

EL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE LAS DROGAS, SUS REPRESENTACIONES Y RESPUESTAS SOCIALES, EN ESPAÑA

Domingo COMAS ARNAU
Doctor en Ciencias Políticas y Sociología
Presidente del Grupo GID

INDICE

1.- COMPONENTES CONCEPTUALES Y TEÓRICOS PARA EL ANÁLISIS HISTÓRICO DE LAS DROGAS.

1.1.- Problemas de partida.

1.1.1.- Dos ópticas enfrentadas en la historia de las drogas

1.1.2.- Un intento de síntesis fallido.

1.1.3.- Propuesta para una historia alternativa.

1.2.- Ámbito de aplicación.

1.3.- Niveles de análisis implicados.

1.4.- Relación de consumo tradicional y relación de consumo moderna.

1.5.- Cambio social en España.

1.6.- Una división tripartita de periodos históricos.

2.- EL FINAL DEL MODELO TRADICIONAL EN ESPAÑA.

2.1.- Características del consumo.

2.1.1.- Alcohol.

2.1.2.- Tabaco.

2.1.3.- De la grifa al hachís.

2.1.4.- Anfetaminas: la epidemia ignorada.

2.1.5.- Morfina y otros opiáceos.

2.1.6.- Otras drogas

2.2.- Las representaciones sociales en la etapa tradicional.

2.3.- La falta de respuesta social, institucional y profesional.

2.4.- Relación entre consumos, representaciones y respuestas.

3.- LA ETAPA DE LA EPIDEMIA DE HEROÍNA.

3.1.- Características del consumo.

3.1.1.- La irrupción del consumo masivo de drogas.

3.1.2.- Historia natural de la heroína en España.

3.1.2.1.- Fase elitista.

3.1.2.2.- Fase de masificación.

3.1.2.3.- Fase de marginalización.

3.1.2.4.- Fase de institucionalización asistencial.

3.2.- Representaciones sociales.

3.2.1.- Durante la fase de alarma social.

3.2.2.- Durante la fase de credibilidad y delegación asistencial.

3.3.- Respuestas profesionales e institucionales.

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

3.4.1.- Antes del SIDA.

3.4.2.- Después del SIDA.

4.- LA ETAPA DEL PROTAGONISMO INSTITUCIONAL

4.1.- Datos de consumo.

4.1.1.- La opacidad del exceso de datos.

4.1.2.- Una visión global.

4.2.- Un modelo estable de representaciones sociales.

4.3.- La preponderancia de las respuestas institucionales.

4.4.- Una relación jerárquica entre niveles.

5.- ¿EXISTEN ALGUNOS COMPONENTES HISTÓRICOS ESPECÍFICOS QUE DETERMINEN UN “CASO ESPAÑOL” PROTOTÍPICO?

6.- BIBLIOGRAFÍA.

IDEAS CLAVE:

- ✎ Una gran parte de la literatura histórica sobre drogas, se limita a recoger elementos para el debate entre liberalismo y proteccionismo, el tema de las drogas es además uno de los territorios en los que este debate se realiza con mayor frecuencia. Como consecuencia la “historia de las drogas” no ha aportado demasiados elementos para un mejor conocimiento del tema, especialmente desde la perspectiva de la intervención.
- ✎ Se propone una historia, pensada desde la perspectiva de promover cambios, de apostar por el bienestar y la mejora social, por reducir el daño que ocasionan las drogas, a partir de un mejor conocimiento de la realidad, construido al margen de valoraciones morales. En última instancia se trata de aportar, en especial a los profesionales que van a trabajar, directa o indirectamente, con las drogas, un saber que a la vez resulte, en términos empíricos, lo más objetivo posible y, en términos teóricos, lo más útil a su misión.
- ✎ La parte más urgente de esta historia se refiere a lo ocurrido en España durante el tiempo que se extiende desde principios de los años 60 hasta la actualidad.
- ✎ En la primera parte de este tiempo predomina un modelo tradicional, con un bajo nivel, en términos comparativos, de consumo de todo tipo de drogas, un cierto desconocimiento público de los problemas asociados a este consumo, una absoluta inhibición de las instituciones y una falta de conocimientos y recursos por parte de los profesionales.
- ✎ La epidemia de heroína que se inicia en los años 70 y se prolonga a lo largo de los 80 modifica ostensiblemente la situación. Crecen todo los consumos de drogas, especialmente entre los jóvenes, se genera una situación de alarma social, las instituciones, que al principio se mantenían al margen cambian de actitud y se conforma un amplio grupo de profesionales, muy autodidacta, pero también preparado para la intervención.
- ✎ La lógica del periodo de la “epidemia de heroína”, posibilita la emergencia de un protagonismo institucional, que se sustenta, primero en los recursos que estas instituciones obtuvieron en la “lucha contra la heroína”, segundo en la presencia de intervención profesional más o menos eficaz, tercero en la existencia de una opinión pública, que supone que las instituciones han podido controlar las aristas más controvertidas del tema, lo que le permite delegar las acciones sobre estas y los profesionales y, en cuarto lugar, la demanda de información por parte de los MCS.

1.- COMPONENTES CONCEPTUALES Y TEÓRICOS PARA EL ANÁLISIS HISTÓRICO DE LAS DROGAS.

1.1.- PROBLEMAS DE PARTIDA.

1.1.1.- DOS ÓPTICAS ENFRENTADAS EN LA HISTORIA DE LAS DROGAS

El análisis, e incluso la mera descripción histórica del fenómeno drogas, ha implicado, al menos hasta el momento, una serie de dificultades, relacionadas con el papel que ha jugado la “baza histórica” en la conformación de las “políticas sobre drogas” a lo largo del siglo XX. En este sentido se han ido conformando en paralelo “dos historias” antagónicas, que han producido una abundante literatura, pero también una serie de dificultades para una comprensión histórica del tema drogas.

La primera es la **historia institucional** asociada al “proyecto prohibicionista”, a un modelo de seguridad que combina elementos jurídicos y biomédicos, con una visión epidemiológica bastante banal, desde la cual la historia de las drogas sólo es un relato de los consumos, de quienes son los consumidores, de los efectos negativos de algunas sustancias concretas (las ilegales) y de las políticas puestas en marcha para “solucionar los problemas” relacionados con estas drogas.

La segunda es la **historia psicoactiva** que aparece a finales de los años 50 en EE.UU. asociada a los trabajos etnográficos de Gordon Wasson, en particular al uso de alucinógenos en el “área chamánica” (La India Védica, Siberia y las culturas precolombinas de América), para proponer una historia de las drogas que, desde una determinada visión antropológica, resalta las funciones sociales y culturales positivas de las drogas. En general se trata, además, de trabajos que se insertan en el contexto de propuestas de legalización.

Las dificultades surgen del hecho de que ambas tipos de “historia de las drogas” han rastreado datos, hechos y acontecimientos interesantes, pero tales hallazgos han sido interpretados siempre desde la militancia en una u otra opción. Incluso resulta frecuente que unos mismos datos den lugar a visiones antagónicas muy diferentes, por ejemplo, y de forma muy cercana, en España, mientras que para Antonio Escotado los datos proporcionados por el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), se limita a reflejar los resultados de unas “prácticas de control” que tienen muy poco que ver con lo que ocurre con las drogas (Escotado, 1989), para las sucesivas Memorias del Plan

Nacional sobre Drogas se trata de un conocimiento objetivo sobre la evolución real del consumo de drogas en nuestro país. Ambos tienen razón y ambos están equivocados porque el SEIT es un sistema de notificación y registro, de primeras demandas asistenciales en el periodo del propio año, por consumo de opiáceos y cocaína, por tanto controla la actividad asistencial de los profesionales pero no a los usuarios y mide la evolución de la demanda asistencial por estas drogas, pero esto no supone que mida los cambios en el consumo.

