

**Drogas**

**y**

**Escuela VI**

**“Evolución del consumo de drogas en  
escolares donostiarras (1981-2002)”**

*Javier Elzo (director)*

*Nieves García*

*María Teresa Laespada*

*Maritxu Zulueta*

# **DROGAS Y ESCUELA VI**

*Donostia/San Sebastián – febrero 2002*

## **EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:**

### **Director:**

Javier Elzo (*Catedrático de la Universidad de Deusto*)

### **Autores:**

Javier Elzo (*Sociólogo - Catedrático de la Universidad de Deusto*)

Nieves García (*Socióloga - Investigadora Social*)

María Teresa Laespada (*Socióloga - Profesora de la Universidad de Deusto*)

Maritxu Zulueta (*Socióloga - Investigadora Social*)

### **Colaboradores:**

Manuel González de Audicana (*Sociólogo*)

Gabriel Roldán (*Director de la comunidad terapéutica Haize-Gain (Agipad)*)

Alberto Ruiz de Alegría (*Director de "Proyecto Hombre" en Sn.Sn.*)

Gotzon Santamaría (*Comisario-Jefe de la Guardia Municipal de Sn.Sn.*)

Amando Vega (*Pedagogo - Profesor de la UPV*)

## **Investigación promovida, financiada y patrocinada por:**



Edición: 1.ª, Febrero 2003  
Tirada: 2000  
Copyright: Publicaciones de la Escuela Universitaria Diocesana de Trabajo Social de San Sebastián.  
Edita: Escuela Universitaria de Trabajo Social  
Fotocomposición e impresión: Gráficas Lankorpe, S.L.  
ISBN: 84-607-6824-4  
D.L.: SS-0219/03

## **EVOLUCION DE LAS DROGODEPENDENCIAS LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS EN GIPUZKOA (1982-2002)**

***Gabriel Roldán Intxusta***  
***(Director de la comunidad terapéutica Haize-Gain (AGIPAD))***

### **1. El inicio.**

A finales de los años 70 en el País Vasco la sociedad comienza a convulsionarse con un fenómeno nuevo, o quizás sería mejor hablar de situaciones antiguas como son el consumo de drogas pero que toman unas variables diferentes que transforman el panorama hasta entonces conocido, referido casi exclusivamente al consumo de alcohol; con unos usos sociales popularizados como el txiquiteo cotidiano y masculino o rito de iniciación adolescente. Unas costumbres arraigadas culturalmente donde "el saber beber" determina un status dentro de la cuadrilla; las borracheras son justificadas como hechos episódicos divertidos y cuesta reconocer más allá del "vicio" del alcohol una enfermedad con consecuencias sociales y familiares. Los graves problemas derivados del consumo de las drogas sociales más extendidas( alcohol o tabaco) se minimizan y las repercusiones deben abordarse dentro de las familias como un problema íntimo que atañe a los implicados y el cual al airearlo conlleva vergüenza social. Son pocos y con escasos medios los dispositivos de atención a alcohólicos como para el resto de enfermedades referidas a la salud mental.

En Julio de 1979, unos sucesos inéditos toman cuerpo en las Magdalenas; fiestas emblemáticas guipuzcoanas en Rentería. Varios jóvenes son atendidos en unidades de urgencia por síntomas de ingestión de sustancias que hasta entonces no eran habituales. A lo largo de ese verano y asociado a las fiestas va hablándose en la prensa del consumo de drogas. Y a las sustancias que en principio se presuponia "porros" se añade speed, L. S.D y heroína. Esta última será la protagonista principal de los sucesos que acaecerán y cuyos episodios de muerte por sobredosis crean una gran alarma, movilizand socialmente a diversos colectivos de afectados y profesionales que pedirán medidas políticas y recursos de tratamiento para esta nueva problemática.

