RÍO M, MINO A. Randomized trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ* 1998; 317: 13-18.

SELLERS EM, TONEATTO T, ROMACH MK, SOMER GR, SOBELL LC, SOBELL MB. Clinical efficacy of the 5-HT<sub>3</sub> antagonist ondansetron in alcohol abuse and dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18: 879-885.

SHAW GK, WALLER SK, MAJUMDAR JL, LATHAM CJ, DUNN G. Tiapride in the prevention of relapse in recently detoxified alcoholics. *Br J Psych* 1994; 165: 515-523.

SPARENBORG S, VOCCI F, ZUKIN S. Peripheral cocaine-blocking agents: new medications for cocaine dependence. *Drug Alcohol Dependence* 1997; 48: 149-151.

STRAIN EC, STITZER ML, LIEBSON IA, BIGELOW GE. Buprenorphine versus methadone in the treatment of opioid-dependent cocaine users. *Psychopharmacology* 1994; 116: 401-6.

TIGNOL J, AURICOMBE M, DAULOUÈDE JP. Buprenorphine treatment for heroin addiction. *Int J Psychopharmacology* 1998, 1 (suppl 1): S39-S40.

VOLPICELLI JR, ALTERMAN AI, HAYASHIDA M, O'BRIEN CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 876-880.

WARD J, HALL W, MATTICK RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 1999; 353: 221-26.

ZERNIG G, FABISCH K, FABISH H. Pharmacotherapy of alcohol. *TIPS* 1997; 18: 229-31.

# El papel de la psicoterapia: entrevistas motivacionales

Neus Freixa Fontanals

*Psicóloga  
Unitat d'Alcoholologia. Hospital Clínic  
Barcelona*

Este capítulo pretende ser un pequeño resumen del seminario sobre adicciones, que tuvo lugar en Oviedo a finales del mes de Mayo de 1999 Organizado por la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, es decir en las siguientes páginas se desarrollan diferentes estrategias y alternativas que pueden ayudarnos a mejorar el abordaje de pacientes alcohólicos.

El trato diario con nuestros pacientes puede aportarnos muchas satisfacciones pero a menudo se nos presentan situaciones de difícil solución. Esto es frecuente en pacientes que presentan patología orgánica crónica cuyo tratamiento comporta cambios de estilo de vida o de hábitos, como son la diabetes, obesidad, hipertensión o en aquellos que consumen demasiado alcohol o bien que presentan una adicción (Gual y Colom, 1998). En este último caso se complica aun más ya que a menudo el comportamiento del paciente genera una serie de tensiones familiares y sociales que lejos de animarlo a dejar su hábito le aboca una y otra vez al fracaso debido, en parte, a la falta de conciencia de dependencia y a la creencia por parte de la sociedad de que es un "vicioso" que no sabe controlar el consumo de alcohol.

Estos cambios en la dieta o estilo de vida, que parecen tan

evidentes como de fácil aplicación resultan ser un "caballo de batalla" en la consulta médica con la consiguiente sensación de gasto de energía y tiempo.

En primer lugar debemos empezar analizando nuestras actitudes con el paciente, lo que sin duda nos ayudará a hacer autocrítica, aumentará el conocimiento sobre nosotros mismos y nos va a permitir hacer un balance de nuestra relación terapéutica con él.

En la medida que nos planteemos nuestras actitudes hacia el paciente mejoraremos la relación con él y la probabilidad de que se adhiera al tratamiento y por consiguiente su salud.

Durante largo tiempo el modelo que con más frecuencia se ha utilizado en la medicina tradicional ha sido el modelo informativo basado en la repetición de consejos expertos y en la persuasión del facultativo que estaba investido de una autoridad socialmente incuestionable, lo que la

**Tabla 1**

<b>DIFERENCIAS ENTRE LOS MODELOS INFORMATIVO Y MOTIVACIONAL</b>	
<b>-INFORMATIVO</b> - Da consejos expertos - Intenta persuadir - Repite los consejos - Actúa con autoridad - Es rápido	<b>- MOTIVACIONAL</b> - Estimula la motivación - Favorece el posicionamiento - Resume los puntos de vista del paciente - Aproximación colaboradora - Es de aplicación progresiva

mayoría de las veces parecía efectivo puesto que el paciente decía estar de acuerdo con lo que se le proponía pero que no era suficientemente potente como para mantener los cambios a largo plazo.

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores. Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento haciendo énfasis en los puntos de vista del paciente y la libertad de escoger las propuestas que nosotros como profesionales les ofrecemos, colaborando más que imponiendo (tabla 1).

¿Por qué las personas decidimos cambiar nuestros hábitos?, ¿Qué nos impulsa a tomar la decisión de cambiar?. Las personas que consumen sustancias adictivas y deciden abandonarlas pasan por distintas fases en el tortuoso camino de su adicción. Muchas de ellas ni tan solo se dirigen al profesional sino que eligen cambiar su

Prochaska y DiClemente fueron los creadores del modelo transteórico del cambio, con la descripción de las seis etapas por las que evoluciona el paciente durante su adicción, tanto si reciben ayuda de un terapeuta como si no (Prochaska y cols, 1994).

La primera fase pre-contemplativa se caracteriza por la ausencia de intención de cambio en un futuro próximo. Los pacientes en esta etapa pueden ponerse en tratamiento bajo presión pero en el momento que esta desaparece vuelven rápidamente a las conductas anteriores.

La fase contemplativa está caracterizada por la ambivalencia, la frase que a menudo acompaña esta etapa es el "si, pero..." que es la expresión de la resistencia del paciente. Es por ello que en esta etapa es importante sopesar los pros y los contras del hábito y su posible solución.

Cuando la balanza de la ambivalencia se decanta del lado de la aceptación del problema y aparece la intención de cambio, podemos animarlo a planear alguna estrategia para abandonar o disminuir el consumo, entrando así en la fase preparado para la acción.

Si trabajamos conjuntamente ofreciéndole varias opciones de cambio que se adapten tanto a su situación laboral como personal, posiblemente el paciente entrará en la fase de Acción. Esta es la fase en que cada individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno, con el fin de superar sus problemas. Esta etapa requiere un considerable compromiso de tiempo y energía.

Después de pasar por estas diferentes etapas si el paciente estabiliza el cambio de comportamiento y está dispuesto a evitar la recaída se encuentra en la fase de mantenimiento. Esta etapa puede dejar paso a la remisión total de su adicción con la consiguiente readaptación y rehabilitación del enfermo alcohólico a su mundo social, y familiar. A pesar de todo no se debe infravalorar que el alcoholismo es una enfermedad crónica con tendencia a la



**Figura 1. Representación gráfica de las etapas del cambio**

conducta respecto a sus hábitos adictivos por sí mismos basándose en el tesón y la voluntad. Pero algunos deciden pedir consejo y ayuda cuando comprueban una y otra vez el fracaso en su empeño de dejar los tóxicos (figura 1).

recaída y que por ello es de vital importancia que el paciente sea consciente de ello para que en caso de una recaída acuda cuanto antes a la consulta para abordarla de forma correcta y con el menor perjuicio para él y su entorno (Miller y Rollnick, 1999).

Para que una persona decida comenzar y continuar en una estrategia determinada que le ayude a cambiar su consumo de alcohol necesita altas dosis de motivación. Con poca motivación puede empezar con ímpetu pero cuando aparezcan las primeras dificultades lo más probable es que vuelva a beber y aumente el sentimiento de impotencia y de culpa.

Uno de los objetivos principales al iniciar un tratamiento ha de ser el aumentar y encontrar nuevas motivaciones que refuercen su decisión de abandonar el alcohol.

La entrevista motivacional es un tipo de entrevista directa, centrada en el paciente y que fundamentalmente le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de su adicción.

La ambivalencia en comportamientos adictivos es algo muy común, y en parte está provocado por el tiempo en que una persona puede estar consumiendo alcohol sin tener consecuencias negativas y manteniendo una adaptación socio familiar adecuada. Es a partir que se establece la dependencia que el enfermo entra en un

proceso de negación que va a impedir que valore objetivamente su situación (Miller y Rollnick, 1999).

A medida que las consecuencias derivadas de su dependencia vayan en aumento la ambivalencia entorno al alcohol también aumentará. Aprender a trabajar con los sentimientos contrapuestos del enfermo alcohólico nos permitirá avanzar en su complicada decisión de abandonar el alcohol.

A menudo los profesionales subestimamos la ambivalencia del paciente y nos anticipamos dando consejos que la mayoría de las veces tienen un efecto contrario a nuestros deseos y nos encontramos batallando con las resistencias de

**Tabla 2**

**CARACTERISTICAS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

- *Tipo de entrevista breve, no confrontativa y semiestructurada*
- *Identifica en que fase del cambio está el paciente*
- *Abordaje centrado en las necesidades y experiencias del paciente*
- *Facilita que el paciente se posiciona*
- *Genera un fuerte impulso para cambiar hábitos hábdos y estilos de vida*

nuestros pacientes. Esto no es más que la reacción a nuestra actitud precipitada más que una negativa sistemática a nuestras propuestas. La resistencia y la negación no deben ser vistos como rasgos del alcoholismo del paciente sino como una reacción a la actitud del terapeuta. Parte de nuestro trabajo como profesionales consiste en detectar estas resistencias e intentar adaptarnos a ellas y colaborar junto con el paciente para decidir conjuntamente la estrategia que mejor se adapta a sus necesidades.

Las entrevistas motivacionales (tabla 2) tienen como características principales que son semi-estructuradas, están basadas en las experiencias del

**Tabla 3**

**OBJETIVOS DE LAS ENTREVISTAS MOTIVACIONALES**

- *Ayudan a aceptar el tratamiento*
- *Ayudan al compromiso de tomar la medicación*
- *Ayudan a efectuar cambios de estilo de vida*
- *Generan un fuerte impulso para modificar los hábitos*

paciente y que a través de identificar la fase en que se encuentra en la rueda del cambio le ayuda a situarse y avanzar en las fases del cambio intentando mantener las nuevas conductas que le estabilizaran física y psicológicamente (Miller y Rollnick, 1996 y 1999).

