

MONOGRAFÍAS

HUMANITAS

5

USO DE DROGAS Y DROGODEPENDENCIAS

Director Invitado:
Oriol Romaní Alfonso



FUNDACIÓN MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

MONOGRAFÍAS HUMANITAS



Pau Casals 22, 6º.
08021 Barcelona.
Tel.: 93 240-23-23.
Fax: 93 240-23-24.
e-mail: fundacion@fundacionmhm.org
http://www.fundacionmhm.org

Presidente
José Antonio Dotú

Vicepresidente
Edgar Dotú Font

Secretario
Agustín Jausás Martí

Vocales
Mario Foz Sala
Ciril Rozman

Director Científico
Mario Foz Sala

Gerente de Gestión
Ana María de las Heras

Gerente Editorial
Fco. Javier Ruiz

Director Administrativo
Àlex Borràs

Director Artístico
Vicente Olmos

MONOGRAFÍAS HUMANITAS

Publicación trimestral de carácter monográfico.

Editada por «Fundación Medicina y Humanidades Médicas»

© Copyright 2004 Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Suscripciones: Fundación Medicina y Humanidades Médicas
Pau Casals 22, 6º. 08021 Barcelona.
Tel.: 93 240-23-23. Fax: 93 240-23-24.
e-mail: fundacion@fundacionmhm.org - http://www.fundacionmhm.org

Tarifa de suscripción:

(un año, 4 monografías regulares más una extraordinaria + acceso a edición electrónica en Internet)

ESPAÑA

	Personal	Institucional
Normal	100 €	120 €
Oferta lanzamiento	80 €	100 €
Renovación	75 €	90 €

MONOGRAFÍA SINGULAR 25 €

(Canarias, Ceuta y Melilla menos 4% IVA)

INTERNACIONAL

Correo	Personal	Institucional
Superficie todo el mundo	120 €	150 €
Aéreo Europa	135 €	170 €
Aéreo resto del mundo	150 €	190 €

MONOGRAFÍA SINGULAR 30 €

Preimpresión: Fotoletra, S.A.
Impresión: Rotographik, S.A.
Santa Perpetua de Mogoda (Barcelona), España

Depósito Legal: B-47.934-2003

ISSN: 1697-1663

LOPD

Cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 del 13 de diciembre, referida a la protección de datos de carácter personal, le informamos que su nombre, dirección, profesión y especialidad que ejerce forman parte del fichero automatizado de esta Fundación sin ánimo de lucro. Si usted deseara ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación puede efectuarlo dirigiéndose por escrito a esta Fundación.



Patronato

Junta Directiva

D. José A. Dotú Roteta (*Presidente*)
D. Edgar Dotú Font (*Vicepresidente*)
D. Agustín Jausàs Martí (*Secretario*)
Prof. Mario Foz Sala (*Vocal*)
Prof. Ciril Rozman (*Vocal*)

Patronos

Dr. Ricardo Alonso-Barajas Martínez
Prof. Antonio Bayés de Luna
Prof. Miquel Bruguera Cortada
Prof. Rafael Carmena Rodríguez
Dr. Pere Gascón Vilaplana
Dr. Amando Martín Zurro
Prof. Evelio J. Perea Pérez
Dr. Josep M.^a Piqué Badia
Prof. Celestino Rey-Joly Barroso
D. Antonio Rodríguez Escobar
Prof. José M.^a Segovia de Arana
Prof. Josep Terés Quiles
Prof. Miquel Vilardell Tarrés
Prof. Juan José Zarranz Imirizaldu

MONOGRAFÍAS HUMANITAS

Títulos publicados

Envejecimiento

Dolor y sufrimiento en la práctica clínica

Evidencia científica, atención sanitaria y cultura

Investigación en células troncales

Uso de drogas y drogodependencias

Próximos títulos

Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización

Profesión médica: los retos del milenio

Seguridad clínica y calidad asistencia

Nutrigenética y nutrigenómica

MONOGRAFÍAS

HUMANITAS

Director

Mario Foz Sala

Consejo Editorial

Francesc Abel i Fabre (*Barcelona, España*)

Carlos Alonso Bedate (*Madrid, España*)

Rafael Argullol Murgadas (*Barcelona, España*)

Carlos Ballús Pascual (*Barcelona, España*)

Juan Pablo Beca Infante (*Santiago, Chile*)