Ahora bien una de los interrogantes que se planteaban era como tratar a estos jóvenes, algunos de ellos adolescentes que no reconocían que tenían un problema y que proclamaban que drogarse era lo mejor del mundo, cuestionando a los servicios sanitarios con la pregunta ¿tú que sabes de esto si no has tomado drogas?. Todo esto en un contexto social y político de grandes cambios como fue la Transición.

En 1980 un grupo de profesionales (médicos, psicólogos) junto con padres de jóvenes con problemas de heroína funda A.G.I.PA.D. (Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de Drogas) un primer intento de sensibilizar a la opinión pública

y organizarse para ofrecer atención a los usuarios y familiares de drogas; que puedan paliar la inexistencia de recursos en aquel momento. Posteriormente se creará D.E.E Askagintza, y la Fundación Izan e infinidad de plataformas y asociaciones locales de apoyo a los afectados de drogas desde la iniciativa privada. Así mismo las instituciones públicas pondrán en marcha los centros de salud mental y los programas de reducción de daños.

Hasta 1982 no se crearán en nuestra provincia los primeros recursos asistenciales para atender a los drogodependientes y en un inicio los padres de drogodependientes más pudientes recurren a centros principalmente de Francia (que se encuentran más desarrollados), o a las primigenias alternativas pseudo-asistenciales; por ejemplo era usual el irse a vivir un grupo reducido de personas drogodependientes a un caserío o casa rural en precarias condiciones con el apoyo de algún personaje carismático o ex-adicto intentando salir de la heroína; promoviendo un tipo de vida alternativa, comunal y con fuerte contenido contracultural. Hay que tener en cuenta que entre los primeros adictos a la heroína existía un grupo de jóvenes con peso específico dentro del colectivo juvenil que presentaban un fuerte contenido anti-institucional y que por sus inquietudes estaban vinculados a movimientos de izquierda; donde la exploración de los paraísos de las nuevas drogas asociadas a movimientos culturales y musicales (hippies, punk) resultaban sugerentes como parte de la filosofía para cambiar el mundo; y que a partir de la experiencia de Mayo del 68 sucumbieron en su desarrollo, y supusieron en los años 70 un cambio brusco en la percepción de la realidad de las drogas con el desencadenante de las muertes por adicción a la heroína y sus miserias cotidianas. Podemos decir que al contrario de otros países europeos aquí se vive el fenómeno de ilusión y desencanto posterior 10 años después.

En Junio de 1982 a iniciativa de AGIPAD y la Diputación de Gipuzkoa se pone en marcha la comunidad terapéutica Haize-Gain (Oiartzun); el primer dispositivo asistencial con profesionales para atender a drogodependientes en nuestra provincia; y casi al mismo tiempo comienzan su andadura los centros de salud mental de Irún, Rentería y San Sebastián a los que posteriormente se irán incorporando otros recursos por todo el territorio histórico hasta completar su desarrollo, una vez hechas las transferencias al gobierno vasco desde las diputaciones y consolidar la reforma psiquiátrica en marcha desde un modelo más de beneficencia a un modelo sanitarista o pretendidamente comunitario en sus orígenes. Una de las primeras pugnas que se plantean entre los profesionales y los responsables políticos es si fundar centros específicos para toxicómanos o centros donde los toxicómanos son incorporados dentro del colectivo de salud mental. Algunos de los argumentos que entonces se esgrimían eran: el drogadicto es un paciente molesto, diferente del resto al que algunos médicos, psicólogos aludían que no se podía tratar. En la parte contraria se argumenta que segregar las toxicomanías del resto de la salud mental ayuda a marginar aún más a los pacientes drogodependientes hasta crear ghettos. Las discusiones son airadas en cada territorio histórico del País Vasco; en concreto en Gipuzkoa se complementarán los servicios específicos (caso de la comunidad terapéutica Haize-Gain) con los de salud mental marcando unas pautas de colaboración entre recursos públicos y privados sin ánimo de lucro, que más allá de las lógicas dificultades de coordinación han perdurado en todos estos años. Esto junto al apoyo

económico de las instituciones ( ayuntamientos, Diputación de Gipuzkoa, Osakidetza y Gobierno Vasco) tanto a las iniciativas públicas como privadas y el importante reconocimiento público de la sociedad guipuzcoana a los programas de atención a drogodependientes es algo que permanecerá durante todo el proceso; permitiendo a lo largo de los años tejer una red de recursos socio-sanitarios de atención y de apoyo profesionalizada y de calidad para asistir a una compleja y difícil problemática que hunde sus raíces en la propia estructura social y en el modo más íntimo de vivir y relacionarnos.