Las entrevistas motivacionales pueden ayudar al paciente a aceptar un tratamiento así como aumentar el compromiso de tomar la medicación y plantearse cambios en el estilo de vida que contribuyan a consolidar la abstinencia (tabla 3).

Una actitud motivadora por nuestra parte puede ayudar al paciente a decidir cambiar su comportamiento alcohólico. Para ello deberemos tener en cuenta nuestra comunicación no verbal escuchando bien al paciente, siendo un buen observador, estableciendo un clima cordial, expresando empatía, siendo asertivos en nuestras intervenciones teniendo en cuenta también el control de nuestras propias variables.

No debemos olvidar que una de las ventajas que nos ofrecen este tipo de entrevistas es que nos ayudan a mejorar nuestra propia actitud y nuestro trabajo haciéndolo de forma más cómoda y eficaz.

La entrevista motivacional consta de dos partes diferenciadas. La primera es exploratoria y ante todo debe preocuparnos que el clima sea lo más cordial posible, sin juzgar las actitudes del paciente, haciendo preguntas abiertas que van a permitir que el paciente nos proporcione de forma

espontánea aquello que a su criterio sea más relevante, por ejemplo: ¿Como se siente cuando su mujer le dice que ha bebido demasiado?. Este tipo de preguntas facilitan que el paciente pueda dar más información que cuando puede respondernos con un simple sí o no. Cuando tengamos la sensación que hemos entendido la situación del paciente y el motivo de consulta, podremos pasar a la segunda parte de la entrevista.

En el transcurso de la segunda parte de la entrevista, le comunicaremos un diagnóstico, proponiéndole un plan de acción basado en la información que siempre deberemos darle con su permiso. Asimismo intentaremos adaptarnos a sus resistencias no discutiendo inútilmente con él y después de comprobar su asimilación daremos por finalizada la entrevista.

En una primera entrevista es mejor proponernos pequeños objetivos que no querer conseguirlos todos y tener presente que uno de los principales objetivos es crear un clima que permita al paciente aumentar su confianza en nosotros, así como, sentirse suficientemente entendido y cómodo para que vuelva, para continuar explorando sus dificultades, encontrando así nuevas estrategias que le animen a superar su adicción.

En todo este proceso es fundamental ejercitar lo que Miller y Rollnick (1999) llaman escucha reflexiva, o escuchar con reflejo. En definitiva sería el intentar entender qué significa para el paciente aquello que nos dice, es decir escuchar con

**Tabla 4**

**ESCUCHA REFLEXIVA**

- **Repetición.** Es la más simple. Se repite un elemento de lo que ha dicho el paciente
- **Refrasear.** El profesional repite algún elemento que ha dicho el paciente utilizando sinónimos o alterándolo ligeramente solo para clarificar
- **Parafrasear.** Aquí el profesional infiere lo que ha dicho el paciente y lo refleja con nuevas palabras, ampliando la perspectiva de lo que se ha dicho
- **Reflejar sentimientos.** Es la forma más profunda de reflexión. Se incorporan elementos emocionales para que el paciente se de cuenta (Señalamiento emocional)

empatía.

También es útil hacer sumarios de lo más crucial que se ha dicho en la entrevista.

**Tabla 5**

**ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA VERBALIZACIÓN DE FRASES**

**AUTOMOTIVACIONALES**

- *Balance de decisiones*
- *Elaboración*
- *Ir a los extremos*
- *Mirar el futuro*
- *Explorar objetivos personales*

ta. De esta manera se refuerza aquello que nos ha dicho el paciente, le demuestra que lo hemos escuchado y le prepara para iniciar cambios a la vez que vuelve a escuchar aquello que ha dicho y que le motiva.

No hay que olvidar que todos somos sensibles al refuerzo y agradecemos que se valoren nuestros aspectos más positivos y nos apoyen en nuestras decisiones.

Parte de la entrevista ha de ir encaminada a destacar los aspectos positivos del paciente, apoyar sus decisiones y favorecer y provocar afirmaciones de automotivación.

La escucha reflexiva consta de varias estrategias que deberemos escoger según el grado de entendimiento del problema. De forma gradual podemos empezar por la simple repetición de una palabra que dice el paciente para animarlo a que con-

tinúe explicándose y así poco a poco ir profundizando hasta que tengamos claro como se siente el paciente para poder incorporar elementos emocionales en la entrevista que le ayudarán a percibir con más claridad lo que quiere hacer con su adicción (tabla 4).

Con ello pretendemos despertar en el paciente la sensación de que hay cosas con rela-

ción a su adicción que reconoce que debería cambiar y que pueda expresar preocu-

**Tabla 6**

**ESTRATEGIAS ANTE LAS RESISTENCIAS**

- *Frases para reflejar*
- *Focalizar*
- *Empatizar y ceder en algunos aspectos*
- *Enfatizar en la libertad y control del paciente*
- *Reestructurar*
- *Paradoja terapeutica*

pación así como confianza con respecto a este cambio.

Las estrategias para facilitar la verbalización de frases automotivacionales (tabla 5) son muy variadas y para empezar suele

ser muy útil el ayudar al paciente a hacer un balance de decisiones, es decir que pueda valorar los pros y contras tanto de continuar con la conducta adictiva como de dejarla.

**Tabla 7**

**PRIMEROS INDICIOS DE CAMBIO EN EL PACIENTE**

- *La disminución de las resistencias*
- *El progreso dentro de la rueda del cambio*
- *La verbalización de frases automotivacionales*
- *Incremento por parte del paciente de preguntas respecto al cambio*
- *Imaginar el futuro con la nueva conducta*
- *Experimentar la nueva conducta, es decir disminuir o estar algún día sin beber*

Otro aspecto puede ser el intentar mirar el futuro tanto en un caso como en otro y también el poder ver las contradicciones que pueda suponer el continuar con la conducta adictiva para la consecución de sus objetivos personales.

En el transcurso de las entrevistas motivacionales hay varias cosas a tener en cuenta que pueden interferir en el proceso de cambio del paciente, es decir peligros que debemos detectar, como son la infravaloración de la ambivalencia, prescribir un plan inaceptable por parte del paciente, falta de dirección, precipitarse en dar consejos y sobretodo dar una sola opción. En definitiva, esto favorecerá la aparición en el paciente de resistencias.

La resistencia del paciente puede ser definida como la medida de la distancia que hay entre sus objetivos y los que nosotros le proponemos.

Las resistencias pueden expresarse de diferentes maneras como la argumentación, la interrupción, la negación o el ignorar lo que le decimos. Suele ser de gran ayuda aprender a percibir como signo de resistencia cuando el paciente, delante de nuestras propuestas terapéuticas, nos responde con un "sí pero...". Tenemos varias alternativas delante de manifestaciones de la resistencia y probablemente podremos trabajar más cómodamente con el paciente si aprendemos a utilizarlas (tabla 6).

Por otra parte existen una serie de síntomas que nos indican que el paciente empieza a plantearse algún tipo de cambio en su adicción, como pueden ser la disminución de las resistencias, el progreso dentro de la rueda del cambio, el verbalizar frases de automotivación como pueden ser frases del tipo: "ya sé que estoy bebiendo demasiado y esto me preocupa", o bien "me gustaría poder beber menos porque sé que me estoy perjudicando" (tabla 7).

Cuando un paciente ha resuelto la fase de la ambivalencia y está preparado para la

acción los objetivos principales serán el ayudar al paciente a decidir el cambio, colaborar en la elaboración de un plan aceptable para el paciente y abordar y manejar situaciones de resistencia al cambio.

No suele ser fácil negociar el plan de acción con el paciente puesto que muchas veces los objetivos de los pacientes no coinciden con los nuestros y para ello el plan ha de coincidir con las metas, necesidades, intenciones y creencias del paciente.

Resumiendo, en la entrevista motivacional priorizaremos en una primera fase el construir una buena base de motivación para el cambio para continuar fortaleciendo el compromiso para que éste se produzca y sobretodo pueda mantenerse.

Probablemente una de las cosas que más nos ayudará en todo este proceso será darnos tiempo para conocer al paciente, entender sus dificultades, aprender a confiar mutuamente y proponernos pequeños objetivos para que de esta forma no vea el proceso como algo inalcanzable sino posible.

## BIBLIOGRAFÍA

- GUAL A., COLOM J., 1998. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la atención primaria. JANO Vol. LIV,1241,40-44.
- MILLER, W.R., ROLLNICK, S., 1999. La entrevista motivacional. Editorial. Paidós. Barcelona.
- MILLER, W.R., ROLLNICK, S., 1996. ¿Qué es la entrevista motivacional?. RET. Revista de toxicomanías. Nº6.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C., NORCROSS, J.C., 1994. Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. RET. Revista de toxicomanías, Nº1.

# La dependencia de drogas en la mujer

Lina Menéndez Sánchez

*Trabajadora Social  
Centro de Salud Mental del Coto (SESPA)  
Gijón*

## MARCO

Las mujeres tienen una representación menor en el colectivo de toxicómanos que los varones. Están presentes de manera muy indefinida y superficial en los estudios sobre el tema. La toxicomanía parece no tener sexo, o mejor, tiene sexo masculino.

No se reconocen necesidades específicas a las mujeres toxicómanas, y los servicios y pautas de atención están referidos a los varones; suponiendo esto en muchos casos, barreras añadidas al acceso a los servicios asistenciales de la mujer adicta.

Las mujeres que toman drogas, utilizan menos los servicios de atención que los hombres, expresan no sentirse acogidas, comprendidas ni apoyadas, les disuade el miedo de las intervenciones que les separan de sus hijos, son conscientes de la imagen estereotipada que funciona sobre ellas, el imaginario social (en el que los profesionales de la atención también estamos inmersos):

- mujer degradada
- mujer delincuente
- prostituta
- pero sobre todo... "fracasada"

Es llamativo en ellas la baja autoestima y la desesperanza, la interiorización de este estigma.

No existen estudios de enfoque estructural ni procesual de la situación de las toxicómanas.