Margarita Boladeras Cucurella (*Barcelona, España*)

Francesc Borrell Carrió (*Barcelona, España*)

Marc Antoni Broggi i Trias (*Barcelona, España*)

Victoria Camps Cervera (*Barcelona, España*)

Arachu Castro (*Boston, EEUU*)

Josep Maria Comelles Esteban

(*Tarragona, España*)

Adela Cortina Orts (*Valencia, España*)

Azucena Couceiro Vidal (*Madrid, España*)

James F. Drane (*Edinboro, EEUU*)

Susan M. DiGiorgio (*Amherst, EEUU*)

Josep Egozcue Cuixart (*Barcelona, España*)

Dietrich von Engelhardt (*Lübeck, Alemania*)

Sergio Erill Sáez (*Barcelona, España*)

Juan Esteva de Sagra (*Barcelona, España*)

Anna García Altés (*New York, EEUU*)

Omar García Ponce de León (*Cuernavaca, México*)

Henk ten Have (*Nijmegen, Holanda*)

Héctor Jausás Farré (*Barcelona, España*)

Albert R. Jonsen (*San Francisco, EEUU*)

Arthur Kleinman (*Boston, EEUU*)

Juan Ramón Lacadena Calero (*Madrid, España*)

José Lázaro Sánchez (*Madrid, España*)

Pablo Lázaro y de Mercado (*Madrid, España*)

Fernando Lolas Stepke (*Santiago, Chile*)

Guillem López Casanovas (*Barcelona, España*)

José María López Piñero (*Valencia, España*)

Alfonso Llano Escobar, S.J. (*Santafé de Bogotá, Colombia*)

José A. Mainetti (*Buenos Aires, Argentina*)

Eduardo Menéndez (*México, D.C., México*)

Jesús M. de Miguel (*Barcelona, España*)

Enrique Miret Magdalena (*Madrid, España*)

Luis Montiel Llorente (*Madrid, España*)

Vicente Ortún Rubio (*Barcelona, España*)

Marcelo Palacios (*Gijón, España*)

José Pardo Tomás (*Barcelona, España*)

Edmund D. Pellegrino (*Washington, EEUU*)

Cristóbal Pera (*Barcelona, España*)

Enrique Perdiguer Gil (*Alicante, España*)

José Luis Peset (*Madrid, España*)

Oriol Romaní Alfonso (*Tarragona, España*)

Carlos María Romeo Casabona (*Bilbao, España*)

Javier Sánchez Caro (*Madrid, España*)

Miguel Ángel Sánchez González (*Madrid, España*)

Hans-Martin Sass (*Bochum, Alemania*)

Bernat Soria Escoms (*Alicante, España*)

María Luz Terrada (*Valencia, España*)

Carmen Tomás-Valiente (*Valencia, España*)

MONOGRAFÍAS HUMANITAS

5

USO DE DROGAS Y DROGODEPENDENCIAS

Colaboran en esta Monografía

Oriol Romaní Alfonso

Profesor de Antropología Social. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universitat «Rovira i Virgili». Tarragona (España).

Eduardo Luis Menéndez

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México DF (México)

Renée Beatriz di Pardo

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México DF (México)

Juan F. Gamella

Departamento de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras. Campus de Cartuja, Universidad de Granada. Granada (España)

María Luisa Jiménez Rodrigo

Departamento de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras. Campus de Cartuja, Universidad de Granada. Granada (España)

Marta Duran Delmás

Farmacóloga Clínica. Médico adjunto de la Fundació Institut Català de Farmacologia. Servicio de Farmacología Clínica. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona (España)

Nuria Romo

Profesora de Antropología de la Salud. Departamento de Antropología y Trabajo Social. Universidad de Granada. Granada (España)

Joan Pallarés Gómez

Doctor en Antropología. Profesor de Antropología. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Lérida. Lérida (España)

Enrique Ilundain

Enfermero y antropólogo. Grup Igia. Barcelona (España)

Philippe Bourgois

Department of Anthropology, History and Social Medicine. University of California, San Francisco. San Francisco, CA (EEUU)

Tre Borràs i Cabacés

Psiquiatra-Psicoterapeuta. Coordinadora del Servei Municipal de Drogodependències (SMD), Hospital Universitari Sant Joan. Reus (España)

Artur Sardà i Garcia

Psicólogo Adjunto. Psicoterapeuta. Servei Municipal de Drogodependències (SMD), Hospital Universitari Sant Joan. Reus (España)