Los meses anteriores al verano de 1982 han sido muy convulsos en cuanto a la alarma social que ha creado "la droga" y son frecuentes las noticias en prensa sobre atracos de drogodependientes a entidades bancarias, en algún caso con toma de rehenes y los asaltos a las farmacias para conseguir sustancias estupefacientes. No es casual que sea el Colegio oficial de farmacéuticos de Guipúzcoa uno de los colectivos más sensibilizados y el primero que realiza en Mayo del 1982 un congreso nacional en San Sebastián tratando de buscar respuestas profesionales a los problemas que se presentaban.

Algo que caracteriza a estos primeros drogodependientes es el rechazo a la relación tradicional de ayuda medico-paciente que desborda a los profesionales y hace que surjan infinidad de propuestas alternativas que son incorporadas de otros países tipo Patriarca, Narconon, Iglesia Evangélica. ;donde lo mágico y anti-institucional toma valor de ciencia; y donde las "granjas" o "centros" alejadas de los núcleos urbanos toman entidad propia y resultan sugerentes para el usuario en esa necesidad casi mágica de cambiar a la droga por algo mejor.

## **2. ¿Qué sustancias se consumían?**

El consumo de las nuevas sustancias (heroína, hachis, LSD. , pastillas, cocaína, speed) no aparecen de modo brusco y brutal como algunas personas quieren hacer entender a modo de una invasión extranjera, sino que siguen unas pautas de extensión.

Hay unas drogas de primera generación como el hachis, LSD, y heroína que se desarrollan y extienden a finales de los años 70 y la década de los años 80. Por ejemplo, en el caso de la heroína esta va perdiendo protagonismo y desciende su consumo en los años 90 dejando tras de sí un importante grupo de afectados con graves deterioros físico-psíquicos y sociales que son todavía el grupo mayoritario sobre los que giran los recursos socio-sanitarios de atención; o el LSD (Ácidos) que casi desaparece su consumo en la última década exceptuando rebrotes esporádicos.

La cocaína va ocupando y ampliando el espectro de la heroína en los años 90 y las pastillas se popularizan en la última década y se les supone un importante atractivo y desarrollo en generaciones futuras. El speed y la cocaína en algún caso vienen a ocupar el vacío dejado por la restricción de las sustancias médicas estimulantes de los años 70-80 como las anfetaminas ("droga española" denominada en Suecia) y muy extendidas entre estudiantes y determinados profesiones para estimularse o aguantar el sueño ante la necesidad de sacar un trabajo adelante ( camioneros, hostelería, políticos, empresarios).

El hachis, sin embargo, se mantiene o aumenta pasando a incorporarse al repertorio social de los más jóvenes como droga casi legal equiparable al alcohol. Mírese si no la extensión de tiendas, revistas del tema del cannabis y la plantación y cuidado por parte de adolescentes de sus plantas de "maría" (cannabis). Observamos que el hachis tiene en algunos casos una tradición histórica antigua (el abuelo que hizo la mili en África y probó el kiffi), posteriormente se extiende y populariza a mediados de los 70 vinculado a las macro-festivales de rock y movimientos de cambio y protesta social (tipo Canet); en fiestas lúdico juveniles donde es usual el compartir drogas en grupo. La sustancia se trae desde Marruecos principalmente por los propios viajeros consumidores, los cuales destinan una parte para "pasar" (traficar), costeándose el viaje y algún capricho. Chaouen en el valle del Rif en Marruecos es uno de los destinos preferidos de los jóvenes vascos que combinan unos días de disfrute del país con este pequeño negocio. El ritual de "bajarse al moro" es uno de los elementos de pasaje de la adolescencia en determinados segmentos juveniles guipuzcoanos en la década de los años 80.