Es difícil, por todo esto, delimitar de qué manera el género juega un papel en la adicción a las drogas y de qué manera moldea las características de esta adicción.

He tratado de hacer una pequeña revisión sobre el tema, prestando especial atención a estudios realizados con la metodología de análisis de "trayectorias e historias de vida" (metodología a caballo entre lo clínico y lo etnográfico), que prestan mayor atención a la "cotidianeidad de la existencia"

Marsha Rossenbaum; aportaciones de la organización de mujeres con VIH + (Positively Woman). Me ha sido de gran utilidad el estudio realizado en Asturias en 1987 entre mujeres adictas a tratamiento con metadona por Tina Ibáñez y Manuel Fonseca ("Entre la impotencia y la emancipación: historia de mujeres con toxicomanías")

Asimismo, realicé una pequeña revisión de las historias clínicas de mi centro de trabajo. Historias de mujeres adictas persiguiendo itinerarios escindidos, en la mayor parte de exclusión, rastreados por servicios sanitarios, sociales, programas de reinserción. Y cómo no, la discusión con compañeras y compañeros y contrastar tendencias recientes con Margarita Eguigaray (Departamento Evaluación y Registro de Casos SESPA).

Ved por tanto, lo que sigue, no como algo redondo y acabado, sino como ideas para pensar sobre el tema con mirada larga.

También deseo que nos sirva de reflexión sobre la inutilidad y lo paradójico de elaborar estrategias de atención destinadas

a influir supuestamente sobre las vidas de los usuarios de los servicios en la línea de lo ahora llamado "modificar estilos de vida", término muy de moda en la Salud Pública. Sin cuestionar lo más mínimo aquello que hace aborrecible la vida o qué es lo que la puede hacer deseable. Esto supone pensar en OPORTUNIDADES, ALTERNATIVAS DISPONIBLES, APOYOS... ACCESIBILIDAD.

### **Reflexiones sobre el perfil de las mujeres adictas**

- Mayoría de hombres: 84,3% frente a 15,7%. Razón \_.
- Tendencia al aumento de presencia de mujeres en primeros contactos.
- Edad media: 29,6.

### **INICIO**

No son capaces de aislar una o más causas que las llevaron a la adicción. Lo explican como algo procesual; algo "que ocurre"; en muchas ocasiones (no siempre) a través del varón adicto con el que tienen lazos afectivos. Para las mujeres jóvenes, incluso para mujeres más adultas, con vidas sin contenido ni oportunidades, existe la percepción de que esto es una expansión de sus opciones de vida. De algún modo buscan parte de una escena social que creen completa, excitación, euforia... La heroína tiene la reputación de ser la droga más dura, y las que la usan reciben un estatus especial (subversivo?).

Una vez iniciada, la mujer se convierte en adicta con más rapidez y mantiene un hábito de consumo mayor (ponerlo en relación con mayor aislamiento, ruptura de red de relaciones asociado al estigma del consumo y dependencia casi exclusiva del varón consumidor).

Suelen unirse a hombres adictos. Es significativa la sobrerrepresentación del grupo de mujeres separadas-divorciadas en relación con la población general y

con el grupo de mujeres de la misma edad y condiciones sociales (inestabilidad de relaciones, proyectos de vida frustrados).

### **CONVIVENCIA**

Entre un 60-63% aproximadamente de las mujeres adictas, convive con una persona toxicómana. Por contra, los varones adictos tienen un porcentaje alto de convivencia con parejas no toxicómanas. Se ha llegado a hablar de la mujer toxicómana, como "pareja adicta".

El consumo de heroína y su búsqueda suele ser el punto de unión. La mujer tiene más facilidad para conseguirla (más facilidad para la distribución y el trapicheo), o es proveedora a través de la prostitución.

Pese a que los roles sociales se invierten (la mujer financia el hábito de su pareja), la conducta de ella suele ser de sumisión y dependencia... con un progresivo estado de abandono y deterioro afectivo.

La droga obvia aspectos tan importantes como el sexual y el afectivo, que prácticamente no existen.

Las mujeres adictas viven en una subcultura dominada por varones y valores masculinos, en la cual ellas juegan papeles secundarios y dependientes (roles tradicionales, celos, aislamiento, maltrato).

Se consideran despreciadas por los demás en mayor grado que los varones adictos.

Baja autoestima, atribuyendo al varón "la eficacia, la fuerza y la autoestima" en mayor medida que otras mujeres de su grupo social de referencia y que los hombres adictos.

Todas las mujeres que continúan con pareja estable toxicómana, cuidan de sus hijos (¿...cuestiona lo imaginario, madre abandonica, ambivalente?)

En caso de ruptura de la pareja, los abuelos maternos principalmente, se ocupan de los niños (¿dónde queda el rol de madre? ¿maternidad robada?).

En las historia revisada por mí, de 53

casos, 25 mujeres tenían hijos menores, 18 de las cuales mantenían la custodia, 5 convivían con los abuelos paternos en régimen de acogimiento familiar y dos niños vivían en instituciones públicas con la tutela asumida por el Principado:

- comunidades terapéuticas no admiten mujeres con hijos
- casas de acogida
- medidas de primer nivel en infancia (guardería, alimentos, apoyos para evitar la institucionalización)

#### **Nivel de Instrucción:**

- 22,6 % Estudios elementales.
- 43,1 % Graduado escolar.

Abandono proceso educativo en niveles y edades tempranas.

#### **Ocupación:**

- 72 % Sin actividad laboral.
- 39 % Prostitución.

Sólo 5,1 % Trabajo estable.

#### **Actividades Marginales:**

- Robos pequeña escala.
  - Trapicheo.
- Condenas o prisión 28,2 %.

#### **Heroinómanas que se prostituyen**

Estudio de prostitución en Asturias. Ignacio Pons. Dirección Regional de la Mujer.

Horarios y comportamientos diferentes.

Objetivo: conseguir la dosis.

Tarifa más baja.

De las prostitutas menores de 23 años, el 27% son heroinómanas.

De ellas, el 51,6% tienen hijos, y de éstas el 65,5% los tienen con ellas.

El 41,9% no pasa revisión médica periódica (la regla general del colectivo de prostitutas es del 20%). Otra vez, problemas de acercamiento a los servicios,

problemas de salud pública (Unidades de ETS).

#### **Infección VIH en mujeres que consumen drogas**

El colectivo de mujeres toxicómanas empieza a ser visible con el riesgo de propagación de la infección por VIH. Problema de Salud Pública, políticas de reducción de riesgo.

Los roles ligados al sexo y el estigma de la adicción hacen de las mujeres adictas una de las poblaciones más difíciles de abordar de cara al control de la infección por VIH.

La mujer con VIH+ está rodeada de imágenes negativas: mujer sexualmente activa, promiscua... independiente de cuál sea su estilo de vida.

Las mujeres con VIH+ , usuarias o ex-usuarias de drogas, aportan una triple carga de estigma: la asociación entre uso de drogas, desviación y autodestrucción, y las imágenes de perversión sexual asociadas al SIDA.

El estigma funciona como elemento que provoca el aumento del riesgo de daño. Tienen miedo a acercarse a los sistemas de atención médica y social, resulta disuasorio el miedo a ser juzgadas, a perder a sus hijos... Habría que pensar en estrategias nuevas a incluir en los programas de reducción de riesgo:

- consejo en temas de planificación familiar
- asesoramiento al embarazo o a la interrupción del mismo
- grupos de autoapoyo de mujeres adictas (su autoimagen devaluada y su dependencia del varón adicto, las aísla)
- apoyos de guardería, canguros, madres sustitutas, educadores sociales
- revisar las estrategias de intervención de los servicios de atención a la infancia para darles la posibilidad de mantener a sus hijos cerca. Existe la premisa, común por otro lado, de que el uso de drogas, "per se", es razón para cuestionar radi-

calmente la capacidad de asumir las responsabilidades parentales . (1)

- "Poner un techo sobre nuestras cabezas, comida en nuestros estómagos, estabilidad e información en el tratamiento"... propuestas de Positively Woman.

Las posibilidades para acceder a programas sociales excluyen a este colectivo. Desde condiciones formales y burocráticas difíciles de cumplir (censo, inscripción en INEM, domicilio fijo), hasta estigma que incluso dentro de programas de discriminación positivo destinados a la asistencia de colectivos de mujeres vulnerables, las ignora.

Si uno de los objetivos más importantes de los programas de reducción de riesgo es intentar mantener al usuario de drogas en contacto el mayor tiempo posible con servicios socio-sanitarios para aumentar su calidad de vida, habrá que intentar primero crear vínculos ante los sistemas de atención a través del apoyo a la construcción de una demanda sostenida a través de una relación profesional, individualizada, de confianza que cumpla funciones de sostén y mediación.

## EN TORNO AL SOSTENIMIENTO CON METADONA...

La metadona suele ser para las mujeres adictas, un importante elemento de estabilización.

Las mujeres, por su forma y hábitos de

consumo, sufren más físicamente que los varones y la representación de sí mismas, la autoimagen, se deteriora más.

Los varones adictos se ven a sí mismos, con frecuencia, como "hombres de juventud desordenada".

Por contra, las marcas físicas y anímicas de "mujer fracasada" aparecen con rapidez en la mujer adicta.

Muchas mujeres adictas, quieren cambiar sus vidas:

- por la inundación de sus vidas por la heroína, no tienen tiempo más que para adquirir y consumir su dosis (y la de su pareja), suelen descuidar sus hijos, dejar su trabajo, debilitarse por sus problemas de salud, el "mono"... incapacidad de ordenarse, hacer planes, ambivalencia afectiva, incapacidad de soportar la tensión, bajo umbral de tolerancia a la frustración...