Miguel de Andrés

Grup Igia. Barcelona (España)

Joan Trujols

Grup Igia. Barcelona (España)

Luís Fernandes

Profesor de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación. Universidad de Porto. Porto (Portugal)

Marta Pinto

Psicóloga Clínica. Centro de Atención a Toxicodependientes (CAT) de Cedofeita, Porto (Portugal)

Molly Charles

Licenciada en Psicología. Doctora en Antropología. Consultora independiente en la agencia CATS. Goa (India)

Alain Labrousse

Sociólogo. Ex-Director del Observatoire Géopolitique des Drogues. París (Francia).

MONOGRAFÍAS

HUMANITAS

5

USO DE DROGAS Y DROGODEPENDENCIAS

Director Invitado

Oriol Romaní Alfonso

Presentación <i>Oriol Romaní Alfonso</i>	1
Dependencias y políticas: los usos técnico/ideológicos del sector salud <i>Eduardo Luis Menéndez y Renée Beatriz di Pardo</i>	7
La cultura cannábica en España: la construcción de una tradición ultramoderna <i>Juan F. Gamella y María Luisa Jiménez Rodrigo</i>	23
Los cannabinoides en la práctica clínica: un debate abierto <i>Marta Duran Delmás</i>	55
Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres <i>Nuria Romo</i>	69
Drogas, consumo y culturas juveniles <i>Joan Pallarés Gómez</i>	85
Crack-cocaína y economía política del sufrimiento social en Norteamérica <i>Philippe Bourgois</i>	95
Drogas, enfermedad y exclusión. ¿Can Tunis (Barcelona) como paradigma? <i>Enrique Ilundain</i>	105
Cambios sociales, cambios en los tratamientos <i>Tre Borràs i Cabacés y Artur Sardà i Garcia</i>	119
Las drogodependencias tras la reducción de daños <i>Miguel de Andrés y Joan Trujols</i>	139
El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad <i>Luís Fernandes</i>	147
El papel de la cultura en el control del consumo de drogas: el caso de la India <i>Molly Charles</i>	163
La «Guerra a la Droga»: estado de la cuestión <i>Alain Labrousse</i>	173



PRESENTACIÓN

Drogas: Ciencia, Cultura, Política

ORIOI ROMANÍ ALFONSO

*Profesor de Antropología Social de la Universidad «Rovira i Virgili». Tarragona (España).
Presidente del GRUP IGIA. Barcelona (España)*

Antes de presentar los textos que siguen, intentaremos precisar cuál es el terreno de los usos de drogas y las drogodependencias. Nos encontramos ante uno de aquellos «terrenos pantanosos», tocados en algún momento por la medicina (básicamente la farmacología), pero sobre el cual han transitado dejando profundas y decisivas huellas las ciencias socia-

Doctor en Historia (Antropología Cultural) por la Universidad de Barcelona. Profesor Titular de Antropología Social en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universidad «Rovira i Virgili» (Tarragona) y Co-Director del Master «Antropología de la Medicina» en dicha universidad (1994-2002).

Profesor del Máster Europeo «Sistema Penal y Problemas Sociales» (Universidad de Barcelona) y del Internacional del mismo nombre (México).

Ha desarrollado investigaciones y estudios sobre salud y usos de drogas y sobre culturas juveniles y distintos aspectos de la marginación social.

Colaborador de instituciones privadas (IRES, GENUS, FAD, etc.) y públicas (PNSD, ayuntamientos, etc.) para cuestiones de drogas y marginación. Ha sido consultor de la Unión Europea para Latinoamérica en diversos programas.

Presidente del GRUP IGIA, grupo interdisciplinar de profesionales para el estudio y la intervención en el campo de las drogodependencias y la salud, y miembro de diferentes sociedades.

les (antropología y sociología), las humanas (psicología) y el derecho. Precisamente lo que hemos intentado ofrecer aquí, en el contexto de las humanidades médicas, son los puntos de vista de todas estas disciplinas para el análisis y la profundización del conocimiento del tema, pero también como herramienta de reflexión y orientación para aquellos que se hallan enfrentados a la práctica clínica; tipo de herramientas que, en su formación general, por desgracia, brillan por su ausencia.