El consumo y venta de drogas en un primer momento es minoritario, circunscrito a jóvenes con inquietudes que viajan en busca de paraísos perdidos a Holanda, California, Pakistán, Afganistán o Marruecos y que traen sus pequeñas cantidades de sustancias para ellos y los amigos (de aquí por ejemplo la impregnación en determinadas cuadrillas del consumo de heroína que tendrá fatales consecuencias por compartir jeringuillas cuando ya más tarde aparezca el SIDA). Al inicio de los 80 popularizadas estas drogas y extendido el mercado como negocio aparecen otras redes de distribución que incorporan a nuevos colectivos de consumidores principalmente jóvenes marginales, en un segmento social que presenta importantes dificultades personales, familiares o de incorporación al mercado laboral (se desarrolla el paro), y que se quedará enganchado a la droga (heroína).

Entre los primeros drogodependientes hay una mezcla de jóvenes que han encontrado la droga en ese viaje de iniciación a la búsqueda de los paraísos perdidos (post- mayo 68, transición en España) imbuidos de una mística cultural de libertad que proclama las excelencias del uso de sustancias; por ejemplo Castaneda y los hongos alucinógenos; W.S. Bourroughs y "yonki", Eric Clapton con "cocaine" o Loud Reed con "heroine", y que en determinados casos desembocarán posteriormente en los paraísos artificiales de la heroína. Junto a este grupo se unirán adolescentes problemáticos de los barrios periféricos de las ciudades o barriadas obreras (Beraun por ejemplo en Rentaría o la Paz en San Sebastián, Elgoibar) que buscan en la droga un alivio a sus malestares y un escape de sus problemas cotidianos.

La reacción inicial de la sociedad fue "hay que salvar al adicto"; equiparando la adicción a la heroína a la muerte (sazonada de episodios por sobredosis en los medios de comunicación); considerándose a los drogodependientes como víctimas ajenas a su enfermedad y proclamando que "las drogas les quitan la voluntad". En los primeros años de los 80 son frecuentes las manifestaciones de madres contra la droga y se tiende a cargar la culpa en el traficante (en muchos de los casos también consumidor) y a responsabilizar a la policía de ser permisiva cuando no marcarlo con contenidos políticos y acusaciones de colaboracionismo.

### **3. ¿Cómo eran los drogadictos de hace 20 años?**

Personas adolescentes y jóvenes (entre 16 y 28 años), varones principalmente dependientes de la heroína, con trastornos de personalidad y estructuras neuróticas, con pocos años de consumo de drogas (1-3 años). En las mujeres era frecuente el consumo de psicofármacos con alcohol. El adicto vivía o dependía económicamente de los padres y la familia frecuentemente colaboraba en el tratamiento.

Un elemento novedoso que incorpora la compleja atención a las personas con drogas es la multiplicidad de factores etiológicos físicos, psicológicos, familiares y sociales lo que determina la incorporación de colectivos profesionales nuevos hasta entonces al marco de los tratamientos sanitarios; como psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos y educadores de la más diversa procedencia ya que no existe entonces una titulación específica de educador social. Estas incorporaciones, junto con el desarrollo de nuevos conocimientos (por ejemplo el papel de las endorfinas) van ha ir modificando la percepción clásica de la enfermedad, donde se percibe a la adicción como una anomalía que invade al cuerpo humano y su curación como un proceso a erradicar.