- las mujeres adictas desean recuperarse cuando se quedan embarazadas. El control de la natalidad no es común (ni el control de nada, de su vida, de su cuerpo). Debido a su situación física deteriorada... anemia, mala alimentación... la falta de regla no es un evento, suelen tardar en enterarse de que están embarazadas y, por lo tanto, la profilaxis y los cuidados son nulos (otra vez la accesibilidad de los recursos sanitarios)

El miedo al nacimiento del bebé adicto y, como consecuencia, la retirada de la custodia (comentar los programas específicos

(1) Un ejemplo de a donde nos puede conducir la penalización del consumo y la persecución de las toxicómanas embarazadas o gestantes lo supone el caso de Jenifer Clarice Johnson (1989), acusada de "tráfico de drogas en la persona de su hijo en gestación". Jenifer, mujer joven, negra, adicta a la cocaína, fue juzgada en el condado de Seminole Florida. La Ley de Florida no considera al feto persona, por lo que le Honorable Juez O.H. Eaton Jr. utilizó el "rebuscado argumento" de que la "entrega" se realizó tras el parto entre los 60-90 segundos que se tarda en cortar el cordón umbilical. Jenifer había intentado realizar tratamiento durante su embarazo pero "los recortes en programas sociales del Estado de Florida no le facilitaron el acceso "negra y pobre".

La penalización de las usuarias de drogas embarazadas es la antítesis de la propuesta de reducción de daños, por el contrario aumenta el riesgo de daño apartando a la mujer toxicómana de los profesionales sanitarios que la ayudaría a tener una gestación normal y niño saludable, y desvía la atención a las "madres malas" ocultando las carencias asistenciales. La reducción de programas de bienestar, el desigual acceso a la información, "es un castigo cruel e irracional" a los miembros más vulnerables de la sociedad.

de metadona para mujeres embarazadas, inclusión urgente).

La metadona supone, dentro del caos de sus vidas, el sometimiento a un control. Supone también autoprotección frente a "la calle", a la mirada hostil de algunos profesionales, etc. Las mujeres tienen elevada presencia en el tiempo en los programas de metadona.

La vulnerabilidad emocional y el estigma del rol de adicta, unido a las dificultades para la reinserción hace que su destino sea los programas de metadona y la protección social (dependencia de los programas públicos).

De nuevo los programas de reinserción están pensados para varones( INTEGRA ...PRINCE 35 hombres 12 mujeres...transformaciones metálicas, construcción, .....)

Las comunidades terapéuticas que admiten mujeres son pocas. Mujeres con hijos pequeños ninguna.

(Dato: El número de mujeres que accede a los programas de Proyecto Hombre, disminuye de forma importante cuando se pasa a la fase de C. terapéutica y a la fase de reinserción, con el doble de mujeres en fase de acogida que en el resto del proceso).

En la asistencia vemos que cuando hay articulación adecuada de recursos y se tiene en cuenta la especificidad de este colectivo los resultados son satisfactorios (IMI municipal en Gijón, 12 personas usuarias de drogas de un colectivo de 120 trabajadores 7 varones 5 mujeres todas terminaron )

## EPILOGO

La adicción en el hombre es un problema de salud pública, de seguridad, economía, laboral, de orden público....

La adicción en la mujer se define como un problema "social" y "moral". Cuestiona el orden y la estabilidad familiar, con su "inestabilidad" y "conducta abandonada" y con su "comportamiento inmoral".

Pese a que la mujer mucho más que el

hombre esta SOCIALIZADA para la DEPENDENCIA. La dependencia a las drogas y al alcohol (no ya a los psicofármacos) es una amenaza real a las fronteras entre los roles masculino y femenino. (Oscilando siempre entre la dependencia y la rebeldía).

No quiero olvidar que papel tiene en esta ESTIGMATIZACION, el que, en un principio.... en la ingesta, en el consumo..... se jugaba algo que tiene que ver con PLACER

## BIBLIOGRAFIA

ROSSENBAUM, M. 1985. "Abusos y Dependencia en la Mujer". Editada y traducida por Rodríguez Vega Blanca. Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer. Madrid.

"OSSITIVELI WOMAN" Ideario de Asociación. Citada en "VHI y Drogas".

S. HENDERSON, 1995. "La Reducción de Daños relacionado con las Drogas". Grupo IGIA. Barcelona.

UNIDAD DE EVALUACIÓN DEL SESPA (Registro Casos), 1998. Datos enviados a Memoria del Plan Nacional de Drogas.

HISTORIAS CLÍNICAS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DEL COTO (GIJÓN), Y DE LA UTT DE GIJÓN.

POIVIER y cols., 1983. "Les Recits de Vie Teorique e Practique". PUF. París.

IBAÑEZ, F.; FONSECA, M., 1987. "Entre la Impotencia y la Emancipación. Historias de Mujeres con Toxicomanías". Actas del Primer Congreso Asturiano de Sociología. Ed: Asociación Asturiana de Sociología.

DIAZ, MV; MENÉNDEZ, L. "Más allá de la Queja". Estudio Demanda Mujer en Salud Mental. Biblioteca Hospital Psiquiátrico de Oviedo (SESPA).

# Sobre el alcohol y las drogas en la población "sin hogar"

Milagros Castro Rodríguez

*Trabajadora Social*

*Oficina de Información al Transeúnte y de la Asociación Gijonesa de Caridad Gijón*

## INTRODUCCIÓN

En primer lugar, agradecer a la organización del Seminario Adicciones y muy especialmente al Doctor Pedro Marina por haber invitado a la Oficina de Información al Transeúnte a participar en él.

En esta nuestra profesión del Trabajo Social con el colectivo "SIN HOGAR", la detección de las problemáticas en el trabajo de campo diario, es más sencillo que exponerlas en un Foro.

La utilización por los individuos de sustancias que modifican su estado de ánimo y alteran su conducta, es tan antigua como la propia humanidad. Y es a finales de los años setenta en España comienza a desarrollarse una nueva patología que en el futuro tendrá una importante trascendencia social: "el consumo y la dependencia de las drogas ilegales y opiáceos.

El complejo perfil de los toxicómanos de aquellos consumidores, llevó a desarrollar diversas estrategias asistenciales que tenían como objetivo la abstinencia y la consolidación de la misma. Así, se estructuraron los "Programas libres de drogas".

Con la aparición del SIDA, nacen otros Programas asistenciales con objetivos encaminados a la reducción de daños.

Hablamos de normalización y en muchos recursos, el simple antecedente de toxicomanía, es motivo excluyente de acceso al mismo. No debemos olvidar, que mientras nosotros estamos aquí tratando de analizar

el perfil de los SIN HOGAR Drogodependientes, sus demandas, los recursos existentes, etc.; aún existen personas que durante el período de marginalidad que sufren, están adquiriendo unos hábitos no beneficiosos para ellos, una pérdida de visión de futuro, viven solo para consumir su dosis o beber lo necesario para ahogar sus temblores matutinos, una caída de sus expectativas, pérdida de su autoestima, etc.

Por lo tanto, el problema no se arregla solo con ubicarlos en un hogar digno, en un empleo estable o en una Comunidad terapéutica adecuada; es necesario "arreglar" personalidades destrozadas por una dependencia, cambiar tendencias adquiridas, recuperar hábitos olvidados, comunicar realismo y autoestima.

## 1. LA REALIDAD DEL TRANSEUNTISMO EN GIJÓN

Gijón, como ciudad media en cuanto a número de habitantes (290.000 aproximadamente), con un clima, tanto en invierno como en verano, lluvioso y cálido en cuanto a temperaturas se refiere, es paso obligado en la franja norte hacia las Comunidades de Galicia, Cantabria y País Vasco.

Se constituye como un lugar atractivo para las personas SIN HOGAR, teniendo en cuenta además del clima, la existencia de una buena cantidad y calidad de servicios para la cobertura de sus necesidades.

Todo ello hace que además de las personas de Gijón y el resto del Principado, llegue a nosotras un gran número de transeúntes que provienen de ciudades del resto de España y se asientan por un tiempo indefinido en nuestra Comunidad, ya que en muchas ocasiones en la propia no hay recursos para este colectivo, también puede ser que los que haya sean escasos, o bien cuando los hay, ya hayan agotado su estancia en los mismos.

## 2. GÉNESIS Y FECHA DE CREACIÓN DE LA OFICINA DE INFORMACIÓN AL TRANSEÚNTE

Hasta 1990 en la ciudad de Gijón existían varias instituciones encargadas de la atención al colectivo de transeúntes e indomiciliados de carácter tanto público como privado: Ayuntamiento de Gijón, Policía Municipal, Colegios, Cáritas Interparroquial, Albergues de acogida (Cocina Económica, Albergue Covadonga), etc. Todas estas entidades trabajaban de manera individual y descoordinada entre sí, surgiendo picarescas y atenciones duplicadas, malgastando los recursos y ocasionándose negocios pícaros con los "vales de comedor" y las estancias en los albergues.

Será el proyecto de una trabajadora social, ADORACIÓN CALDERÓN, quien con el apoyo inicial de Cáritas Interparroquial, consiga implicar al resto de las instituciones que trabajaban con este colectivo, así como una subvención de la Fundación Pública de Servicios Sociales, dependiente del Ayuntamiento de Gijón, para su puesta en marcha.

Así nace en el año 1990 la Oficina de Información al Transeúnte (O.I.T. de ahora en adelante), como proyecto pionero de "Coordinación Interinstitucional" en la ciudad de Gijón; y con la finalidad de ofrecer una respuesta a la compleja problemática del sector de "Indomiciliados" o colectivos "Sin Techo".

Este centro comienza su andadura el 8 de

Septiembre de 1990.

Parte, de la necesidad de coordinar en la ciudad de un modo eficaz todas las acciones que se están realizando en torno a la problemática del transeúnte y otros colectivos marginados que están englobadas en los Servicios que al transeúnte se ofrecen, tratando de evitar la duplicidad de recursos, dando mayor coherencia y efectividad a la acción, tanto para las instituciones como para el colectivo.

La Oficina constituye, por lo tanto, un intento de favorecer una atención integral de tipo social (de emergencia o prolongada), atajando situaciones de riesgo o detectando éstas, de este grupo social llamado "Sin Hogar". Grupo que por otra parte, no surge como colectivo social aislado, si no que se engloba en el fenómeno de la Pobreza, siendo en multitud de ocasiones el rostro más doloroso de la misma.