1.1.2.- UN INTENTO DE SÍNTESIS FALLIDO.

Aunque una parte importante de trabajos se siguen realizando desde una u otra óptica, dirigiéndose además a audiencias distintas, en los últimos años diferentes autores, han intentado proporcionar visiones más científicas y con una menor carga de intencionalidad ideológica. En parte podemos atribuir este cambio a las demandas de contenido de los materiales para la formación, manuales incluidos, en los que no se quería escamotear a los alumnos ninguna de las dos perspectivas. En este sentido se ha producido, superponiendo ambos mensajes, una cierta síntesis descriptiva que rellena la “historia de las drogas”.

Pero los resultados, salvo monografías muy particulares, no son nada halagüeños, ya que los textos generales se limitan a presentar el mismo acontecimiento desde ambas perspectivas, lo que ha implicado que el lector, y en especial los profesionales, desconfiaran de una historia tan llena de contradicciones. Obviamente esto es mejor que presentar de forma unilateral los argumentos de la “historia institucional” o de la “historia psicoactiva”, lo cual aún es frecuente.

En todo caso para hacer una historia de las drogas, lo mismo que para cualquier otro programa de investigación sobre historia, se requiere un marco teórico de referencia. La pregunta que debemos contestar es entonces ¿frente a las dos formas habituales de concebir la historia de las drogas podemos pensar en una tercera alternativa? En caso de que la respuesta sea positiva y considerando que, en todo caso, debemos movernos en el ámbito científico ¿cuál debe ser entonces la intención, la misión, explícita de esta historia de las drogas?

1.1.3.- PROPUESTA PARA UNA HISTORIA ALTERNATIVA

La respuesta a la pregunta de si resulta posible un planteamiento alternativo para la historia de las drogas es positiva. En una gran medida porque tanto la concepción “institucional” como la “psicoactiva”, reflejan la presencia de una intención implícita, en un caso la obligación de “luchar contra las drogas” sin atender a ningún tipo de argumento que desdiga esta misión y en otro caso mostrar como las drogas no son tan negativas como sugiere la primera visión. En nuestro caso la intención resulta explícita y tiene como objetivo **una historia pensada desde la perspectiva de promover cambios, de apostar**

por el bienestar y la mejora social, por reducir el daño que ocasionan las drogas, a partir de un mejor conocimiento de la realidad, construido al margen de valoraciones morales.

Se trata, por tanto, de promover un programa de investigación sobre la historia de las drogas, en el cual las consecuencias atribuidas a las mismas sean, de una forma radical, una variable independiente en vez de una valoración supuestamente ética de las mismas. En última instancia se trata de **aportar, en especial a los profesionales que van a trabajar, directa o indirectamente, con las drogas, un saber que a la vez resulte, en términos empíricos, lo más objetivo posible y, en términos teóricos, lo más útil a su misión.**

1.2.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La visión alternativa propuesta para una “historia de las drogas”, exige un programa de investigación que cubra todos los periodos históricos y todos los territorios posibles. Aunque es una tarea larga que se ha emprendido muy recientemente, resulta ya difícil resumir la visión universal de la historia de las drogas (Behr, 1982). Por otra parte no parece demasiado útil proporcionar estas macrovisiones si no se pueden enlazar con la realidad inmediata.

De hecho la apuesta por una historia universal de las drogas, como una forma de conocimiento histórico banal y superficial, ha sido una de las estrategias que ha utilizado tanto la “historia institucional” como la “historia psicoactiva” como la mejor forma de jugar sus bazas ideológicas. Como nadie sabe demasiado sobre la secta de los Haschisin, sobre el Soma o sobre los Hongos de Maria Sabina se puede producir mucha literatura fantástica sobre estos temas.

Por estos motivos, nos vamos a limitar a presentar, la historia de lo que ha ocurrido con las drogas, en España, aunque con alguna referencias a etapas anteriores, en la segunda mitad del siglo XX.

1.3.- NIVELES DE ANÁLISIS IMPLICADOS.

La óptica democrática, con su correlato profesional, presentada en apartados anteriores, nos conduce a una consideración del fenómeno histórico de las drogas desde una triple perspectiva en la que se considera a la sustancia, al individuo y la sociedad, lo cual nos conduce hacia un modelo de análisis de la realidad histórica en el que, al menos, debemos considerar tres elementos:

- ✓ La forma en la que las distintas **sustancias** van haciendo acto de presencia en la sociedad, las formas y hábitos de consumirlas, las consecuencias y las características sociodemográficas de los afectados.

- ✓ La **representación social** general de las drogas, de los motivos por los que se consumen y de sus efectos, así como las representaciones sociales específicas sobre las diversas sustancias, manejadas por los ciudadanos.
- ✓ La **respuesta** que la sociedad, las instituciones y los profesionales proporcionan al tema.

En última instancia la historia “verdadera” será aquella que refleje las relaciones entre estos tres niveles en cada momento histórico, es decir aquella que se configure teniendo en cuenta un primer nivel biológico y epidemiológico, un nivel sociológico y antropológico en segundo lugar y finalmente un tercer nivel político y administrativo. Tres niveles intensamente imbricados y que en conjunto nos retrotraen hacia el “sistema cultural de las drogas” del que trataremos de dar cuenta en los siguientes apartados.

1.4.- RELACIÓN DE CONSUMO TRADICIONAL Y RELACIÓN DE CONSUMO MODERNA.

En 1981 Griffith Edwards y Awni Arif introdujeron, en un análisis comparativo realizado para la OMS sobre políticas de drogas en diversos países, la dicotomía entre un modelo “**tradicional**” caracterizado por “*el consumo moderado, un prologado equilibrio entre la demanda, el suministro y el consumo, influencias fuertes, desprovistas de carácter oficial que han frenado el consumo*” y un modelo “**moderno**” caracterizado por “*la disponibilidad de elementos puros, la aparición de nuevas formas de consumo, como la inyección intravenosa, que han roto los equilibrios tradicionales, que a su vez habían sido debilitados o destruidos por rápidos cambios socioeconómicos*” (Edwards y Arif, 1981).

Durante los dos decenios transcurridos desde entonces esta tipología se ha visto reforzada por numerosos estudios, los cuales no sólo han confirmado la importancia de los factores tecnológicos y económicos, sino que también han puesto en evidencia el papel de los elementos culturales, en especial los valores y las representaciones sociales, en el proceso de transición entre uno y otro modelo (Comas, 1986). Es decir, para comprender los cambios hay que considerar, por ejemplo, tanto la nueva tecnología que abre la vía inyectada, como la situación económica concreta de una sociedad o un fragmento social, pero también los valores predominantes y las representaciones que dicha sociedad posee sobre las drogas y sus usuarios.

1.5.- CAMBIO SOCIAL EN ESPAÑA.

