

Gabriel Roldán

“Madres contra la droga”



▶ Ver vídeo



▶ Ver vídeo

4.

EL PAPEL DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES Y LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE HEROÍNA Y OTRAS DROGAS EN GIPUZKOA EN EL PERIODO 1980-2000

Gabriel Roldán Intxusta (moderador)

Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Grupoanalista. San Sebastián.

Director de la Comunidad terapéutica Haize-Gain (1982-2001)

La sesión abierta al público comenzó con una mesa en la que Maite Rivero, Koro Balentziaga y Rodolfo Maceira, moderados por Gabriel Roldán, pusieron de manifiesto el papel fundamental del movimiento social creador de recursos, nacido a partir de agrupaciones de familiares y profesionales frente a la problemática de las adicciones en Gipuzkoa durante la década de los ochenta y noventa.

Antes del boom de la heroína

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, y 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, igual que para el resto de enfermedades referidas a la salud mental.

En julio de 1979, unos sucesos inéditos toman cuerpo en las Magdalenas (fiestas en Rentería, emblemáticas en Guipúzcoa). 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. A las sustancias que en principio se presuponía “porros” (*hashish*) se añade speed, LSD y heroína. Esta última será la protagonista principal de los sucesos que acaecerán posteriormente y cuyos episodios de muerte por sobredosis crean una gran alarma, movilizando socialmente a diversos colectivos de afectados, que acompañados por algunos profesionales de la salud, pedirán medidas políticas y recursos de tratamiento para esta nueva problemática.

Ahora bien, uno de los interrogantes que se planteaban era cómo 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 qué sabes de esto, si no has tomado heroína?” 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 AGIPAD (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 de drogas y a sus familiares, y para que puedan paliar la inexistencia de recursos del momento. Posteriormente, se creará DEE Askagintza, y la Fundación Izan e Infinitud 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.

En 1982 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 encontraban 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 manifestaban 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 los problemas asociados a su dependencia. 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); fue 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, pasando desde un modelo más de beneficencia a un modelo sanitario 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 que el drogadicto es un paciente molesto, diferente del resto, al que algunos médicos y psicólogos aludían que no se podía tratar. En la parte contraria se argumentaba que segregar las toxicomanías del resto de la salud mental ayudaba a marginar aún más a los pacientes drogodependientes, hasta crear guetos. Las discusiones son airadas en cada territorio histórico del País Vasco; en concreto, en Guipúzcoa 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, 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 fueron muy convulsos en cuanto a la alarma social que había creado “la droga”, y fueron 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 fuera el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guipúzcoa, uno de los colectivos más sensibilizados, el primero que realiza en mayo de 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 médico-paciente, que desborda a los médicos 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” alejados de los núcleos urbanos toman entidad propia y resultan sugerentes para el usuario, en esa necesidad casi mágica de cambiar la droga por algo mejor

¿Qué drogas se consumían en los años 80-90?

El consumo de las nuevas sustancias (heroína, hashish, LSD, pastillas, cocaína, speed) no aparece 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 hashish, LSD, y heroína, que se desarrollan y extienden a finales de los años 70 y la década de los años 80 y que luego se desvanece su uso. 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 continuaron siendo un grupo importante en cuanto a necesidades de los recursos socio-sanitarios de atención. Hay otras drogas, como el LSD (ácidos), que casi desaparecen en la última década exceptuando rebrotes esporádicos.

En los años 90, la cocaína toma un gran protagonismo y va ocupando y ampliando el espectro de la heroína. Las pastillas (diferentes sustancias excitantes), y el speed se popularizan en las últimas décadas del siglo XX y se les supone un importante atractivo y desarrollo en las 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 (denominada en Suecia “droga española”) y muy extendidas entre estudiantes y determinados profesionales para estimularse o aguantar el sueño ante la necesidad de sacar un trabajo adelante (camioneros, hostelería, políticos, empresarios).

El hashish, 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 y revistas del tema del cannabis, y la plantación y cuidado ritual por parte de adolescentes de sus plantas de “maría” (cannabis). Observamos que el hashish 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 los macro-festivales de rock y movimientos de cambio y protesta social (tipo *Canet-rock*), o en fiestas lúdico-juveniles donde es usual el compartir drogas en grupo. En los inicios 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. Chauen en el valle del Rif (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 heroína y LSD, en un primer momento, es minoritario, circunscrito a jóvenes con inquietudes que viajan en busca de paraísos perdidos a Holanda, California, Pakistán, Afganistán, y que traen sus pequeñas cantidades de drogas para ellos y los amigos (de aquí, por ejemplo, la impregnación del consumo de heroína en determinadas cuadrillas, que tendrá fatales consecuencias cuando ya más tarde aparezca el SIDA, por el hecho de compartir jeringuillas).