Como en toda empresa científica, hay que empezar recortando el objeto de estudio, que no puede remitirse al sentido común dominante ni a definiciones sectoriales previas. Para clarificar, pues, a qué nos referimos con el enunciado que hemos propuesto para el monográfico recordaremos* que todas las

*Las definiciones generales del fenómeno que veremos en los párrafos que siguen se pueden encontrar más desarrolladas en Romaní O. Funciones y significados de los usos de drogas. En: VV.AA. *Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud – FAD, 2004; 35-54; y en Megías et al. *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD, 2000; 13-35.



sociedades humanas han conocido y utilizado, desde sus inicios y hasta la actualidad, muy distintos productos para estimularse, sedarse, paliar el dolor, alternar socialmente, experimentar sensaciones placenteras, para alterar su estado de ánimo, cambiar su registro perceptivo-sensorial, acceder a algunas formas de conocimiento distintas a las habituales, etc.; es decir, que han usado y consumido aquel tipo de productos que nosotros hemos unificado bajo el concepto de drogas, y que definiremos como sustancias químicas que, incorporadas al organismo humano en pocas cantidades, tienen capacidad de modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionadas, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que hacen de ellas las sociedades que las utilizan. El uso de drogas es, pues, una práctica universal, que afecta a diversos aspectos de la vida cotidiana de la gente, en la que se interrelacionan de manera compleja sustancias, sujetos y contextos socioculturales.

Vale la pena constatar que, en nuestros Estados contemporáneos, algunas de estas sustancias han entrado en la categoría de medicamentos, con el reconocimiento legítimo que ello implica; otras en la de drogas, con la fiscalización (básicamente de tipo penal) que ello supone; y algunas (cada vez menos) todavía ni en una ni en otra, mientras que, hasta el siglo pasado, ésta última era la situación general; es decir, el uso de eso que nosotros hemos unificado bajo la categoría de drogas estaba asociado a procesos

relacionados con ámbitos fundamentales de la vida como la religión y la medicina.

En cada sociedad existen unas ideologías hegemónicas acerca de cómo es el mundo que, en la actualidad, deben competir con otras ideologías ligadas a determinados grupos sociales, políticos, religiosos, etc. Pero, en definitiva, en todas ellas encontramos unas representaciones sociales acerca de qué son las drogas (o los medicamentos, o de lo que se trate), qué origen, historia, cualidades o consideración social tienen, para qué sirven, cuáles son los efectos que se espera de ellas, cómo deben de tomarse, tanto desde el punto de vista de si se necesita una preparación personal o no para hacerlo como de los momentos que se consideran más adecuados, las técnicas de ingestión, dosis correspondientes, etc. Lo cual ha producido históricamente y todavía hoy lo hace que no sólo la forma de ver y de gestionar las drogas, sino también sus efectos, sean distintos en sociedades en las que su uso, por ejemplo, es un paso obligado hacia la ciudadanía plena, un elemento clave en el proceso de socialización de sus individuos, que en otras en las que tal uso está asociado a procesos de alterнатividad y/o marginación respecto a lo que se considera la normalidad social.

En el mundo contemporáneo nos encontramos con un modelo de percepción y gestión de las drogas que se basa en la articulación de, sobre todo, dos paradigmas fundamentales en la definición de las mismas, que son el de tipo jurídico y el de tipo médico. Es decir, hay unos tratados internacionales que se concretan de una forma u otra en las le-



PRESENTACIÓN

yes, normas y organización del control de drogas en los diferentes Estados, pero al mismo tiempo hay todo un conjunto de ideas y formas de organización y actuación que sitúan a las drogas dentro del campo de la enfermedad. Todo ello ha producido un conjunto de ideas sobre lo que son las drogas y su lugar en el mundo (con la influencia correspondiente en las cosmovisiones más hegemónicas), con un peso muy importante en sus aspectos morales (asociación con lo que debe -o no debe- ser), con un conjunto de dispositivos sociales para gestionar su producción, circulación, efectos, etc., modelo que, a partir de las dos últimas décadas del siglo pasado, ha entrado en crisis y que es en el que los autores de este monográfico se sitúan para analizar el tema de forma renovada, crítica e incisiva.

En resumen, nos encontramos ante un «fenómeno social total», uno de cuyos componentes básicos es, precisamente, aquel que le da coherencia general y unos significados determinados: los usos de drogas no son tanto un fenómeno químico (que también), sino un fenómeno sociocultural en el que el manejo y los efectos de sus componentes químicos se orientarán a partir de las representaciones sociales hegemónicas existentes en cada sociedad.