Nuestro proyecto de O.I.T. se trata pues, de uno de los programas más serios y ambiciosos que existen actualmente para el colectivo que nos ocupa (en cuanto a Puerta de Entrada al Sistema de Protección Pública y Privada se refiere), si tenemos en cuenta varias causas a destacar:

- Por un lado la "exitosa" modalidad de llevar a cabo una COORDINACIÓN interinstitucional, superando barreras entre lo Público y lo Privado; desde ésta óptica la O.I.T., se constituye como modelo donde (ya desde el año 1990) diversas entidades apuestan por una protección social al Sin Hogar; Coordinada, Programada e Integral, sin olvidar que esta coordinación necesita alimentarse de la cesión de parcelas propias en favor de un bien común.

- Hablamos de la O.I.T. como proyecto ambicioso, ya que supera el asistencialismo y potencia una atención integral. La O.I.T. nace con Objetivos de Normalización, en sus nueve años de andadura ha intentado, no sin esfuerzo, no sólo hacerse un hueco en la Política Social Municipal, sino también constituirse como el recurso de referencia obligado para mejorar la calidad de vida tendiendo a la inserción de las personas Sin Techo.

- Desde la Oficina, se facilita la atención urgente y la cobertura de las necesidades más básicas, pero en nuestro modelo de atención apostamos también por trabajar en la detección de nuevos perfiles y nuevas necesidades, ofrecemos la posibilidad de dar "El salto", es decir, trabajamos en el largo y sinuoso camino de la inserción social: presentando proyectos y poniendo la voz de quienes por vivir en la calle la tienen apagada, y por último, apostamos con firmeza por la sensibilización de la población con respecto al colectivo.

A lo largo de estos años nos hemos abierto hueco, y somos conscientes de estar cubriendo una parte importante de la Política Municipal de Servicios Sociales.

### 3.FICHA INSTITUCIONAL

#### 3.1 NOMBRE DEL CENTRO

OFICINA DE INFORMACIÓN AL  
TRANSEÚNTE

#### 3.2 UBICACIÓN Y TELÉFONO

SE ENCUENTRA EN LA AVDA. DE  
LA CONSTITUCIÓN 45-BJ. 33.208  
GIJÓN. (ASTURIAS). TFNO: (98)  
516.14.54

#### 3.3 HORARIOS

DE LUNES A SÁBADO:  
MAÑANAS DE 9:30 H. A 13:30 H.  
TARDES DE 18:00 H. A 21:00 H.

DOMINGOS Y FESTIVOS CERRADO.

#### 3.4 DEPENDENCIA INSTITUCIONAL

Depende de la COORDINADORA  
INTERINSTITUCIONAL DE  
TRANSEÚNTES DE GIJÓN, que está inte-  
grada por las siguientes Instituciones:

.ASOCIACIÓN GIJONESA DE CARI-  
DAD.

.ALBERGUE COVADONGA.

.CÁRITAS INTERPARROQUIAL (que  
se encarga de su gestión).

.FUNDACIÓN PÚBLICA DE SERVI-  
CIOS SOCIALES (que se encarga de su  
financiación).

#### 3.5 BENEFICIARIOS

- Personas desarraigadas.
- Que carezcan de recursos económicos y familiares.
- Hombres y mujeres mayores de 18 años.

#### 3.6 CARACTERÍSTICAS DE LOS BENEFICIARIOS

- PERSONAS INDOMICILIADAS: Carentes de domicilio, pero con arraigo en la ciudad o zonas cercanas. Es preciso señalar la necesidad de dar apoyos diferentes a estos colectivos, pues en tanto que a los transeúntes se les debe favorecer el asentamiento en su lugar de origen, a los indomiciliados se les debe evitar que pierdan éste.

- PERSONAS EXRECLUSAS: A veces pendientes de percibir subsidio por desempleo. Pueden ser indomiciliados o bien transeúntes.

- PERSONAS CON PROBLEMÁTICA RELACIONADA CON ALGÚN TIPO DE TOXICOMANÍA: Tanto la toxicomanía ética, que es una problemática común en los albergues como las nuevas toxicomanías, afectan en general a personas jóvenes y está en la mayoría de los casos relacionada con la delincuencia. Son usuarios continuos de instituciones, si bien la cobertura a su problema pasa por otro tipo de medios o soluciones. Al mismo tiempo, estas personas acuden a nuestros servicios, intentando cubrir gratuitamente sus necesidades a la vez que ejercen medios ilegales o marginales con que seguir sosteniendo su adicción.

- **PERSONAS CON PENSIONES MÍNIMAS:** Estas personas carecen de núcleo familiar y deben subsistir con unos ingresos mínimos. La persona que en estas circunstancias venga de otras provincias recibirá el mismo trato que los transeúntes normales, favoreciendo su asentamiento en su lugar de origen a través de una adecuada información y asesoramiento sobre como acceder a los servicios sociales.

Aquella otra que pertenezca al grupo de los llamados indomiciliados, recibirá la información y apoyo psicosocial necesario para que con ésta percepción y la ayuda necesaria del comedor social u otro recurso, permanezca en la zona y normalice su vida personal y social en la medida de lo posible, con un seguimiento adecuado.

- **PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y/O PSÍQUICAS:** En muchos casos, este colectivo es receptor de alguna modalidad de pensión o de cobertura, otras están en trámites de ella, y muchas veces, aún careciendo del grado necesario para conseguirla, están en una situación física y/o psíquica que les impide la vida normal. Muchos casos son extremos, otros van progresivamente hacia ese punto por las variables de alto riesgo que les rodean.

En ésta línea reivindicamos la necesidad de ampliar la cobertura de éste organismo a enfermos que necesitan media o larga estancia en Centros semihospitalarios que les proporcionen una garantía de cuidados a su salud física y/o psíquica.

Hoy son usuarios de Albergues y plantean a éstos no pocos problemas por la sobrecarga que supone en atención, largas y continuadas estancias y seguimiento de sus procesos de salud. Con frecuencia se trabaja en el vacío pues cuando regresan al Albergue se observa un mayor deterioro.

- **PERSONAS QUE TRADICIONALMENTE HAN PERTENECIDO A GRUPOS MARGINALES Y/O ATÍPICOS:** Esta tipología va referida a aquellas personas que llegan a los

albergues en dos situaciones diferentes:

1. Personas que por sus características añaden a su marginación, pobreza cultural tradicional, como los gitanos o portugueses.

2. Personas de edad, que pueden pertenecer o no al grupo anterior, pero cuya marginación está arraigada, como los vagabundos tradicionales.

- **PERSONAS CON UN PROBLEMA DE EMERGENCIA SOCIAL:** Esta tipología no es muy abundante, aunque suele presentarse bastantes veces a lo largo del año. Son personas que – bien de la ciudad o bien de fuera de ella – repentinamente se encuentran sin vivienda ni recursos, por haber sufrido algún percance o por un problema de emergencia (robo, incendio, malos tratos, desahucio...), y cuyo proceso vital puede haber sido normal hasta el momento o haber presentado anomalías no profundas.

Esta tipología no es ni mucho menos completa, ni pretende ser tampoco una guía de toda la problemática que recoge un Albergue. Es una simple orientación basada en nuestra experiencia y que señala que a veces el problema del paro no es lo que más incide en la demanda del servicio, si bien, con un trabajo normalizado parte de la demanda desaparecería, siempre que con él se les diese a las personas otros cauces de transformación cultural y de valores.

- **EXTRANJEROS:** Son un colectivo cada vez más representativo en la atención ordinaria de esta Oficina. Destacaríamos tres grupos de personas según el lugar de origen:

1. Aquellas que debido a la libre circulación de trabajo en Comunidad Económica Europea, hace que personas de países con economías más precarias emigren al nuestro en búsqueda de trabajo, ej. Portugal. Suelen ser personas con estudios primarios y de escasa cualificación.

2. También es de destacar al grupo de personas que vienen de los países del Este, ej.

Rumania, Croacia, Yugoslavia, etc.; que vienen huyendo de situaciones de gran pobreza en su país o de guerras. Por regla general tienen un nivel cultural medio o alto y aunque comienzan desempeñando trabajos de economía sumergida, con el tiempo suelen salir adelante con mayor facilidad.

3. Aquellos que vienen de la franja norte de África, en los que se detectan dos tipos de situaciones, los que vienen de países en conflicto o bien aquellos que vienen de países con pobreza extrema, buscando una mejor situación económica. En la mayoría de los casos desempeñan trabajos de venta ambulante, temporeros en la recogida de fruta...etc., cobrando menos de lo habitual y viviendo en lugares en condiciones marginales.

### **3.7 SERVICIOS QUE OFRECE EL CENTRO**

- Acogida, atención y recogida de la problemática planteada por la persona que acude al servicio.
- Orientar, valorar y diagnosticar la situación presentada para derivar posteriormente hacia el servicio que corresponda.
- Servir de puerta de entrada a la utilización de albergues y comedores existentes en la ciudad.
- Gestionar la entrada en residencias, centros e instituciones de la ciudad y fuera de ella (tercera edad, toxicomanías, etc.).
- Tramitación de documentos y/o gestiones relacionadas con el carnet de identidad, empadronamiento, pensiones, temas laborales, asuntos judiciales, etc., de las personas que lo precisen y tengan su domicilio habitual dentro de la Comunidad Autónoma.
- Trabajo con objetivos de rehabilitación, promoción y reinserción.
- Servicios puntuales de emergencia.
- Mantener cauces abiertos a la investigación social, denunciando ante las instituciones pertinentes aquellas situaciones de riesgo social detectadas desde el centro con el fin de conseguir acciones encaminadas a nuevas alternativas.
- Gestión, tramitación y seguimiento de 15

plazas de I.M.I. concedidas por el Ayuntamiento de Gijón para personas sin hogar.

### **TODOS LOS SERVICIOS QUE SE OFRECEN SON GRATUITOS**

## **4. PRESENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LOS SIN HOGAR**

Como dice Cabrera (1998) en su reciente investigación sobre las personas Sin Hogar, no hay ningún estudio sobre personas Sin Hogar que no incluya algún epígrafe destinado a hablar de los problemas derivados del abuso del alcohol y otras sustancias tóxicas. Si hace apenas diez años se podía afirmar que "la droga del transeúnte es el alcohol", en la actualidad es algo que no está tan claro. De hecho el hachís es una sustancia muy habitual en el consumo, casi diario, entre la población SIN HOGAR en tasas tan importantes y casi en igual proporción que el alcohol.