Al inicio de los 80, popularizadas estas drogas y extendido el mercado como negocio, aparecieron otras redes de distribución que incorporaron a nuevos colectivos de consumidores, principalmente jóvenes marginales, en un segmento social que presentaba importantes dificultades personales, familiares o de incorporación al mercado laboral (aumenta considerablemente el paro juvenil), y que se quedaron enganchados a la 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 que coincide con la transición en España), imbuidos de una mística cultural de libertad que proclama las excelencias del uso de sustancias: por ejemplo, los escritos de Castaneda sobre los viajes iniciáticos con los hongos alucinógenos; el libro emblemático "Yonki" de W. S. Bourroughs sobre un adicto a la heroína; el tema musical de Eric Clapton, "Cocaine", o la mítica canción de Lou Reed titulada "Heroin". Son alegorías psicodélicas que en determinadas casos desembocarán posteriormente en los paraísos artificiales de la heroína. A este grupo se unirán adolescentes problemáticos de los barrios periféricos de las ciudades o barriadas obreras (por ejemplo, Beraun en Rentería, o la Paz en San Sebastián; Elgoibar) que buscan en la droga un alivio a sus malestares y un escape rápido a sus problemas cotidianos.

La reacción inicial de la sociedad fue mesiánica: "hay que salvar al adicto", equiparando la adicción a la heroína con la muerte (sazonada de episodios por sobredosis que aparecen diariamente en los medios de comunicación), y considerando a los drogodependientes como víctimas ajenas a su enfermedad, al proclamar 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 consumidores) y a responsabilizar a la policía de ser permisiva con el tráfico de heroína, con el objetivo de favorecer la desvinculación política de la juventud vasca, señalando al consumidor-traficante de colaboracionista y chivato de la policía. Hay una gran violencia social en torno al mundo de la droga.

¿Cómo eran los primeros drogadictos y que dispositivos asistenciales se construyeron para atenderlos?

Los primeros consumidores atendidos en los centros de tratamiento a mediados de los 80 fueron 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 al marco de los tratamientos sanitarios de colectivos profesionales nuevos hasta entonces, tales como psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos y educadores de la más diversa procedencia, ya que no existía hasta entonces una titulación específica de educador social. Estas incorporaciones, junto con el desarrollo de nuevos conocimientos (por ejemplo el papel de las endorfinas), van a ir modificando la percepción clásica de la enfermedad, donde se percibe 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 se adecuaron a las demandas de las personas afectadas por problemas de drogas, pero con poco bagaje profesional; eso determinaría disputas y competencia con colectivos de ex-adictos, que reclamaban un protagonismo mayor en los tratamientos institucionales, por ejemplo en los intentos del *Patriarca* de constituir centros en Guipúzcoa desde el postulado de que solo una persona que ha pasado por la droga puede ayudar a otra.

La demanda de los usuarios hacia los profesionales era de una compleja confrontación, y muy diferente a la de los familiares. Los pacientes venían bajo presión familiar (casi todos vivían o dependían económicamente de sus padres), y preconizaban que la heroína era buena (todavía no eran graves los deterioros físicos, ni se conocía el SIDA), y el trabajo del profesional (psicólogos, médicos, trabajadoras sociales, ATS...) se convertía en un pulso abierto para convencerles de que dejaran la droga (casi el principal objetivo). El objetivo asistencial básico era que una persona tenía que querer dejar de tomar drogas; si no, 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; pero en 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).

Los recursos de los profesionales eran escasos; a mediados de los 80 se fue desarrollando la red asistencial y de apoyo social para drogodependientes en nuestra provincia (AGIPAD, Proyecto Hombre, Centros de Salud Mental, programas de antagonistas) que irían 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 y el desconocimiento del modo de contagio de la enfermedad, mortal en un inicio, 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 nuestro entorno) y la angustia de los profesionales que realizaban los tratamientos. Fue un largo periodo depresivo y “negro”, que cambió radicalmente los planteamientos asistenciales.

En Guipúzcoa 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 *si dejas de drogarte, la infección se manifiesta 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, ya que todavía no se habían descubierto los fármacos necesarios para evitar el desarrollo de la enfermedad. Fueron frecuentes los fallecimientos de personas que se encontraban en tratamientos libres de drogas.

El objetivo ya no era solo curarse, sino no morir. El número de fallecimientos entre las personas asistidas en los programas desencadenaba estados de desánimo en los terapeutas. Fueron años duros, que iban a cambiar los objetivos de la atención, ayudando a flexibilizar los servicios y plantearse otras metas terapéuticas, como 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 por 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 con metadona).

El SIDA va a modificar sustancialmente el consumo de sustancias y la manera de hacerlo, 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, hasta llegar a ser el colectivo principal entre las personas que inician su primer tratamiento. También aparecen demandas anteriormente poco frecuentes, por dependencia a hashish y al consumo de pastillas, en muchos casos asociadas a descompensaciones psicóticas o trastornos psiquiátricos desarrollándose lo que se denominará “patología dual”. Este es el cuadro de demandas en los centros de asistencia a finales de los años 90.