El contexto histórico general, en el cual se desenvuelve el proceso de las drogas, vive en España, desde finales de los años 50 hasta la actualidad una serie de cambios, que tratare de resumir a continuación:

- ✓ Varios ciclos de **crecimiento económico**, dos en los 60, otro en los 80 y otro a finales de los 90, todos por encima de la media europea y que van acortando la distancia que la guerra civil, y especialmente la posguerra, habían establecido con la Europa desarrollada.
- ✓ El desarrollo económico produce varios efectos, el primero la **emigración** y el **despoblamiento rural**, el segundo la consolidación primero y la hegemonía después de las **clases medias** y el tercero la conformación de una **sociedad de consumo**.
- ✓ Mientras que el cambio socioeconómico adopta el perfil de una línea continua de crecimiento, con sus ciclos, el **cambio político** se produce de una forma repentina, hasta 1976 España era una Dictadura Autoritaria y desde 1978 es un Sistema Democrático estable.
- ✓ El **cambio cultural** se relaciona a la vez con el cambio económico y social (de una forma lenta y continua) y con el cambio político (de una forma súbita y puntual). Los españoles sólo expresan los nuevos valores de la sociedad de consumo, después de la transición política, pero los congelan ahí. En cualquier caso se transita culturalmente desde el catolicismo hasta la **secularización**.
- ✓ Un elemento importante en todos estos procesos reside en el papel, económico, social y cultural, desempeñado por el **turismo**, de manera global y de forma singular en determinadas regiones.
- ✓ En todo caso se trata de un **proceso muy acelerado**, sin equivalente en otros países y que permite que en España convivan generaciones con experiencias vitales y culturales, niveles de formación y procedimientos para captar la realidad, muy distintas.

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

con las drogas como indicadores de cambio social (Comas, 1999). Un ejemplo equivalente lo encontramos en la relación entre cine y drogas (Uris, 1995).

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

1.6.- UNA DIVISIÓN TRIPARTITA DE DISTINTOS PERIODOS HISTORICOS.

La combinación entre niveles de análisis, modelos de consumo y cambios sociales ocurridos en España, nos permite proponer un esquema unificado, que ya se ha utilizado en otras ocasiones (Comas, 1997), en el que aparecen tres periodos principales, que a su vez pueden dividirse en diferentes subfases.

Para diferenciarlos estos periodos se han elegido como fechas clave 1973 y 1992, por cuanto estos años se utilizan también para escenificar relevos generacionales, cambios sociales y económicos (son el inicio de las dos crisis económicas más profundas de la segunda mitad del siglo XX), tanto en el ámbito nacional como internacional. Pero además también representan cambios muy importantes en el ámbito particular de las drogas, así 1973 es el año en el que se introduce, por primera vez, un mercado de heroína en España, es el año del primer informe institucional sobre el tema (Comisión Interministerial, 1975), es el año en el ya se ha conformado definitivamente, por presiones internacionales, la legislación sobre drogas (Ley de Peligrosidad Social de 1970 y reforma del Código Penal de 1971) y es finalmente el año en el que los MCS proporcionan más información dramática sobre el tema (Comas, 1985).

Por su parte 1992 supone un giro importante en las políticas sobre drogas, ya que se abandona la apuesta por los Programas Libres de Drogas para priorizar los de Reducción del Daño, cede el interés por la heroína y comienza repentinamente la obsesión por las Drogas de Diseño y el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, al tiempo que, en este mismo año, las drogas dejan de ser, en los Barómetros de Opinión del CIS, el problema que más preocupa a los españoles, para pasar a ocupar un lugar irrelevante en sus prioridades.

PERIODO TRADICIONAL

Hasta 1973

Una sociedad pobre, traumatizada por la guerra civil, en la que prima un deseo de mejora personal, lo que hace aceptables malas condiciones de trabajo. El nivel general de consumo, y el particular de las drogas, tanto legales como ilegales, es muy bajo. La sociedad no se plantea ningún problema en relación con las mismas y las únicas respuestas se refieren al alcoholismo. Sin embargo al final del periodo los MCS inducen a un estado de alarma social.

PERIODO DE LA EPIDEMIA DE HEROÍNA

Entre 1973 y 1992

Logrado un cierto nivel de Bienestar, irrumpe la transición política y en paralelo una intensa epidemia de heroína. En un primer momento se produce una respuesta espontánea de los afectados en forma de “movimiento social contra las drogas”, al que seguirá la participación primero de los profesionales y después de las instituciones. Sin embargo cuando parecía que los objetivos planteado se estaban alcanzando, la aparición del SIDA lo trastoca todo.

PERIODO DE PROTAGONISMO INSTITUCIONAL

Desde 1992

El éxito institucional obtenido con la heroína se extrapola, sin ningún motivo justificable, hacia el conjunto de las drogas. El protagonismo institucional enmascara la realidad de los problemas. El consumo se mantiene estable o incluso aumenta, pero sus consecuencias se reducen, en el contexto de una sociedad que ha superado la alarma que producían las drogas y que va dualizando, de diferentes maneras, su relación con las mismas.

2.- EL FINAL DEL MODELO TRADICIONAL EN ESPAÑA.

2.1.- CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO.

2.1.1.- ALCOHOL.

El alcohol es una sustancia de consumo tradicional en España, sin embargo, contrariamente a lo que supone el estereotipo publicitario que relaciona alcohol y mediterráneo, se trata de un nivel de consumo bajo, especialmente si lo comparamos con el norte de Europa, casi exclusivamente masculino y con un marcado carácter gastronómico (Comas, 1989), el cual sufre una profunda modificación en el más de medio siglo que transcurre entre la Restauración y la Segunda Republica (1875-1936).

Los elementos de dicha transformación son:

- La crisis de la filoxera en Europa y la subsiguiente sobreproducción de vino en España (Carnero, 1980).
- El desarrollo de una industria alcoholera y de medios de comunicación, en especial el ferrocarril.
- La emergencia de una red de casinos, tabernas y bares con un gran significado social, político y cultural.
- La proletarianización de amplias capas sociales.

Posteriormente la crisis social, industrial y de subsistencia que provoca la guerra y que se prolonga en la posguerra, reduce el nivel de consumo que comienza a recuperarse en los años 50, adquiriendo un acelerado despegue en los años 60 y 70, por las siguientes razones:

- ✓ Una mayor y mejor disponibilidad económica.
- ✓ El desarrollo de una sociedad de consumo, que hace del alcohol, en especial el alcohol destilado de marca, un signo de identidad y de pertenencia de clase.
- ✓ La especialización de ciertas áreas y regiones en un tipo de turismo que viene a transgredir, alcohol incluido, a España, lo que exige ofertar, sin demasiados controles, alcohol más barato que en Europa.
- ✓ Los cambios culturales, que facilitan el consumo a mujeres y adolescentes, que hasta entonces se mantenían mayoritariamente al margen del consumo.

Esta situación produce un crecimiento espectacular de casos de alcoholismo, reflejada especialmente en el incremento de las patologías orgánicas como cirrosis hepática (muertes

y estancias hospitalarias), con un máximo de 8.416 casos en el año 1976, y de los problemas sociales como “menores en protección por alcoholismo de los padres”, con un máximo de 277 casos en el año 1997.

2.1.2.- TABACO.

El tabaco es de alguna manera la “droga étnica” española (Oughorlian, 1977). Utilizada de forma ritual por algunos grupos aborígenes americanos, entre ellos los Caribe, llegó a España muy a principios del siglo XVI. Durante casi tres siglos el hábito de fumar, lo mismo que la industria, fue un comportamiento masculino típicamente español que las élites de otros países trataban de imitar. En la segunda mitad del siglo XIX se va extendiendo a otros países europeos. En el caso de EE.UU. hay un amplio rechazo social al “vicio español”, que se va a invertir, hasta llegar a ser un signo de identidad nacional, cuando EE.UU. controle Cuba a partir de 1898 (Pérez Vidal, 1969).