Por drogodependencia, en cambio, entenderemos un aspecto parcial del fenómeno: nos referimos a un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal sería

la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo compulsivo de determinadas drogas. Voluntariamente no hemos querido entrar en más honduras, que es donde los distintos enfoques y corrientes difieren (desde la neurociencia al psicoanálisis, el conductismo o la sistémica, por citar sólo algunos), para mantenernos en este nivel sintomático en el cual parece haber un cierto consenso general.

Por todo lo dicho hasta aquí, se entenderá ya que en esta presentación se hable de ciencia, cultura y política. Las drogas, sea como fenómeno social, sea como objeto de estudio, tienen una gran relación con la ciencia y sus distintos procesos de diversificación y de sistematización. Sin el rigor, experimental y teórico, de la ciencia moderna y contemporánea no se habría podido extender el campo de las drogas a la cantidad de sustancias que actualmente lo componen, ni habríamos podido entender las enormes complejidades que entretujan las articulaciones entre dichas sustancias, los individuos que las perciben, manejan y consumen, y las sociedades en que estos procesos se dan. Pero la propia ciencia no es ajena al ámbito ni a los avatares de la cultura, y más cuando, como en el caso que nos ocupa, estamos ante un fenómeno con un estatuto incierto, en la frontera de muchas disciplinas y ante el que la sociedad muestra una sensibilidad a flor de piel. Pero resulta que esta misma sensibilidad forma parte de los procesos históricos concretos a través de los que se ha construido socialmente «el problema de la droga» en las sociedades occidentales, lo



cual nos remite también -cerrando este bucle reflexivo en el que nos hallamos embarcados- al ámbito de la capacidad de unos grupos de imponer su visión del mundo como la visión del mundo general, es decir, nos remite al ámbito de las relaciones de poder y, en definitiva, de la política.

Vamos a presentar, pues, los distintos textos de los autores situados en este cruce de ciencia, cultura y política. Se inicia el monográfico con el texto de Eduardo Menéndez, uno de los principales representantes internacionales de la Antropología Médica, y Renée Di Pardo, psicóloga que lleva años trabajando sobre el alcohol y colaboradora suya habitual en dicha temática. Lo hemos incluido al principio porque pensamos que es un texto que, a partir del caso específico del alcohol, es capaz de dar un marco de análisis muy útil también para otras drogas y ofrece en este sentido un conjunto de interesantes claves interpretativas.

Hemos situado después un conjunto de artículos en los que se analizan situaciones específicas. Hemos iniciado éstas con dos artículos sobre una droga que en la actualidad constituye la piedra de toque de las políticas de drogas, como es el cánnabis y sus derivados, para seguir con tres ángulos relevantes de análisis de las drogas: su relación con el género, con los jóvenes y con los procesos de exclusión social. Iniciamos este conjunto de artículos con el de Juan F. Gammella y María Luisa Jiménez, un exhaustivo análisis de la incorporación de una «tradicción posmoderna» a la sociedad española como es la del consumo de los derivados del

cánnabis, precedida de una muy útil introducción sobre la evolución global del cánnabis en el mundo. Los autores señalan la progresiva normalización de su uso, tanto en sentido moral como estadístico y, en este contexto, la existencia de la regulación informal de su consumo, y las contradicciones que en esta situación representan las leyes vigentes para su control. Por otro lado, el artículo de Marta Durán se centra en un aspecto concreto del cánnabis, como es el de sus usos terapéuticos, un debate de gran actualidad. Aunque realizado desde el punto de vista de la farmacología, no puede dejar de discutir también algunos aspectos políticos que interfieren en la cuestión. Nos informa, y se sitúa, respecto de las distintas polémicas que cruzan esta cuestión (esperar a tener más estudios o utilizarlo ya con lo que sabemos, cannabinoides o marihuana, contraste entre opiniones subjetivas de los enfermos y dictámenes científicos...) y reclama la posibilidad de avanzar más en la investigación de esta temática.