La percepción social de las drogodependencias a finales del siglo XX

Después del periodo 1980-2000, la relevancia que la sociedad guipuzcoana da a las drogodependencias ha disminuido, y desciende el interés y preocupación social. Por un lado, el panorama se divide entre los “toxicómanos clásicos” o ex-heroinómanos reconvertidos en dependientes a metadona, en los cuales el deterioro y la marginación se hacen evidentes, los cuales ya 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); y por otro parte, la expansión del consumo de nuevas sustancias, principalmente cocaína, pastillas y speed, las cuales se circunscriben a territorios más lúdicos como el “finde” (fin de semana) y queda enmascarado por un comportamiento cotidiano más normalizado y con menor visibilidad por parte de los usuarios, los cuales trabajan, estudian y no aparecen tirados o dando “palos” (robando).

El consumo de hashish y las nuevas formas de consumo de alcohol (las litronas, por ejemplo) se incorporan más o menos socialmente, y preocupan aspectos como la permisibilidad por parte de los padres en la edad de inicio entre los jóvenes, o las molestias derivadas en los vecinos por el consumo de dichas sustancias. Así mismo, existe una fuerte concienciación sobre los riesgos del tabaco y una mayor sensibilización por dejar de fumar, por los riesgos físicos asociados 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, ya que es difícil sustraerse al encanto de buscar fórmulas mágicas para estar y vivir mejor.

No obstante, el alcohol sigue siendo el protagonista principal, en los episodios de violencia y es la droga social más extendida.

Las nuevas sustancias vinieron para quedarse, formando ya parte del panorama social de ser y relacionarse, 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, no tiene que extrañarnos que el uso de drogas forme parte del acervo de respuestas que los individuos buscamos para encontrarnos bien y poder vivir, tratando así de erradicar el aburrimiento, el dolor, la soledad o el alineamiento. Las drogas las tomamos buscando satisfacciones inmediatas, y sabemos que tienen por supuesto un precio, que bien puede pagarse física, psíquica o socialmente. Poco importa que vengan a cobrarnos la letra de estos placeres al día siguiente o dentro de 2, 5, 10, o 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 necesitados estemos de placer, o de no sentir el displacer, más posibilidades de depender, lo cual crea un nudo alrededor de los sujetos para encontrar satisfacciones

—o cuanto menos, alivio al sufrimiento— fuera de las drogas.

A lo largo de los años, trabajando con dependientes a drogas, 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 si hablamos de 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 los cientos de heroinómanos que he asistido señala la adicción como la punta del iceberg de situaciones personales o familiares más graves y dolorosas; o bien es como la fiebre que anuncia que esa persona está enferma de otras cosas, aparte de la droga. Muchas veces, sin darse cuenta, la sustancia es una respuesta que encontró en su camino, que pensó que sería pasajera, y que le fue envolviendo hasta ser lo más importante en su vida, pasando a un segundo plano las dificultades iniciales y pareciendo 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 al dolor cotidiano. Todo ello sin minusvalorar las circunstancias que a cada ser humano le ha tocado vivir. Detrás de muchos “yonkis” he visualizado dramas anteriores a la droga, que posteriormente —al entrar en contacto con esta— se han recrudecido y me han hecho plantearme qué hubiese hecho yo en esa situación. Otra cuestión distinta es cómo buscar una salida, que aunque no pueda cambiar los sucesos de la vida de la persona adicta, atenúe el sufrimiento, bien con prescripción de medicamentos 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: qué hacer para divertirme, para relacionarme, para ser exitoso, para no estar solo, para no aburrirme...; pero con distintas respuestas. Lo extraño y peligroso pueda ser que los adultos no nos preguntemos por qué consumimos drogas, y tratemos de responder a las cuestiones como que son asuntos sólo de los jóvenes.

Los recursos asistenciales que se construyeron en aquellos años se deben ir adaptando a los cambios en las demandas de los usuarios de drogas, porque 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. Nuestro reto es normalizar la asistencia a las necesidades de los usuarios de drogas, ofreciendo respuestas más cercanas a los problemas que afecten, sobretudo, a la mayoría de las personas que han incorporado el consumo de sustancias como parte de su vida cotidiana, ya sea alcohol, tabaco, *hashish* o cocaína.

Quiero destacar la importancia que ha tenido y sigue teniendo la labor realizada por las asociaciones de auto-ayuda como Alcohólicos Anónimos, Harri Beltza, Asociación Anti-sida...; y el papel de los voluntarios que desde organizaciones como Cáritas, Bidegintza, Cruz Roja, AGIPAD, Proyecto Hombre, DEE, 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 los años hemos podido saber algo más de esas nuevas sustancias que tanta alarma generaron 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.

Texto adaptado de uno anterior titulado "Evolucion 20 Años de las Drogodependencias en Guipúzcoa (1982-2002)" publicado en el libro Drogas y Escuela IV. Javier Elzo (director). Escuela de Trabajo Social. 2003.