Otros dos momentos clave serán la Segunda Guerra Mundial, al estimar los responsables militares que las propiedades ansiolíticas del tabaco eran muy útiles ante el stress del combate, lo que produjo la primera generación en la que prácticamente fumaban todos los varones en EE.UU. en los años 50, y finalmente los procesos de globalización económica de los años 90, que han incorporado el consumo masivo de tabaco en el tercer mundo. En este momento el tabaco es, con mucho, la droga que más se consume y que más problemas, no sólo de salud, causa en el mundo. En parte por los componentes tóxicos que se añaden al cigarrillo y la falta de control institucional del tabaco industrial.

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

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

2.1.3.- DE LA GRIFA AL HACHIS.

Se pueden rastrear consumos esporádicos y aislados de cannabis en nuestro país en casi todos los periodos históricos. Una presencia más amplia se produce como

consecuencia la aventura colonial en Marruecos, especialmente en los momentos de mayor estabilidad de la colonia, en los años 40 y 50, que se prolongará para Guinea Ecuatorial hasta 1968 y para el Sahara Occidental hasta 1975.

El consumidor habitual de cannabis (Romaní, 1983), utilizado en forma de Grifa, es decir hierba o marihuana, será un militar, muy frecuentemente un legionario, que tras pasar una larga temporada en las colonias, donde el consumo de cannabis era habitual y estaba tolerado, vuelve a la metrópoli, donde encuentra dificultades para su integración social. Los “grifotas” nunca fueron un grupo muy numeroso, apenas unos pocos miles a fines de los 60, en su momento de esplendor.

El prototipo de grifota es el de un sujeto marginal, pequeño delincuente, confidente policial, que pasa periodos en la cárcel, con un lenguaje y un estilo de vida peculiar, pero que vive al margen y resulta invisible para el resto de la sociedad,

Los grifotas, a pesar de que algunos de ellos serán los primeros proveedores de hachis para los nuevos jóvenes consumidores, se extinguirán en la transición entre una y otra etapa, en parte porque el marco ecológico que les sostenía, desde la colonias hasta un estilo policial urbano, desaparece con la transición política.

Sin embargo su lenguaje y su estilo de vida impregnaron a los nuevos jóvenes consumidores en especial a los heroinómanos que lo adoptaron como un signo de identidad.

En todo caso al iniciarse los años 70 se consumía ya mas hachís que grifa y había mas jóvenes consumidores influidos por la “contracultura” que viejos grifotas.

2.1.4.- ANFETAMINAS: LA EPIDEMIA IGNORADA.

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

De hecho las anfetaminas representan, en los años 60 y en España, la irrupción de un consumo moderno en un contexto tradicional.

Para comprenderlo debemos considerar que, al menos hasta los movimientos Mods ingleses de los años 60, las epidemias de anfetaminas, al menos aquellas que han sido estudiadas más sistemáticamente (Suecia, Japón, EE.UU.,...) no tienen como protagonistas a jóvenes sino a adultos, a trabajadores y a amas de casa, y ocurren en condiciones críticas como la guerra, un momento de crisis económica o un mercado de trabajo con crecientes exigencias.

De hecho esta era la situación de España en los años 60, una sociedad estresada por el pluriempleo, una alta tasa de fecundidad y las nuevas necesidades de consumo, desde el “600” hasta el pisito. Las anfetaminas ayudaban a engrasar esta situación social. Los estudiantes las usaban para preparar exámenes y oposiciones, las amas de casa para aguantar dobles jornadas y los trabajadores dobles turnos.

Pero además, en un contexto europeo en el que la mayoría de los países habían introducido severos controles en la dispensación de anfetaminas, la tolerancia española era un acicate para el turismo joven procedente de estos países. Aún hay una generación de europeos que sigue llamando a las anfetaminas “la española”.

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

En todo caso el final de la tolerancia con las anfetaminas y la disminución de su consumo, no parece producir demasiados problemas sociales, sin embargo no podemos dejar de considerar el hecho de que esta retirada se produce justamente en el periodo 1972-1976, los años en los que crece más el consumo de alcohol (Comas, 2.000), de tabaco y de otras drogas.

2.1.5.- MORFINA Y OTROS OPIACEOS.

Hasta principios del siglo XX heroína y morfina se vendían libremente en las farmacias, al menos hasta que el Convenio de la Haya de 1912 comenzó a modificar la situación. Se pasó después a una etapa de prescripción controlada, un tanto confusa en España por los diferentes avatares políticos (los decretos más importantes sobre restricción de estupefacientes se promulgaron entre 1928 y 1935 y luego fueron olvidados), hasta su efectiva retirada como especialidades farmacéuticas en muchos países. El proceso se retrasó en España porque se vivió, no sólo como una intromisión en un asunto de soberanía, sino también como una crítica internacional a la imagen de España.

Conviene recordar en este punto que los modernos sistemas de control de drogas se conforman a partir de la ocupación norteamericana de Filipinas en 1898 y el posterior debate sobre que hacer con el monopolio público del Opio que tan buenas rentas había proporcionado al Estado Español durante un siglo (Gamella y Martín, 1994). Durante la primera Conferencia Internacional, la de Shangai de 1909, aunque no se contó con la presencia de España, fue el invitado de honor en las críticas. Algo que, otros países igual de responsables pero no derrotados en aquella guerra, como Inglaterra, evitaron haciendo acto de presencia.

Estos antecedentes explican, en parte la debilidad del control en España, aunque por otra parte, durante el periodo en cuestión, los bajos niveles de consumo tampoco lo exigían demasiado.

La morfina constituye un ejemplo claro de este proceso, existía una regulación farmacéutica muy laxa de la misma, que comienza a endurecerse con el sistema de registro de 1965, con el control de las “recetas especiales” a partir de la Ley de Estupefacientes de 1967 y que acaba por impedir, en la práctica, la dispensación, con diferentes normas impuestas en 1977.

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

2.1.6.- OTRAS DROGAS

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

2.2.- LAS REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA ETAPA TRADICIONAL.

En un primer momento las representaciones sociales de las drogas se caracterizan por su simplicidad y su poca relevancia. Las drogas ilegales son algo absolutamente malo en términos morales y las legales, el alcohol en concreto, un producto neutral, con el que algunos se exceden, por problemas o por debilidad personal. En todo caso no es algo que preocupe mucho a la sociedad española que lo percibe más bien desde una **perspectiva abstracta** al margen de las preocupaciones personales y cotidianas.

El tabaco es un buen ejemplo del funcionamiento social de esta perspectiva abstracta. De una parte comenzaba a llegar de los países más desarrollados la información sobre las consecuencias sobre la salud del tabaquismo, pero a pesar de que los MCS la difundían con bastante amplitud, la sociedad no estaba dispuesta a escuchar, como si tales consecuencias fueran algo ajeno a su realidad cotidiana como fumadores. De hecho era más importante la reivindicación consumista, frente a carencias no tan lejanas en el tiempo, del tabaco, que los mensajes relacionados con la salud que aparecían en paralelo.

El carácter abstracto de las representaciones sociales de las drogas se va a mantener hasta el periodo siguiente, pero a la vez, entre 1968 y 1973 se constituyó una situación de extrema alarma social con relación a las drogas ilegales.