Si para determinadas personas el consumo excesivo del alcohol puede haber sido la circunstancia que precipitó el proceso de movilidad social descendente y el desarraigo afectivo y relacional, para otra gran franja de población ha sucedido al contrario: que han llegado a hacer uso abusivo del alcohol como consecuencia de verse tirado en la calle. Beber puede ser una forma barata de "entrar en calor" cuando no se dispone de calefacción. Igualmente, puede ser utilizado como desinhibidor único e imprescindible para ejercer determinadas conductas antisociales, como por ejemplo, el mendigar, etc.

Todos los estudios, y el trabajo de campo diario, con las personas Sin Hogar nos arroja el dato que los problemas con el alcohol afectan más a los varones que a las mujeres. Importante es comparar la evolución de la aparición de problemas ocasionados por el alcohol en el ámbito familiar, social, trabajo, relacional, etc.

Junto al potencial destructivo y gran deterioro psico-físico originado por cada toxicomanía, hay que tener en cuenta el cauce por

el que los SIN HOGAR acceden a la sustancia a consumir, que en gran medida vendrá marcado, no por la legalidad o no de la sustancia sino por el precio en el mercado. En este sentido, el alcohol de mala calidad "vino peleón" y envasado en tetra-brik, ocupa un lugar privilegiado: es barato y muy accesible a cualquier persona.

Otros consumos, sin embargo, resultan más caros y más difíciles de mantener cuando la situación económica es muy precaria; salvo que se opte por conseguir los medios económicos por vías ilegales y con todas las consecuencias que este cauce llevaría a los consumidores.

Actualmente, podemos afirmar que la droga de las personas Sin Hogar no es el alcohol. Para una gran parte de ellos, el alcohol ha dado paso, o se ha visto acompañado por el abuso de otras sustancias tóxicas. Aunque es importante señalar que las pautas que marcan el tipo de personas Sin Hogar se ven afectadas por el consumo en exceso de drogas, son diferentes a las que inciden sobre las tasas de abuso del alcohol. Si las personas que se veían afectadas por el alcoholismo eran fundamentalmente varones de más de 40 años, las personas que tienen serios problemas con las drogas son los jóvenes.

Según Cabrera (1998), "mientras que el alcohólico crónico Sin Hogar en buena medida "se hace" en la calle, las personas toxicómanas Sin Hogar "se crean" antes de verse viviendo en la calle".

La condición Sin Hogar, en general, les supone un obstáculo para poder mantener su adicción; sin embargo, en el caso de las personas alcohólicas que carecen de hogar, "la calle" les facilita la dependencia.

Desde la apertura de la Oficina de Información al Transeúnte, en el año 1990 hasta hoy, la atención al colectivo drogodependiente ha ido evolucionando pasando por diversos cambios; así como también han cambiado los perfiles, las demandas, hábitos de consumo, etc. De sobra es sabido por todos, las diversas formas de atención que actualmente existen para personas toxicómanas: PROGRAMAS LIBRES DE DRO-

GAS, PROGRAMAS DE METADONA, REDUCCIÓN DE DAÑOS, COMUNIDADES TERAPEÚTICAS, ATENCIÓN HOSPITALARIA, DESINTOXICACIÓN AMBULATORIA, etc.

La droga sitúa a la gente en la calle con mayor rapidez que el alcohol y en unas condiciones de salud, con mayor grado de deterioro Psico-físico. La droga, pues, golpea cada vez más fuerte al núcleo de los jóvenes. Abandonan su hogar familiar y trabajo como consecuencia de la dependencia vinculándose más aún al mundo de la calle y las consecuencias que suponen esta forma de vida.

Si a ello se le une la escasez de recursos específicos para este colectivo y las respuestas lentas y descoordinadas, el problema se hace aplastante y las soluciones más difíciles, puesto que el trabajo de las Trabajadoras Sociales sin la existencia de recursos adecuados y específicos emerge como incompleto.

Su interés vital está en conseguir la dosis mínima diaria. Muchos han pasado por correccionales, cárceles o núcleos familiares desarraigados desde su primera infancia. A pesar de ello, no tienen interés por mantener su estancia en el Albergue, ésta se puede considerar con carácter de emergencia y eventual (para una recuperación física).

Es una población que origina importantes conflictos, sobre todo, cuando sufren el SÍNDROME DE ABSTINENCIA. Pero los Albergues hemos acogido a este colectivo por la inexistencia de otro más adecuado, careciendo incluso de los medios materiales y profesionales adecuados para intervenir sobre este nuevo modelo de transeuntismo como son los toxicómanos deambulantes. La realidad es que el usuario llega a nuestra Oficina muy deteriorado física y psíquicamente, producto del uso y abuso de todo tipo de drogas unido al rechazo familiar, social y de instituciones en las que él reclama ayuda.

Desde la O.I.T. se detecta día a día el aumento progresivo de las personas con dependencia y adicción al alcohol y a otras

drogas, sobre todo a éstas últimas sustancias. Las causas son múltiples:

- Problemas familiares
- Problemas personales
- Aislamiento social
- Internamientos prolongados
- Conductas alterables y frágiles

## 5. PERFIL Y HÁBITOS DE CONSUMO DE LA POBLACIÓN SIN HOGAR DROGODEPENDIENTE

¿Quiénes son esos toxicómanos "Sin Hogar"? ¿Son una franja de edad? ¿Pertenece a una clase social determinada? ¿Son delincuentes? ¿Quiénes son?

**SON PERSONAS CON UNA AFECCIÓN IMPORTANTE Y QUE PRECISAN DE UN TRATAMIENTO ADECUADO Y UNA ATENCIÓN URGENTE Y RÁPIDA.**

Existe un perfil de atención desde la OFICINA DE INFORMACIÓN AL TRANSEÚNTE que son consumidores de drogas y alcohol, en quienes parecen cebarse todos los daños físicos, psíquicos y sociales que destruyen no pocas vidas personales y proyectan a la sociedad la imagen del drogodependiente marginal, enfermo, culpable de su situación, "tirado" y, sobre todo, visible. Pero, la sociedad, quizás perciba todas estas expresiones despectivas y no le llegue lo verdaderamente humano que hay en toda persona alcohólica o drogadicta: sufrimiento, angustia, temor, soledad, aislamiento social y familiar, falta de comprensión de la enfermedad juzgando no pocas veces a la persona, y sobre todo, un reclamo continuo "a su manera", de ayuda continua y apoyo.

Es bien conocido el cambio en los perfiles y pautas de consumo en la población toxicómana, debido fundamentalmente a:

- El fuerte crecimiento del consumo de alcohol entre la población adolescente, mujeres y jóvenes.

- La reducción del consumo de heroína, así como el progresivo deterioro de las condiciones socio-sanitarias de la población inyectora.
- Crecimiento del consumo de cocaína.
- Aparición de las denominadas drogas de diseño.
- Consolidación del fenómeno de poli-consumo o ingesta simultánea de distintas sustancias.

Estos cambios en las pautas de consumo de las diferentes drogas, se traduce en la modificación de las características de la población consumidora, de tal forma, que actualmente coexisten perfiles diferenciales, que con especial transcendencia destacamos:

1. Los jóvenes, cuya edad de inicio al consumo se reduce de manera importante y que constituyen hoy en día un perfil demandante de nuestros servicios, sin reconocer su consumo como daño (heroína fumada, pastillas, hachís,...), que viene a reforzar la necesidad de diseñar programas preventivos dirigidos con "originalidad" a evitar/reducir el consumo de sustancias. La O.I.T. constata que los mensajes no son válidos en cuanto a prevención se refiere.

\* Dentro de este perfil de jóvenes, cabe destacar el creciente aumento de jóvenes entre 18 y 24 años de edad con hábitos de consumos solo durante los fines de semana. La sustancia utilizada: drogas de diseño más porros o tripis e ingesta de alcohol en grandes cantidades.

2. Los consumidores crónicos, cuyo fuerte deterioro en sus condiciones socio-sanitarias, están haciendo posible reconocer, de una vez, la falta de estrategias de ayuda y acercamiento que desde los servicios especializados hemos puesto en marcha durante años: ¿Qué hemos hecho en la atención directa? ¿Qué hemos hecho en el camino hacia la prevención?. Se trata de la población que consume heroína inyectada, en altas dosis sin protección para las

Enfermedades de Transmisión sexual, condiciones sanitarias deficientes y una trayectoria de delincuencia bastante importante.

El perfil, pues del toxicómano que acude a la O.I.T. es el siguiente:

- Jóvenes de 18 a 35 años de edad
- Gran desarraigo familiar
- Deterioro físico y psíquico importante
- Consumos altos de heroína, inyectada y/o fumada
- Antecedentes penales
- Demanda de desintoxicación
- Itinerarios por varios centros terapéuticos, sin finalizar el tratamiento
- Mendicidad para el consumo diario de la dosis
- Enfermedades infecto-contagiosas (Hepatitis, T.B.C. y V.I.H. +)
- No conciencia del problema
- Tratamiento a metadona y consumos de heroína, alcohol y pastillas simultáneamente
- En situación de desempleo y sin posibilidades de inserción laboral
- Bajo nivel de autoestima
- Ausencia de higiene personal

La tipología de consumidor de sustancias tóxicas se bifurca en dos variantes de consumo tóxico: DROGAS Y ALCOHOL

- DROGADICCIÓN ESPORÁDICA
- DROGADICCIÓN CRÓNICA: consumo de Heroína (fumada e inyectada), Cocaína, Cannabis (como algo habitual unido a las drogas de diseño, consumido entre los más jóvenes entre 18 y 22 años), alcohol mezclado con pastillas (Trankimazin, Rohipnol, Tranxilium, Deprancol, etc.).