Al inicio los equipos estaban constituidos por profesionales jóvenes de distintas disciplinas lo que permitió el desarrollo de programas novedosos que permitieron la adecuación a las demandas de las personas afectadas por problemas de drogas, pero con poco bagaje profesional, lo que determinaría disputas y competencia con colectivos de ex-adictos que reclamaban un protagonismo mayor en los tratamientos institucionales, como los intentos del Patriarca de constituir centros en Gipuzkoa desde el postulado de que solo una persona que ha pasado por la droga puede ayudar a otro.

La demanda a los profesionales de los usuarios era descorazonadora y muy diferente a la de los familiares. Los pacientes vienen bajo presión familiar (casi todos viven o dependen económicamente de sus padres). Preconizan que la heroína es buena (todavía no son graves los deterioros físicos ni se conoce el SIDA), y el trabajo del profesional (psicólogos, médicos trabajadora social, ATS...) se convierte en un pulso abierto para convencerles que dejen la droga (casi el principal objetivo.) El objetivo asistencial básico era que una persona tenía que querer dejar de tomar drogas, sino no podía hacerse nada, y parte de la estrategia consistía en aliarse con la familia del adicto y darles el apoyo para que fuesen consecuentes y no permitiesen el consumo; incluso echando del domicilio familiar al usuario; con la idea de que "tocase fondo", viese las consecuencias negativas del consumo y reclamase ayuda para salir.

Los planteamientos iniciales fueron casi exclusivamente de programas libres de drogas; lo que sí diferían los programas asistenciales según la profesionalidad de los mismos eran en la rigidez de sus métodos asistenciales( maltratantes en algunos casos)

### **4. ¿Cómo fue evolucionando la toxicomanía en todo este tiempo?**

Los recursos de los profesionales eran escasos; a mediados de los 80 se va desarrollando



la red asistencial y de apoyo social para drogodependientes en nuestra provincia (AGIPAD, Proyecto hombre, Centros de salud mental, programas de antagonistas) que irá completándose al inicio de los 90 con los programas de reducción de riesgos, metadona, y programas en la prisión de Martutene.

Un elemento que convulsionó las toxicomanías y su percepción social se produjo a partir de mediados de los 80 con la irrupción del SIDA. El miedo al contagio motivó un creciente rechazo hacia los toxicómanos que se tradujo en las resistencias a la apertura de centros de tratamiento entre los vecinos colindantes; algo hasta entonces desconocido en el sector en nuestra provincia y dentro de los profesionales que realizaban los tratamientos un periodo depresivo que cambio radicalmente los planteamientos asistenciales.

En nuestra provincia la aparición de los primeros test de detección del VIH nos mostraron un panorama poco alentador con porcentajes cercanos al 60% de personas infectadas dentro de los tratamientos y donde los fallecimientos asociados al VIH en el periodo 1986-1992 podían rondar el 20% de las personas asistidas (Comas, Roldán, García 1993). El tratamiento ya no era sinónimo de vida; incluso la rumorología de los yonquis de la época decía "que si dejabas de drogarte la infección se manifestaba más rápidamente", como si la droga protegiese por lo menos de la percepción del riesgo de muerte. Cuando se detectaba el SIDA en una persona el deterioro físico era rápido y alarmante y todavía no se habían descubierto los fármacos necesarios para evitar el desarrollo de la enfermedad. Son frecuentes los fallecimientos de personas que se encuentran en tratamientos libres de drogas.

El objetivo ya no es solo curarse sino no morir. La incidencia por él numero de fallecimientos entre personas asistidas en los programas desencadena estados de desanimo en los terapeutas. Son años duros que van a cambiar los objetivos de la atención; ayudando a flexibilizar los servicios y plantearse otras metas terapéuticas, por ejemplo el acompañamiento a enfermos terminales.

A partir de 1992 la epidemia del Sida va descendiendo; el porcentaje de los infectados va lentamente disminuyendo (10% VIH+ en la comunidad terapéutica Haize-Gain en el 2000) en parte por la incidencia de las campañas de prevención; y las medidas facilitadoras para no compartir jeringuillas. Los kits de uso para vía endovenosa-jeringuillas desechables, agua destilada y preservativo- son puestos rápidamente en marcha en la comunidad autónoma vasca y suponen una importante medida terapéutica junto con la buena disposición por parte del colectivo de farmacéuticos guipuzcoanos para su distribución. Con mayor retraso se pondrán en marcha los programas de distribución en Martutene y BITARTE (programa de objetivos intermedios).