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

- ✓ Por la existencia de una situación de alarma real en los países más desarrollados y que los MCS transmitían a España.
- ✓ El sistema político de la Dictadura aceptaba complacido todo aquello que ponía en evidencia la “corrupción moral” de los sistemas liberales.
- ✓ Se generó así un modelo que asociaba oposición política, jóvenes y drogas, con el que se intentaba desprestigiar a los opositores, con el resultado final de que se prestigiaron a las drogas como signo de libertad.
- ✓ Los MCS, en el contexto de la censura, disponían además de muy pocos temas con los que excitar el morbo de sus lectores. Las drogas como algo malo se asociaban al sexo, a comportamientos sexuales que de otra forma no habrían podido ser mencionados.
- ✓ La incertidumbre de la propia opinión pública que se sentía abocada a unos cambios políticos inaplazables, ante los que, por pasadas experiencias históricas sentía temor. Las drogas se convirtieron en la metáfora cultural de todas estas inseguridades.

2.3.- LA FALTA DE RESPUESTA SOCIAL, INSTITUCIONAL Y PROFESIONAL.

Otro elemento sustancial de la etapa consiste en la falta de un verdadero compromiso institucional con los problemas que causaban las drogas es decir, a las

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

Un ejemplo muy pertinente de esta situación la constituye la Ley de Peligrosidad Social de 1970 presentada a la opinión pública como una respuesta definitiva a las drogas porque creaba una red asistencial, las famosas “casas de templanza” para las que nunca se proveyó el menor presupuesto. Aunque a alguna cárcel se le cambio el rotulo. Ciertamente la opinión pública tampoco exigía más.

Otro de los elementos característicos del modelo tradicional reside en la falta de respuesta profesional ante los problemas que causan las drogas. Tal falta de respuesta se articula sobre tres elementos:

- La falta de recursos por los componentes retóricos de la respuesta institucional.
- El predominio de una visión moral abstracta en la opinión pública.
- La falta de preparación de los profesionales.

De los dos primeros elementos ya hemos hablado, en relación con el tercero, hay que destacar que ni se dispone de textos específicos, ni los manuales académicos no comienzan a tratar el tema hasta los años 80 y que incluso el concepto de adicción, creado por Lewin a principios de siglo y formulado como una teoría completa por Himmelsbach en 1943, sólo era citado para ser severamente combatido desde las cátedras universitarias.

Independientemente de la consideración que nos merezca actualmente el concepto de adicción, esta claro que si lo que ocurría con las drogas, carecía incluso de una definición científica, los profesionales no iban a ocuparse de ello (Freixa, 2000). Por otro lado las teorías al uso resultaban bastante banales y nadie acababa de creérselas (Campos, 1997)

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

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

En este contexto conviene resaltar el mecanismo autodidacto, más implícito que explícito, que utilizaron los profesionales para basar su intervención:

- ✓ Una intervención directa sobre los sujetos que permitía contrastar empíricamente la realidad.
- ✓ Un alto grado de motivación personal y una actitud reflexiva.
- ✓ La utilización de literatura científica internacional obtenida a través de canales poco convencionales.
- ✓ El ejemplo de ciertos movimientos como AA.

Como consecuencia de todo ello, al llegar a los 70 ya existía, por primera vez en España y aunque faltaba el reconocimiento público, un corpus teórico y un grupo, aunque reducido y formado exclusivamente por psiquiatras y trabajadores sociales, de profesionales capacitado para intervenir (Freixa y Sánchez Turet, 1999)

2.4.- RELACIÓN ENTRE CONSUMOS, REPRESENTACIONES Y RESPUESTAS.

El modelo tradicional implica una aparente falta de consecuencias, o expresado en otros términos, una falta de consecuencias más allá del círculo familiar e individual. Nadie, ni sociedad, ni instituciones, ni profesionales, percibe los problemas de drogas más que como un asunto moral, de la misma manera que nadie percibe los malos tratos familiares o el abuso sexual como un problema social, y en todo caso se tratan sólo los problemas de salud percibidos desde una óptica paliativa e individual.

La quiebra del modelo, del sistema de la invisibilidad, aparece en general asociada a una valoración ética del sector profesional que recibe más directamente estos casos el cual se plantea que no es ético que la sociedad, las instituciones y los profesionales más inespecíficos, den la espalda a una serie de problemas y abandonen, o se limiten a castigar, a aquellos que los padecen y a sus familias.

Este sector de profesionales consigue, en los años 50 y 60 en los países más desarrollados visualizar los problemas de drogas, sólo un momento antes de que estos comiencen a ser vividos dramáticamente por la sociedad. En España el modelo se repite aunque con matices, un grupo de profesionales consigue definir los problemas, pero no podrá hacerlos visibles ante una sociedad insensible que sin embargo comienza a alarmarse ante las drogas. Cuando los problemas reales, en especial los de inseguridad ciudadana ligados al consumo de heroína, comiencen a acelerarse, esta definición profesional será lo único que tendrán las instituciones, y la sociedad española, para encararlos.

3.- LA ETAPA DE LA EPIDEMIA DE HEROÍNA.

3.1.- CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO.

3.1.1.- LA IRRUPCIÓN DEL CONSUMO MASIVO DE DROGAS.

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

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

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

Conviene aclarar que si bien en términos epidemiológicos la heroína ocupa un lugar muy relevante no es la única sustancia que causa problemas, de hecho entre el año 1973 y el fin de la transición política en 1978, se vive en España una auténtica euforia con las

drogas legales e ilegales (Comas, 1985). Pero como al final, tanto los problemas reales, como la representación social de estos problemas, se condensaron de forma casi exclusiva sobre la heroína, nos vemos obligados a presentar el periodo desde la perspectiva que introduce esta droga, lo que en si mismo ya constituye un primer y relevante dato.

3.1.2.- HISTORIA NATURAL DE LA HEROÍNA EN ESPAÑA.

3.1.2.1.- FASE ELITISTA.

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

Para ellos la heroína era una experiencia necesaria, similar a la poesía, el sexo libre, la literatura esotérica y el rechazo libertario a cualquier forma de autoritarismo.

3.1.2.2.- FASE DE MASIFICACIÓN.

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

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

Pero el dinero se acaba y el mercado ilegal del trapicheo ya no da más de sí. Entre 1978 y 1981 asistimos a un incremento de la delincuencia, que, en especial atracos a farmacias y bancos, podemos al menos en parte relacionar con estos nuevos

consumidores, más conflictivos y con una extracción social media y baja, que nos les permite mantener la adicción a la heroína sin recurrir a medios extraordinarios.

3.1.2.3.- FASE DE MARGINALIZACIÓN.

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

Se trata además de un momento muy particular para las cárceles españolas. Los presos comunes se consideran discriminados por las amnistías concedidas en la transición política que han afectado sólo a los presos políticos, las condiciones materiales de las cárceles son muy deficientes y existe un intenso malestar que se traducirá en motines y en la creación de la COPEL.

En este ambiente la heroína se convertirá en una seña de identidad de los más “duros” que a la vez percibirán que se trata de un gran negocio que no pueden dejar en manos de los “aficionados”, de los jóvenes adictos sin ninguna aptitud.

Pero además entre 1983 y 1984 la reforma del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Penal introducen, en este sector de la población y también en los cuerpos y fuerzas de seguridad la idea de la tolerancia ante las drogas, al tiempo que varios miles de delincuentes que ya usan heroína abandonan la cárcel.

Las consecuencias se harán sentir, especialmente en términos de inseguridad ciudadana, pero también de muertes por sobredosis, en los años siguientes y obligaran a una toma de posición por parte de las instituciones.

3.1.2.4.- FASE DE INSTITUCIONALIZACIÓN ASISTENCIAL.