La población SIN HOGAR se mueve en un círculo de marginación absoluto y en un submundo de tráfico de estupefacientes que suman mayores problemas con la justicia, recalando en la delincuencia, acumulando años de condena y finalizando en la prisión.

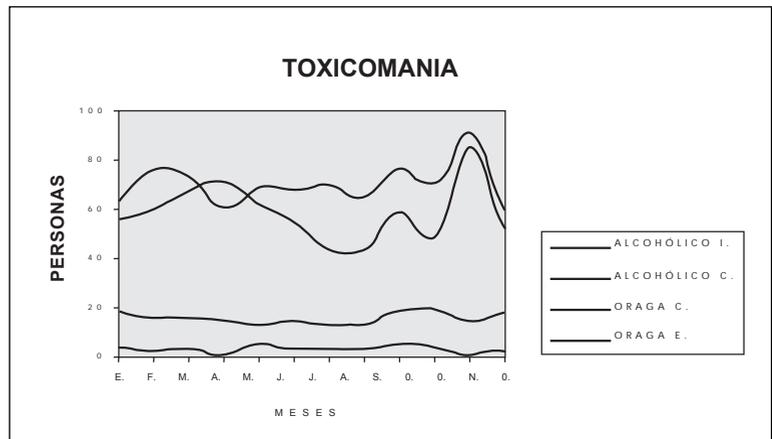
Muchos toxicómanos, deciden incorporarse a una COMUNIDAD TERAPEÚTICA, cuando están "con el agua hasta el cuello": pérdida del apoyo familiar, amigos, salud, la sombra de la prisión cerca, etc.

- ALCOHOLISMO ESPORÁDICO (Jóvenes fines de semana)
- ALCOHOLISMO CRÓNICO: Personas con una larga trayectoria de consumo de alcohol, siendo en ocasiones la situación del transeuntismo, la causa que genera la enfermedad.

**5.1 Lectura de los perfiles sobre un gráfico**

La mayor concentración está en los casos de drogadicción y alcoholismo crónico, con gran aumento con respecto al pasado año, más especialmente se detecta la subida en la población drogadicta.

Los transeúntes toxicómanos han abandonado su medio de origen, deambulando sin objetivos determinados para su incorporación a la sociedad. Su único interés vital



TOXICOMANÍA/MES	E.	F.	M.	A.	M.	J.	J.	A.	S.	O.	N.	D.	TOTAL
ALCOHÓLICO I.	18	16	16	15	13	15	13	13	18	19	15	18	189
ALCOHÓLICO C.	55	59	67	72	62	55	44	44	59	49	85	51	702
DROGA C.	63	76	74	60	69	68	70	65	77	71	91	59	843
DROGA E.	4	2	3	1	5	3	3	3	5	4	1	3	37
													1771

estancia indefinida y muy controlada hasta el ingreso en el recurso más idóneo.

## 6 PATOLOGÍA ASOCIADA

está en conseguir la dosis diaria. La mayor parte han pasado por correccionales o prisiones.

No muestran especial interés en prolongar su estancia en los Albergues. Su ingreso en los mismos se puede considerar de carácter eventual y por una situación de gran deterioro de su salud física.

Es la población que mayores conflictos originan cuando sufren, sobre todo, el Síndrome de Abstinencia. Es la típica población que mendiga para cubrir sus dosis; además de incorporarse rápidamente al mundo de la delincuencia generando causas penales múltiples.

El transeúnte alcohólico se ha iniciado, o bien a través del mundo de la rueda, o bien en multitud de ocasiones, es el alcoholismo el que le lleva a una vida de transeúnte ya que con la cronificación del problema llega a perder la familia, el trabajo, y comienza un proceso de desocialización progresivo. La recuperación es difícil por la falta de conciencia del problema y la ausencia de voluntad para su propia recuperación. El efecto deshinibidor que ocasiona el consumo de alcohol es fuente de muchos de los problemas que existen en la relación interpersonal entre los propios transeúntes.

Algunos toxicómanos y alcohólicos tienen sumados problemas mentales causados por la propia adicción, por lo que la conflictividad en el trabajo diario aumenta, siendo muy difícil la promoción en aras a la integración social de estos individuos.

Desde los Albergues se realizan los seguimientos de los toxicómanos y alcohólicos más recuperables y que manifiesten voluntad de rehabilitación; permitiendo la

### 6.1 Patología del enfermo alcohólico

Existen síndromes psicóticos que se asocian más alcoholismo y que son:

- Ansiedad
- Depresión
- Síndromes Delirantes

A nivel físico, el alcoholismo afecta a órganos importantes del cuerpo del enfermo, sufriendo en no pocos casos enfermedades:

- Neurológicas
- Respiratorias
- Cardiovasculares
- De la piel
- De la cara
- Nutricionales
- Traumatológicas y accidentales

### 6.2 Patología del enfermo toxicómano

#### ENFERMEDADES ORGÁNICAS

En lo que respecta a la salud física de la población SIN HOGAR drogodependiente, las noticias no son nada alentadoras. Se podría decir que:

- Son parcialmente atendidos en sus necesidades
- Altas tasas de hospitalización
- Y con una gran incidencia en determinadas enfermedades y patologías de importancia, algunas prácticamente erradicadas de entre el resto de la población, como es el caso de la

TBC.

Las enfermedades que presentan este colectivo son:

- Gran deterioro neurológico
- Cándidas
- Herpes
- V.I.H. positivo
- Problemas bucales
- Enfermedades de la piel
- T.B.C.
- Hepatitis
- Accidentes y múltiples fracturas
- Embarazos no deseados con grandes afecciones para el feto
- Complicaciones musculares
- Lesiones Nefríticas
- Complicaciones Hematológicas múltiples

#### ENFERMEDADES PSÍQUICAS

- Esquizofrenias
- Paranoias
- Epilepsias
- Trastornos de personalidad
- Trastornos de estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad y estrés
- Trastornos Psicóticos

## 7. RESPUESTAS EXISTENTES

Las respuestas, en torno a la población SIN HOGAR TOXICÓMANA Y ALCOHÓLICA son:

- LENTAS
- DESCOORDINADAS

Lo más novedoso en la ciudad de Gijón es la COORDINACIÓN entre PROYECTO HOMBRE, ALBERGUE COVADONGA Y ASOCIACIÓN GIJONESA DE CARIDAD, derivado de la falta de suficiente cobertura y, sobre todo, largas listas de espera en la UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN desde la Red de

Salud Mental. De tal manera, Proyecto Hombre deriva al Albergue Covadonga drogodependientes con tratamiento para DESINTOXICACIÓN y una vez finalizada esta primera fase, son derivados al CENTRO DE PRIMERA ACOGIDA de la COCINA ECONÓMICA donde se realiza una motivación con la persona, acudiendo a los coloquios marcados por el programa de Proyecto Hombre hasta su ingreso definitivo en el programa.

Desde la Oficina de Información al Transeúnte, y sobre todo, basándonos en nuestro trabajo del día a día con este colectivo, los toxicómanos deberían ser uno de los colectivos prioritarios de atención en la Red de Salud Mental y en la desintoxicación cuando lo solicitan, sin demasiadas demoras en la espera.

### 7.1 Instituciones existentes de atención a la:

#### POBLACIÓN SIN HOGAR TOXICÓMANA

- La Unidad de Desintoxicación de Cruz Roja
- Comunidades Terapéuticas: PROYECTO HOMBRE, Pravia; Tuñón, etc.
- Centro de Día de Gijón dentro del Programa Europeo INTEGRA
- C.EA. (Centro de Encuentro y Acogida de Oviedo): lugar en el que se les ofrece cobertura de sus necesidades primarias y apoyo para abandonar la dependencia con acompañamiento, tramitación de desintoxicación y otras múltiples gestiones
- Programa de Metadona
- Comité ciudadano ANTI-SIDA, con el programa de intercambio de jeringuillas y apoyo psicológico
- Albergue Covadonga (Desintoxicaciones)
- Centro de Primera Acogida de la COCINA ECONÓMICA
- Centros de Salud Mental de la ciudad
- Calor y Café (Cáritas Diocesana): únicamente café y alojamiento nocturno

- Periódico "Sin Techo" para Transeúntes (Cáritas Diocesana): recurso de integración social

### POBLACIÓN SIN HOGAR ALCOHÓLICA

- Alcohólicos Anónimos
- Centros de Salud Mental (Tratamiento ambulatorio)
- COMUNIDAD TERAPÉUTICA LA SANTINA: tiene una 1ª fase de 6 meses de internamiento y una 2ª fase de dos años de seguimiento.

## 8. DEMANDAS Y NECESIDADES "MANIFIESTAS" Y "LATENTES" POR LA POBLACIÓN SIN HOGAR CON ADICCIÓN AL ALCOHOL Y/O DROGA

La población SIN HOGAR manifiesta abiertamente una multitud de necesidades que para ellos son tan urgentes e importantes como para el profesional las latentes:

- ALOJAMIENTO
- MANUTENCIÓN
- ROPA
- ASEO E HIGIENE
- SERVICIO DE TELÉFONO
- AYUDAS ECONÓMICAS
- DESINTOXICACIÓN RÁPIDA Y "YA"
- APOYO CON LOS CRITERIOS Y "NORMAS" DE ELLOS MISMOS

Llegan, siempre en el último minuto que la profesional finaliza su jornada laboral con la urgente solicitud de la cobertura de las necesidades primarias, repletos de agresividad verbal y "puestos hasta los ojos".

La persona necesita cubrir su necesidad física y psicológica hambrienta de su "dosis"; pero hay que trabajar con la persona en una muy larga y ardua tarea de

CONCIENCIACIÓN y MENTALIZACIÓN de su propia realidad; asumiendo en un futuro muy próximo, sin demasiadas demoras y trabas burocráticas, un tratamiento terapéutico.