El SIDA va a modificar sustancialmente el consumo de sustancias y la manera de realizarla sobre todo en los nuevos consumidores que se van incorporando. Disminuye ostensiblemente la vía endovenosa (anteriormente mayoritaria) y es más frecuente la oral y la inhalada. Por otro lado la heroína pierde prestigio "droga de tirados", y va aumentando progresivamente la demanda de atención de personas adictas a la

cocaína superando en la actualidad en número a las personas que van por primera vez a un tratamiento. También aparecen en mayor número demandas anteriormente infrecuentes por dependencia al hachis y a pastillas asociadas a trastornos psiquiátricos.

## **5. La percepción de la sociedad actualmente de las toxicomanías**

Después de veinte años la relevancia que la sociedad guipuzcoana da a las drogodependencias ha disminuido. Por un lado los “toxicómanos clásicos” o heroínómanos; en los cuales el deterioro y la marginación se hacen evidentes forman parte del panorama de las ciudades y pueblos y dan menos miedo a sus habitantes (una de las principales causas de la alarma que crearon en los primeros tiempos), por otro parte la expansión del consumo de nuevas sustancias principalmente cocaína, pastillas y speed se circunscriben a territorios más lúdicos como el “finde”( fin de semana) y queda enmascarado por un comportamiento cotidiano más normalizado por parte de los usuarios los cuales trabajan, estudian y no aparecen tirados o dando “palos” (robando).

EL consumo de hachis y las nuevas formas de consumo de alcohol (las litronas por ejemplo)se incorporan más o menos socialmente; y preocupan aspectos como la permisibilidad en la edad de inicio entre los jóvenes por parte de los padres, o las molestias derivadas en los vecinos por el consumo de dichas sustancias. Así mismo existe una mayor concienciación sobre los riesgos del tabaco y una mayor sensibilización por dejar de fumar a partir de los 40 años. Otro aspecto a tener en cuenta es el aumento espectacular en el consumo de psicofármacos bien por prescripción médica o “porque me dice mi vecina que tome estas pastillas rojas que te quitan esa angustia de por las mañanas”; modos en definitiva de abordar el sufrimiento y la cotidianidad; parte de una globalización en la que participamos y que es difícil sustraerse al encanto de buscar fórmulas mágicas para estar y vivir mejor.

## **6. ¿Qué drogodependientes aparecen actualmente a tratamiento?**

Existe un grupo importante de personas adictas a la heroína y que además toman otro tipo de sustancias como alcohol, hachis y cocaína que constituyen el grupo mayoritario de las personas atendidas en los diferentes tratamientos en nuestra provincia. Son varones en mayor proporción; con edades comprendidas entre 30-45 años; con muchos años de consumo de drogas (entre 10 y 20 años) un importante nivel de deterioro físico y psíquico; entre los cuales se concentra el colectivo de seropositivos que han sobrevivido a la enfermedad. Estos drogodependientes han iniciado y en algunos casos llegado a finalizar a lo largo de todos estos años de adicción diferentes tipos de tratamientos; bien ambulatorios o residenciales; alternando periodos de relativo control o abstinencia en el consumo con otros más convulsos donde es frecuente encontrar episodios de ingresos en unidades de urgencia por accidentes, sobredosis o descompensaciones psiquiátricas. Personas que viven entre la vida y la muerte; cuyos lazos con sus familias de origen se han debilitado o han desaparecido a lo largo del tiempo. Un grupo numeroso de estos pacientes se ha incorporado a los programas de objetivos intermedios (metadona) lo cual junto a las ayudas sociales a permitido que el deterioro social sea menor. Una

cuarta parte de estos pacientes tienen hijos lo cual constituye una importante preocupación para los servicios sociales de los ayuntamientos.