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

A partir de 1988-89 el referente para una gran parte de la población de heroinómanos es, aparte de la cárcel, los centros de la red asistencial la cual, al final de la

etapa en 1992, estaba constituida, contando sólo los centros acreditados, por 393 Centros Ambulatorios Específicos, 79 Comunidades Terapéuticas, 50 Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y 18 Centros de Día. Entre estos y otros dispositivos más inespecíficos se contaban además con 113 Centros de Dispensación de Metadona.

La epidemia de heroína entra en este momento en una nueva situación, en una especie de tutela institucional de la que, independientemente de los resultados obtenidos por la intervención, ya no va a escaparse. En apenas quince años se pasa de un consumidor de heroína con afanes libertarios a un consumidor controlado y tutelado. La paradoja sólo puede entenderse si consideramos que, en estos mismos años, se pasa de una sociedad centrada en la reivindicación de las libertades políticas a una sociedad centrada en mantener la estabilidad del sistema.

3.2.- REPRESENTACIONES SOCIALES.

3.2.1.- DURANTE LA FASE DE ALARMA SOCIAL.

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

La alarma social abstracta mantenía el argumento moral de que la droga era mala pero al mismo tiempo, en especial entre los jóvenes, existía el convencimiento de que dicha prevención moral se correspondía con un tipo de sociedad que debía modificar sustancialmente sus valores. Los adultos mantenían su actitud alarmista, pero a la vez toleraban las ideas y los comportamientos novedosos de sus hijos, en un momento histórico en el que todo estaba cambiando. Esta dualidad explica, en una gran medida, la explosión de consumo que se produce en la segunda mitad de los años 60.

Pero a partir de un determinado momento la alarma social adquirió un determinado rostro: el de la **inseguridad ciudadana**. La relación entre esta y las drogas había sido ampliamente difundida por los MCS desde principios de los 70, pero la baja tasa de delitos de nuestro país la seguía manteniendo como parte del discurso que sustentaba la alarma abstracta. Todo cambio cuando a partir de 1978 el número de delitos comenzó a crecer exponencialmente y especialmente cuando a partir de 1980-81 el consumo de heroína entra en su fase marginal.

Se produjo en aquel momento, los años en los que “el problema de la droga” era la principal preocupación de los ciudadanos en este país (Barómetros mensuales de opinión del CIS), una confluencia de intereses en torno a la heroína. Aunque para una mayoría de ciudadanos se trata de la causa principal de la inseguridad frente a la que el Gobierno debía tomar duras medidas represivas, mientras que para la minoría, se trataba de un problema que afectaba a sus hijos y ante el que se tenían que tomar medidas asistenciales (Comas, 1992).

3.2.2.- DURANTE LA FASE DE CREDIBILIDAD Y DELEGACIÓN ASISTENCIAL.

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

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

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

3.3.- RESPUESTAS PROFESIONALES E INSTITUCIONALES.

En un primer momento, hasta la creación del PNsD en 1985, sólo se produjeron respuestas profesionales aisladas y muy espontáneas, vinculadas al “movimiento social contra las drogas”. De hecho la base de la red asistencial se crea entre 1979 y 1983 sin apenas ningún apoyo institucional (con excepciones como el Ayuntamiento de Barcelona, las Diputaciones Forales de Guipúzcoa y Vizcaya o la Diputación de Valencia), a partir de los recursos que genera el propio movimiento. Los profesionales de referencia, entre los que los psicólogos pasarán a ocupar un lugar relevante, se caracterizan por su carácter autodidacto, así como por su motivación. Son jóvenes licenciados que contratan las

asociaciones, que apenas saben nada del tema, que ninguna formación ha recibido en la Universidad, que no pueden esperar casi nada de la academia, pero que en pocos años constituirá un núcleo profesional altamente preparado y especializado.

Obviamente este es un proceso posible porque en este mismo periodo hay una cesión de responsabilidades, una **discreta claudicación** del colectivo sanitario y en especial de la nueva red de salud mental, lo cual explica la emergencia y el protagonismo de los nuevos profesionales vinculados al “movimiento social contra las drogas”. Las razones de dicha claudicación podrían ser:

- ✓ El conflicto social que arrastraban las drogas, extraño para un colectivo sanitario acostumbrado a contar con el apoyo social en su labor profesional.
- ✓ El fracaso de las técnicas tradicionales individuales y paliativas.
- ✓ Un momento histórico caracterizado por la expansión de las redes sanitarias con oportunidades más interesantes que las que deparaban las drogas.

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

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

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

Conviene en este punto hacer una breve referencia a los Programas de Prevención, que también nacen en el contexto espontáneo del “movimiento social contra las drogas”, aunque con una presencia notablemente inferior en recursos y personal (Comas, 1998). Después en la fase de la institucionalización serán definidos como prioritarios, pero de

hecho, si atendemos a ciertos indicadores, como volumen potencial de la población receptora, estabilidad, recursos reales aplicados (GID, 1996) o más concreta como proporción de profesores formados (Mejías, 1998), resulta evidente que al menos hasta 1992, esta prioridad resultaba muy retórica.

3.4.- RELACION ENTRE CONSUMO, REPRESENTACIONES SOCIALES Y ESTRUCTURA DE LA RESPUESTA ASISTENCIAL.

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

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

3.4.1.- ANTES DEL SIDA.

En la etapa anterior a la aparición efectiva del SIDA, la relación se sostiene sobre el intento por parte de las asociaciones y los profesionales que trabajan en las mismas, para confrontar las crecientes, y hasta entonces desconocidas, consecuencias que aparecen en las primeras fases de la epidemia.

La gravedad de los acontecimiento relacionados con la epidemia de heroína, incluida la presión de la opinión pública y del “movimiento social contra las drogas”, determino un compromiso institucional sin precedentes que permitió ordenar y proporcionar calidad a la red asistencial. Por otra parte este compromiso institucional, que prestigio a aquellos que lo adquirieron, indujo a una reducción en los niveles de alarma social.

3.4.2.- DESPUÉS DEL SIDA.

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

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

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

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

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

4.- LA ETAPA DEL PROTAGONISMO INSTITUCIONAL

4.1.- DATOS DE CONSUMO.

4.1.1.- LA OPACIDAD DEL EXCESO DE DATOS.

No deja de resultar un tanto sorprendente que en los años 90, en el periodo en el que disponemos de más información sobre consumo en España, esta se vuelva más opaca. Aparte de la continuidad en el SEIT y las encuestas del CIS y del INJUVE creadas en la fase anterior, aparece el Sistema Nacional de Encuestas Continuas sobre Drogas del Plan

Nacional sobre Drogas, así como otros instrumentos similares de las Comunidades Autónomas. Diferentes instituciones privadas realizan investigaciones y comienzan a leerse Tesis Doctorales al tiempo que algunos Departamentos inician tímidos programas de investigación.

La opacidad de los resultados tiene mucho que ver con la función asignada a los resultados obtenidos. En la etapa de la epidemia de heroína, los datos tenían una función de orientación, saber que pasaba para que instituciones y profesionales pudieran actuar con algún conocimiento, en cambio en la etapa del protagonismo institucional los datos, con excepciones, sirven para reafirmar, bien la bondad de las políticas bien la imagen de la institución, lo que implica que su manejo se halla mediado por circunstancias ajenas al conocimiento de la realidad, que imposibilitan mostrar una visión coherente de lo que está ocurriendo.

Quizás por este motivo los años 90, no sólo en España, se caracterizan por la combinación de una cierta imposibilidad de saber lo que está pasando con las drogas, al tiempo que desde las instituciones se ofrecen datos “exactos” pero contradictorios.