Las principales Demandas que las profesionales vemos en este colectivo a través de la O.I.T., básicamente son:

- Desintoxicación
- Tratamiento terapéutico
- Agilización en la desintoxicación
- Resolución de los problemas Judiciales
- Empatía
- Escucha
- Comprensión de su problema de dependencia
- Confianza para seguir intentándolo

## CONCLUSIÓN

La realidad diaria en lo que a la atención a personas Sin Hogar drogodependientes se refiere, está sujeta o condicionada por multitud de factores:

- Factores que van desde los continuos cambios producidos en el propio contenido teórico del Trabajo Social.
- El papel asignado a los Servicios Sociales especializados.
- La conceptualización de las drogodependencias, o si se prefiere, la evolución registrada en los modelos explicativos de las mismas.
- Por último, los cambios operados en las pautas de consumos, los perfiles, etc.

Desde este análisis descrito, suponemos ya la urgente necesidad de un Acercamiento Interdisciplinar en el fenómeno de las drogodependencias; teniendo siempre en cuenta, los nuevos hábitos de consumo y la necesaria

intervención coordinada a nivel social, sanitaria, judicial y de la propia ciudadanía.

Uno de los problemas más importantes en el campo de la drogodependencia, es creer que cada persona sigue teniendo los suficientes recursos para recuperarse, y nosotros la suficiente habilidad y capacidad para que el drogodependiente y alcohólico crea en ello.

Concluyo, señalando que la Demanda realizada desde el Equipo de trabajo de la O.I.T. integrado por las cuatro Trabajadoras Sociales es la siguiente:

- Más fluidez en la Coordinación entre la Red de Salud Mental y nuestros servicios.
- Acercamiento de los profesionales de la Red de Salud Mental a los Albergues.
- Prioridad de atención a la población toxicómana y alcohólica SIN HOGAR.
- Nuevas respuestas para la población Sin Hogar, con mayor flexibilidad en las atenciones hacia la misma.

A mayor y mejor coordinación entre todos los servicios, mayores posibilidades de integración disfrutará la persona con algún tipo de toxicomanía.

Debemos Humanizar más el nivel de atención para el colectivo de los SIN HOGAR; precisamente porque son tan ciudadanos como la propia población normalizada y si queremos que se incorporen a la misma, debemos velar continuamente por sus derechos.

No podemos entender nada acerca de los "Sin Hogar", tóxicos o no tóxicos, si no tenemos en cuenta lo que les rodea. Y LO QUE LES RODEA, ES SIMPLEMENTE POBREZA. Lo que les rodea son otros pobres, como ellos o de otro tipo, pero pobres..., en situación de desigualdad y sin demasiadas oportunidades de ejercer sus derechos como ciudadanos.

Lo que nosotras intentamos es Luchar contra la pobreza y la marginación, apostando por un estilo de trabajo que sea "CON", "POR" y "PARA"

la persona.

## BIBLIOGRAFÍA.

CABRERA, J. ( 1998) Huespedes del aire: "Sociología de las personas sin hogar en Madrid". Universidad Pontificia de Comillas

CAMPO, C. (1995), "Algunas reflexiones sobre el transeuntismo". Volver a Ser, nº5, Cáritas española. Madrid.

CONCEJALÍA DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID (1986) Transeúntes e indigentes: "Estados de necesidad y respuesta social". Madrid.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES (1993) "Entorno y salud" Documentos monográficos de apoyo plan de salud para Asturias. Principado de Asturias. Oviedo.

CREFAT -Fundación para la atención a las Toxicomanías de Cruz Roja Española- (1991) Boletín sobre drogodependencias, nº10, Madrid.

OFICINA DE INFORMACIÓN AL TRANSEÚNTE DE GIJÓN ( 1997) Memoria de actividades. Gijón. Equipo de trabajadoras sociales de la O.I.T.

OFICINA DE INFORMACIÓN AL TRANSEÚNTE DE GIJÓN ( 1998) Memoria de actividades. Gijón. Equipo de trabajadoras sociales de la O.I.T.

REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL (1994) "Nuevas necesidades / nuevas respuestas", nº 35. Madrid. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social

VEGA, L. (1996) "Salud mental en población sin hogar" . Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo

# Aspectos de la cronicidad en pacientes en programas a mantenimiento con metadona.

## Una visión desde enfermería

José Manuel Azcano González

A. T.S.

*Unidad de Tratamiento de Toxicomanías (SESPA)  
Gijón*

### INTRODUCCIÓN

Hasta Octubre de 1986, en Asturias, los pacientes adictos a opiáceos que deseasen ser tratados con sustitutivos (en aquella época, exclusivamente, metadona) debían acudir a un médico psiquiatra privado, el cual, tras evaluar al adicto susceptible de ser incluido en este tipo de tratamiento, expendía el correspondiente talonario de estupefacientes y tras ser admitido por el Servicio de Farmacia de la Consejería de Sanidad daba acceso al usuario a la dosis de metadona, la cual le era suministrada semanalmente en diversas Oficinas de Farmacia.

Esta situación, que en principio pudiese parecer "normalizadora" de este tipo de Tratamientos dio lugar a una serie de problemas que aconsejó a la sanidad pública realizar ciertas modificaciones en estos Programas, ya que se había detectado un aumento considerable de la derivación al "mercado negro" de metadona, falta de controles rigurosos sobre las indicaciones de tratamiento y lo que aquí nos ocupa, la aparición de personas adictas a la metadona sin tener previamente antecedentes de adicción a otros opiáceos.

Así pues en Octubre de 1986 se crean en Asturias dos Unidades de Tratamiento de Toxicomanías, una en Oviedo y otra en Gijón que recogen, por Ley, a todos los pacientes a tratamiento con metadona que hasta ese momento habían sido atendidos en el sector privado.

A partir de ahí comienza nuestra andadura. Quisiera reflejar que todos los conceptos de "cronicidad", "evolución", "mejoría", etc. ... que en adelante se pudieran detallar no tienen otra base científica que mi propia experiencia y por tanto no se basan en estudios previos, tantos por ciento, índices, u otros parámetros que no sean los recogidos en mi propia trayectoria profesional, por lo cual pido excusas a quienes no estén de acuerdo y sobre todo a los profesionales que tanto tiempo dedican a hacer estudios mucho más ponderados que estas modestas reflexiones.

### EL CONCEPTO DE CRONICIDAD

Aclarar este concepto, podría llevarnos mucho tiempo, por lo cual yo quisiera ahorrarlo definiendo a quienes yo he considerado pacientes cronicados en Programas de Mantenimiento con Metadona.

He considerado crónicos, a aquellos pacientes que:

- Llegados en 1986 de la medicina privada continuaban en las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías.
- Habiendo hecho la inclusión en las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías después de 1986 siguen tratamientos de medio o bajo umbral, es decir, siguen a mantenimiento después de su inclusión.
- Se excluyen de esta consideración los pacientes incluidos en tratamiento a mantenimiento con metadona después de 1987 ya que quedarían

fuera de la evaluación de medio y alto umbral pues habría la posibilidad de que los pacientes de medio umbral admitidos a tratamiento desde 1987 y los de alto umbral no llegasen a la cronicación.

## ¿QUÉ TIPOS DE CRÓNICOS?

Es aquí donde podríamos iniciar la distinción en dos grandes grupos:

- A) Pacientes Cronificados por la Sustancia (metadonómanos).
- B) Cronificados en /por el Sistema Institucional.

A) Dentro de este grupo estarían los adictos a la metadona como sustancia, como droga, y solamente (o casi exclusivamente, obviamente hay excepciones puntuales) a ella. Estos pacientes reúnen unas características que yo agruparía en:

- Muy poco deterioro físico "casi ningún seropositivo".
- Objetivo a medio/largo plazo mantenimiento con metadona.
- Llevan en las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías desde su apertura (1986).
- No consumo de otras drogas diferentes a la metadona.
- Poco tiempo de adicción a otros opiáceos antes del inicio del mantenimiento con metadona.
- Sin antecedentes policiales ni judiciales.
- Buena integración familiar, laboral y social.
- Habitualmente no plantean demandas diferentes a las relacionadas con la dosis de metadona. No se observan deseos de impregnación.

B) Lógicamente poco tienen que ver con los anteriores:

- Se verifica grave deterioro físico y/o psíquico.
- Aunque hacen explícito su deseo de abandonar la metadona se objetiva más como una fantasía que como un objetivo en sí mismo. De hecho tras cada verbalización de ese deseo de descender la dosis hay una demanda de aumento de la misma.
- Se incorporan a las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías tras un amplio curriculum toxicológico, esto es utilización y abuso previo de mul-

titud de drogas incluido el alcohol.

- Viven en ambientes marginales y/o pseudo marginales.
- Casi todos con antecedentes policiales y/o judiciales.
- Muy demandantes, tanto desde el punto de vista terapéutico, como el social, judicial, laboral, etc.
- ...

## CONCLUSIONES

De todo lo anteriormente explicado, se pueden extraer dos reflexiones:

1º.- Que los pacientes cronificados por la sustancia o metadonómanos puros, serían los más susceptibles de ser incluidos en un tratamiento de mantenimiento con metadona a largo plazo, en lo relativo a la sustancia así como ser beneficiarios si fuera posible de otro tipo de alternativas como por ejemplo:

- Escuelas Taller
- Trabajos concertados con ONGs
- Hospitales de Día
- Lugares donde ocupar tiempo libre y ocio, etc.

2º.- Con relación al segundo tipo de pacientes, los cuales por su propia politoxicomanía serían en principio más problemáticos, debería asegurárseles al menos una serie de criterios:

a) Dado que son exclusivamente demandantes de cuestiones puntuales (modificaciones de dosis, reivindicaciones sociales, etc.) las respuestas desde el punto de vista de la Administración no puede ser inmediata pero sí recoger el "fondo" de la demanda.

b) Aunque el usuario/paciente nos derive sus demandas hacia la "sustancia", nuestra respuesta no puede ser simétrica y no debería conducirnos a constatar exclusivamente con modificaciones de su medicación.

c) Es muy posible, que este tipo de crónicos, demanden también cuestiones relacionadas con los aspectos sociales, por ejemplo: donde comer, donde vivir, etc. siendo nuestra obligación derivarlos a los Servicios Sociales ocupados de estos aspectos.

Con esto queremos distinguir y/o separar la cronicidad como relación terapéutica con la cronicidad como relación social, familiar, etc.