Entre las nuevas demandas de atención toman protagonismo los consumidores de cocaína que progresivamente van en aumento hasta sobrepasar actualmente a los de heroína. Son personas entre 25 y 50 años; en apariencia integrados en su entorno familiar y social, que desempeñan un trabajo; que iniciaron el consumo como parte del complemento de la "noche" y que paulatinamente a lo largo de los años (más de 5) la adicción ha ido ganando terreno hasta ocupar un espacio importante de sus vidas; lo cual en determinados momentos les plantea dificultades importantes ya sean físicas, psíquicas, económicas o sociales. Se plantean dejarlo un tiempo e intentar controlarlo en mayor medida porque perciben el consumo de "coca" como poco perjudicial y en algunos casos dejarlo. Les cuesta reconocerse como adictos y en muchos casos son los médicos de atención primaria quienes realizan la detección del problema a partir de una demanda como no poder dormir, concentrarse o problemas físicos. Algunos son reacios a asistir a programas específicos de drogodependientes y recurren a profesionales privados para no verse estigmatizados como "drogadictos".

Las demandas por consumo de hachis; que eran inusuales hasta hace 5 años van en aumento y se refieren tanto a consumidores adolescentes o jóvenes que presentan signos de aislamiento social, dependencia, asociados en algunos casos a problemas psicológicos o de integración social; pero también en consumidores habituales adultos con muchos años de consumo (más de 10 años) que se plantean dejarlo y no pueden.

Las demandas asociadas al uso de pastillas (el popular éxtasis por ejemplo) van precedido de algún episodio de alarma por parte de los padres, en los adolescentes especialmente. Es un consumo juvenil; entre los 16 y 25 años, vinculado a las fiestas y fines de semana que posteriormente se abandona en la mayoría de los casos. Aunque es significativa su extensión; su consumo pasa desapercibido socialmente; y es uno de los motivos mayores de alarma entre los padres de hijos / as adolescentes. También probablemente es dentro de las drogas ilegales la que más equipare en su uso a hombres y mujeres.

## **7. ¿Y el futuro que nos puede deparar?**

Las drogas, tal como las hemos ido reconociendo estos 20 años, no son una moda pasajera, extranjera, ajenas a nosotros. Las nuevas sustancias vinieron para quedarse y formar parte de nuestro modo social de ser y relacionarnos junto al alcohol y el tabaco. Probablemente en una sociedad donde consumir es uno de los paradigmas del desarrollo, junto con la adaptación rápida al cambio o la búsqueda de estímulos y alicientes que complementen mágicamente nuestra cotidianidad; el uso de drogas forma parte del acervo de respuestas que los individuos buscan para encontrarse bien y vivir tratando de erradicar el aburrimiento, el dolor, la soledad o el alineamiento. Las drogas las tomamos a la búsqueda de satisfacciones y sabemos que tienen por supuesto un precio; que bien puede pagarse física, psíquicamente o socialmente. Poco importa que vengan a cobrarnos la letra de estos placeres al día siguiente o dentro de 2, 5, 10, 30 años; en

todo caso el tiempo que tardará en cobrarse tendrá importancia dependiendo de la edad del interesado y de los beneficios que a corto plazo(segundos, minutos, horas) le otorgue la sustancia. Cuanto más necesitada de placer o de no sentir el displacer esté una persona más posibilidades de depender lo cual crea un nudo que sujeta para encontrar satisfacciones o cuanto menos alivio al sufrimiento fuera de las drogas.

En todos estos años de tratar a drogodependientes un aspecto que se me ha quedado grabado es el reconocimiento del dolor y la desesperanza de muchas personas que han quedado atrapadas en un "sin vivir" o a lo mejor es que las dificultades y el dolor que en su vida tuvieron les atrapó en un bucle donde el encuentro con la droga; especialmente con la heroína lo percibieron como una solución en su vida. Hay un algo de decisión fatídica en el adicto que nos lleva a preguntarnos ¿qué le pasó a esta persona para llegar hasta este estado?.