4.1.2.- UNA VISIÓN GLOBAL.

Es a la vez un periodo de disminución del consumo y de estabilización de ciertas situaciones que en conjunto nos ofrecen la imagen de una sociedad que, de una forma más definitiva, se ha incorporado a un modelo de consumo estable de drogas. Así por ejemplo, disminuye notablemente el consumo global de alcohol (Comas, 2000), pero se produce el fenómeno de la incorporación de un amplio sector de adolescentes entre 14 y 16 años, asimismo, tras unos años de disminución hasta 1994, se estabiliza el consumo de tabaco. En cuanto a las drogas ilegales las encuestas muestran una cierta estabilidad en los diferentes porcentajes de consumo, pero a la vez se expande y normaliza el consumo de hachís (Elzo, 2000).

Por otro lado hay que tener en cuenta la permanencia del grupo de adictos supervivientes de la etapa de la epidemia de la heroína, alrededor de 200.000, con una edad media de 35 a 40 años, con más de doce años de consumo, la mayoría de ellos sometidos algún tipo de control institucional (PMM, PLDs, cárcel, diversas ONGs) y con un difícil pronóstico de reinserción. Al mismo tiempo, aunque existen pocos datos sobre este fenómeno, sabemos que crece el consumo de lo que ha sido llamado “heroína chic” (Inciardi, 2000).

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

crecimiento de la demanda asistencial, si bien una parte de la misma cabe atribuirla a viejos heroinómanos cronificados que se mantienen en programas de metadona y además utilizan cocaína.

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

4.2.- UN MODELO ESTABLE DE REPRESENTACIONES SOCIALES.

La propia institucionalización explica en parte, y se justifica, sobre una representación social de las drogas que, superando la incertidumbre de los años 80, se siente muy segura de un saber social que le permite encarar la realidad inmediata con una cierta sensación de seguridad y que atribuye en una gran medida al buen hacer institucional (Megías, 1999 y Megías, 2000).

Sin embargo se trata de una representación social muy contradictoria y que, al menos en parte explicaría, las características y la falta de alarma social con la que se vive esta segunda y compleja epidemia de drogas. De una parte cada vez se considera más que el tema de las drogas pertenece a la esfera personal, si uno las consume se arriesga y luego no puede reclamar a la sociedad, aunque por otra parte esta bien que existan recursos asistenciales porque uno mismo, u otros familiares, nunca sabe donde pueden llegar.

De otra parte hay un rechazo hacia las drogas, básicamente por lo que representaron, escenificado en la epidemia de heroína, pero se supone que esto ya está controlado y no va a volver. Una parte del control se atribuye al buen hacer institucional (y profesional) pero otra al rearme familiar. Los jóvenes son más libres, transgreden con más facilidad, pero todo el mundo, padres incluidos tiene más y mejor información, lo que implica una mejor capacidad de respuesta. Además se considera que la transgresión es una necesidad de la sociedad de consumo, de los crecientes niveles de competitividad, algo que los jóvenes deben aprender y para lo que cuentan con la tolerancia y protección de los padres. Desde esta perspectiva parece más fácil establecer límites consensuados sobre aquellos consumos, heroína, con los que no se debe jugar nunca.

El tabaco constituye un buen ejemplo de las consecuencias de esta dualidad en las representaciones. Nadie ignora, e incluso una mayoría acepta, las consecuencias sobre la salud del tabaco. Una gran parte de los fumadores afirma que desearía dejar de fumar, pero de hecho la tasa de fumadores se mantiene, en España, estable y el número de adolescentes que se hincan en el consumo de tabaco crece, aunque discretamente. Lógicamente las consecuencias del tabaco a largo plazo desdichan esta imagen idílica de las representaciones sociales.

4.3.- LA PREPONDERANCIA DE LAS RESPUESTAS INSTITUCIONALES.

En este periodo las instituciones toman la palabra para “decir” sobre las drogas. Una parte sustancial de las políticas tiene que ver con este protagonismo institucional. El ámbito político de las drogas se utiliza incluso como lugar de prestigio personal cuando unos pocos años antes los responsables institucionales preferían tomar distancias en torno al mismo.

El protagonismo institucional implica un repliegue público de los profesionales, del que apenas se salvaran aquellos que trabajan en algunos PRDs. Este repliegue tiene que ver además con la crisis en el concepto de adicción y la recuperación de criterios morales para la intervención. Lo que se ha venido en llamar “ética de la intervención” que ha recorrido toda Europa en los años 90. Obviamente se trata de criterios morales muy distintos a los tradicionales, ya que estos no hacen referencia a la maldad intrínseca de las drogas, sino a la libertad individual y a la responsabilidad y límites de la intervención.

En este contexto, particularmente en España se produce, en el último tercio de la década, una notable reducción de presupuestos específicos, al tiempo que el volumen de población atendido en la red asistencial casi se duplicaba (de 95.000 en 1995 a 180.000 en 1999). En este mismo periodo el coste por caso atendido se redujo a un 40%. En parte el ahorro puede atribuirse a una mayor participación de los recursos generales, entre los que sigue faltando el INSALUD o su equivalente regional, en el tema. Pero el principal motivo es sin duda la falta de dotación de los PRDs. De hecho las administraciones sustituyen PLDs por PRDs porque les resultan más baratos, especialmente cuando se limitan exclusivamente a la dispensación de metadona.

El protagonismo institucional también facilita la retórica, así los presupuestos parecen incrementarse porque se añaden partidas de administraciones que no tienen nada que ver con el tema drogas, en ocasiones se dice que los problemas disminuyen (cuando hay que resaltar la labor realizada) y en otros se dice que aumentan (cuando es necesario reafirmar el propio papel institucional), además se afirma desarrollar una política contra el tabaquismo al tiempo que se rechazan las directrices europeas sobre control de la publicidad y, como mejor ejemplo, se abandonan los programas generales de prevención, que ya estaban llegando a un amplia audiencia de adolescentes, para ser sustituidos por programas experimentales con una población objetivo muy reducida, cuyos innegables éxitos, son luego ampliamente difundidos.

4.4.- UNA RELACIÓN JERÁRQUICA ENTRE NIVELES.

El modelo implantado en los años 90 parecería establecer una relación jerárquica entre el nivel institucional y los demás: Las instituciones, en particular las instituciones específicas, definen la realidad, la transmiten a través de los MCS, los ciudadanos la visualizan y adoptan sus representaciones sociales a partir de la misma. Pero esto es apariencia, porque para que las instituciones ocuparan en vértice jerárquico deberían tener una voluntad transformadora de la que carecen, porque son ellas las que se adaptan a las representaciones sociales para mantener credibilidad y un cierto protagonismo.

En este sentido se podría pensar que la situación de semialarma en torno a las drogas de diseño ha sido provocada por las instituciones cuando no es así. Son los MCS los primeros que empiezan a hablar del tema en 1991, generando un gran interés del público con relación al tema, por los aspectos morbosos (Ibiza), también son los MCS los que focalizan la atención del público sobre la “ruta del bacalao” (1993-94), para resaltar un nivel de movilidad que también podía relacionarse con otros elementos como la conclusión de red de autovías en 1992 o la creciente motorización de los jóvenes. Una vez construido el estereotipo son las instituciones las que retoman y expanden el discurso.

Obviamente esto significa que las políticas se han adaptado, más que nunca, a las exigencias de las representaciones sociales, lo que implica una opinión pública que valora muy positivamente las acciones en materia de drogas. En todo caso esta adaptación, esta jerarquización en cuya cima se yerguen las representaciones sociales, no resulta muy adecuada para dar respuestas a los nuevos problemas que puedan ocasionar las drogas.

5.- ¿EXISTEN ALGUNOS COMPONENTES HISTÓRICOS ESPECÍFICOS QUE DETERMINEN UN “CASO ESPAÑOL” PROTOTÍPICO?

La especificidad del caso español no tiene que ver con los procesos, que comparte con otros países, sino con el ritmo y la transparencia sociológica en la que estos se manifiestan. La evolución del consumo de drogas, de las representaciones sociales y de las respuestas que ha generado muestran los mecanismos del tránsito entre por una parte el subdesarrollo y el consumo tradicional y por otra parte una sociedad de consumo tecnológicamente avanzada.

En este sentido el modelo aquí propuesto se puede utilizar para analizar los procesos que viven otros países, de la misma manera que para intentar interpretar hacia donde avanzamos, aun podemos mirarnos en la situación norteamericana.

6.- BIBLIOGRAFÍA.

Nota: Esta bibliografía refleja las referencias que aparecen en el texto. Algunas referencias recogen trabajos historiográficos, pero otras se refieren a ejemplos de los hechos que se describen. Estas últimas son, lógicamente, muy numerosas. El criterio de selección ha sido el hecho de que se trate de textos con bibliografías sistemáticas que pueden ser muy útiles al alumno.

- ❖ BERH, H.G. (1982), **La droga, potencia mundial**, Barcelona, Planeta.
- ❖ CAMPOS, R. (1997), **Alcoholismo, medicina y sociedad en España**, Madrid, CSIC.
- ❖ CARNERO, T. (1980), **Expansión vinícola y atraso agrario (1870-1900)**, Madrid, Ministerio de Agricultura.
- ❖ COMAS, D. (1985), **El uso de drogas en la juventud**, Madrid, Ministerio Cultura.
- ❖ COMAS, D. (1986), “*Uso de drogas: del paradigma lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas*”, en JANO, MEDICINA Y HUMANIDADES, nº 713, Barcelona, DOYMA.
- ❖ COMAS, D., –Dir-, (1988), **Drogas y culturas**, Madrid, Ministerio de Cultura.
- ❖ COMAS, D. (1989), “*La ideología de la “cultura mediterránea del vino” y el consumo de alcohol en España*”, en AUTORES VARIOS (1989), **Problemas relacionados con el alcohol**, Sevilla, Conserjería de Salud y Servicios Sociales.
- ❖ COMAS, D. (1993), **Los jóvenes y las drogas desde la perspectiva de los años 90**, Madrid, INJUVE.
- ❖ COMAS, D. (1992), **Evolución de las opiniones, actitudes y comportamientos de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales entre 1979 y 1992**, Madrid, CIS (mimeo).
- ❖ COMAS, D. (1997), “*Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español*” en AUTORES VARIOS (1997), **Aprender y cambiar: balance y perspectivas de la intervención sobre drogas en Europa**, Barcelona, Ayuntamiento/ITACA.

- ❖ COMAS, D. (1998), “*Ciudadanos, profesionales, instituciones, programas de investigación y movimientos sociales en la prevención de las drogodependencias*”, en **ITACA**, Vol 3, nº 2, Madrid, ITACA.
- ❖ COMAS, D. (1999), “*Adicción a sustancias psicoactivas y exclusión social*” en TEZANOS, J.F. (1999), **Tendencias de desigualdad y exclusión social en la sociedad española**, Madrid, Sistema.
- ❖ COMAS, D. (2000), **Estimación de la evolución de la producción, el consumo y los problemas asociados al alcohol en España (1950-2000)**, Madrid, Dirección General de Salud Pública, (se puede consultar en WWW.grupogid.org)
- ❖ COMISIÓN INTERMINISTERIAL, (1975), **Memoria del Grupo de Trabajo**, REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PÚBLICA, Número Especial, Mayo-junio 1975.
- ❖ EDWARDS, G. y ARIF, A. (1981), **Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas**, Ginebra, OMS.
- ❖ ELZO, J. ; COMAS, D.; SALAZAR, L.; VIELVA, T. y LAESPADA, T. (2000), **Las culturas de las drogas en los jóvenes**, Vitoria, Gobierno Vasco.
- ❖ ESCOHOTADO, A., (1989), **Historia de las drogas 3**, Madrid, Alianza.
- ❖ FREIXA, F. (1994), “*Perspectiva Medica y consecuencias sociales de la restricción de estupefacientes*”, en ADICCIONES, Vol 6, nº4, Palma de Mallorca, Sociodrigalcohol.
- ❖ FREIXA, F. (2000), “*Percepción crítica del movimiento asociativo en alcoholismo (1950-1999)*”, en REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol 25, nº 2, Valencia, AESED.
- ❖ FREIXA, F. y SÁNCHEZ TURET, M. (1999), “*Concepto histórico de enfermedad alcohólica*” en SÁNCHEZ TURET, M.(1999), **Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol**, Barcelona, Espaxs.
- ❖ GAMELLA, J.F. y MARTÍN, E. , (1994), “*Rentas del Anfión: El monopolio español del opio en filipinas (1844-1898) y su rechazo por la administración americana*” en REVISTA DE INDIAS, Madrid, UCM.
- ❖ GID (1996), **Informe sobre los programas de reducción de la demanda de drogas en España**, Madrid, PNsD (Mimeo).
- ❖ INCIARDI, J., (1999), **The drug legalization debate**, Londres, SAGE.

- ❖ MEGIAS, E. –Dir-, (1998), **Los docentes españoles y la prevención del consumo de drogas**, Madrid, FAD.
- ❖ MEGIAS, E. –Dir-, (1999), **La percepción de los problemas de drogas en España**, Madrid, FAD.
- ❖ MEGIAS, E. -Dir-, (2000), **Los valores de la sociedad española y las drogas**, Barcelona, Fundación La Caixa.
- ❖ OUGHORLIAN, J.M., (1977), **La persona del toxicómano**, Barcelona, Herder.
- ❖ PEREZ VIDAL, J. (1969), **España en la historia del tabaco**, Madrid, CSIC.
- ❖ ROMANI, O. (1983), **A tumba abierta**, Barcelona, Anagrama.
- ❖ SOLE PUIG, J.R. (1981), “*Drogas y contracultura*” en FREIXA, F. y SOLER INSA, P.A. (1981), **Toxicomanías. Un enfoque interdisciplinario**, Barcelona, Fontanella.
- ❖ URIS, P. (1995), **Alucinema, las drogas y el cine**, Barcelona, Royal Books.

SÍNTESIS

La historia de las drogas es, a pesar de tanta literatura, un territorio casi virgen, que debemos seguir explorando, en una gran medida porque cuando hemos comenzado a realizar, de forma sistemática, esta tarea, los hallazgos obtenidos ponen en duda los procedimientos y las políticas con las que se aborda el tema. Obviamente, para realizar esta tarea debemos rehuir el uso ideológico de las anécdotas históricas.

La imagen de lo ocurrido con las drogas, con sus representaciones sociales y con las respuestas sociales, institucionales y profesionales, en España, en la última mitad del siglo XX, nos señala que aquello que se interpreta habitualmente como una respuesta técnica sustentada en ciertos fundamentos científicos, en realidad responde a un conjunto complejo de parámetros sociales, políticos y culturales, a los que esta respuesta concreta parece ajena.

Por este motivo una correcta intervención profesional implica una cierta capacidad para situarse en este contexto histórico para poder actuar con un máximo de lucidez.