La exploración en la historia de vida de cientos de heroinómanos que he asistido señala a la adicción como la punta del iceberg de situaciones personales o familiares más graves y dolorosas, o bien es la fiebre que anuncia que esa persona está enferma, de otras cosas aparte de la droga; muchas veces sin darse cuenta y la sustancia es una respuesta que encontró en su camino; que pensó sería pasajera ,y que le fue envolviendo, hasta ser lo más importante en su vida pasando a un segundo plano las dificultades iniciales y parecer que todos sus problemas son la droga , fundiendo al individuo con la sustancia. No para todas las personas resplandece igual el atractivo de las drogas; hay un código genético con relación a la tolerancia al dolor y la necesidad de placer, que luego se va modulando en los primeros años de vida en la familia con relación a los cuidados y empatía de los progenitores; modos adictivos de ser, relacionarse y enfrentarse a las dificultades y dolor cotidiano. Y sin minusvalorar las circunstancias que ha cada ser humano le ha tocado vivir. Detrás de muchos "yonkis " he encontrado dramas antes de la droga, que posteriormente al entrar en contacto con esta se ha recrudecido y me han hecho plantearme que hubiese hecho yo en esa situación. Otra cuestión es como buscar una salida que aunque no pueda cambiar los sucesos de la vida atenúe el sufrimiento de esa persona con drogas, bien con prescripción y seguimiento médico o ayudándole a vivir sin drogas; lo que sea pertinente para cada caso; pero quitando protagonismo a la sustancia y dándosela al individuo.

En relación al porqué del consumo de las nuevas drogas y los cambios en el estilo del consumo entre los adolescentes y jóvenes, ellos nos apuntan a las mismas preguntas de siempre: que hacer para divertirme, para relacionarme, para ser exitoso, no estar solo, no aburrirme...; pero con distintas respuestas. Lo extraño y peligroso pueda ser que los adultos no nos preguntemos por que consumimos drogas y tratemos de responder a las cuestiones como que son asuntos de otros.

Los recursos asistenciales que se han desarrollado en todos estos años deben irse adaptando a los cambios en las demandas de los usuarios de drogas y existe el peligro de que la burocratización de las tareas y el cansancio del personal no permitan reconocer las necesidades más allá de las sustancias de una enfermedad problemática y compleja

que envuelve situaciones personales, familiares y sociales. Es un reto el normalizar la asistencia a las necesidades de los usuarios de drogas ofreciendo respuestas más cercanas a los problemas que afecten sobretodo, a la mayoría de las personas que han incorporado el consumo de sustancias como parte de su vida cotidiana, ya sea alcohol, tabaco, hachis o cocaína.

Destacar la importancia que han tenido y siguen desarrollando las asociaciones de auto-ayuda como Alcohólicos Anónimos, Harri Beltza, Asociación Anti-sida...; y el papel de los voluntarios que desde organizaciones como Caritas, Bidegintza, Cruz Roja, A.G.I.P.A.D, Proyecto Hombre, D.E.E, Askagintza o formando parte de programas de apoyo de los ayuntamientos o asociaciones locales han permitido aminorar el estigma social de los toxicómanos dando soporte y apoyo a los colectivos más marginales y acompañando a los sujetos a los tratamientos.

A lo largo de estos 20 años hemos podido saber algo más de las nuevas sustancias que tanta alarma generó en su inicio; aprender de la complejidad de los procesos adictivos que en los primeros momentos pensábamos que eran tan sencillos como “querer dejarlo”, y reconocer en nuestro medio social problemas ya antiguos como el alcoholismo al que sumar nuevas dependencias que se inscriben dentro de los tiempos que nos toca vivir. Hay más información sobre las drogas; lo cual no atenúa los problemas, pero deja en terreno de cada cual la responsabilidad de su uso.