El artículo de Nuria Romo señala que hasta hace pocos años, y también en este campo, se había invisibilizado a las mujeres, obviando sus especificidades y diferencias respecto a los hombres en los consumos de drogas. Reivindica la necesidad de otra mirada sobre las drogas (con propuestas metodológicas para ello) que permita, entre otras cosas, superar la banalización en que se ha incurrido muchas veces respecto a los usos de drogas por parte de las mujeres. Mientras que Joan Pallarés inicia su análisis de los consumos de drogas por los jóvenes con la



advertencia de que no sólo éstos consumen drogas; que éstas se relacionan con el ocio, un elemento fundamental en su vida, pero sólo para una minoría las drogas son centrales en su estilo de vida, mientras que la mayoría no sigue modelos de consumo problemáticos, a pesar de la escasa conciencia de algunos de las posibles consecuencias negativas de los consumos.

Los dos siguientes artículos son los referidos a drogas y exclusión social. Se inician con el de Philippe Bourgois, un destacado miembro de la escuela de Antropología Médica de Harvard que, poniendo de relieve la falta de una teoría explicativa sobre las drogas, propone un análisis de los usos del crack y su comparación con el de la heroína en una de las zonas más pobres de Harlem, que le permite dibujar una teoría sobre las determinantes mediaciones socioculturales y políticas de los usos y los efectos de las drogas. El artículo de Enrique Ilundáin analiza el caso del barrio que era el «supermercado» de las drogas ilegales de la ciudad de Barcelona hasta su reciente desaparición. Explica el programa de reducción de daños allí realizado durante los últimos años y critica que las políticas de «devolución» de ciertos servicios a la sociedad se han traducido en estrategias (sociales, asistenciales, urbanísticas...) que en el caso de las poblaciones «descatalogadas» han acabado fijándolas más en zonas de exclusión.

El último bloque de artículos se podría titular de la terapia al control, pues hacemos el recorrido desde la clínica hasta la guerra, pasando por la evolución de las políticas so-

ciosanitarias, las políticas urbanísticas y el rol de la cultura «versus» las leyes para el control de los consumos de drogas. Empezamos por el artículo de Tré Borràs y Artur Sardà, realizado desde la experiencia cotidiana de un servicio clínico para drogodependientes. Constatan la tendencia a la normalización en las percepciones de las drogas, que no cuestiona aún la existencia de recursos específicos, y exponen la utilidad de un modelo sistémico de intervención. Miguel De Andrés y Joan Trujols, por su parte, escriben desde la primera línea de compromiso con las políticas de reducción de daños y riesgos, que en España han tenido un desarrollo poco sistemático, y lo comparan con las aplicaciones que se han hecho de dichas políticas en el resto del mundo. Plantean la urgencia de clarificar estas políticas y a ir un poco más allá en el repensar el fenómeno de las drogas que ellas han supuesto.

Podríamos considerar que con el artículo de Luís Fernandes y Marta de Sousa Pinto se inicia, dentro de este bloque final, el subgrupo de artículos dedicados más específicamente a control. En este caso se trata del análisis de los resultados que da la combinación de discursos securitarios sobre «la droga» con las políticas de reconversión del espacio urbano para el control social, sobre todo de ciertas poblaciones marginales. El artículo de Molly Charles, escrito desde la óptica de quien ha estado haciendo gestión y trabajo aplicado en este campo, se centra en el análisis comparado de dos tipos de control: el de tipo informal, vehiculado por la cultura popular, y el de tipo formal, impuesto



a través de las leyes, constatando la mayor eficacia y los menores «daños colaterales» del primero respecto al segundo. Por último, el análisis del intento de control más absoluto que es la «guerra a la droga», realizado por un observador privilegiado como Alain Labrousse, tiene como conclusión, después de dar un cuadro complejo y claro de la situación actual, que se ha fracasado total-

mente en el supuesto objetivo central de esta guerra: la erradicación de las drogas.

Creo que, dada la calidad de sus autores, los temas tratados y la forma de abordarlos, este conjunto de textos acabará convirtiéndose en una referencia obligada para conocer qué está pasando con los usos de drogas y las drogodependencias a principios del siglo XXI.



DEPENDENCIAS Y POLÍTICAS: LOS USOS TÉCNICO/IDEOLÓGICOS DEL SECTOR SALUD

EDUARDO LUIS MENÉNDEZ Y RENÉE BEATRIZ DI PARDO

*Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
Juárez 87, Tlalpan. CP 14000, México DF (México)*

Introducción

El alcohol constituye a nivel mundial la 'droga' de mayor producción, consumo y, sobre todo, penetración en sociedades no sólo en las cuales las bebidas alcohólicas han sido parte de sus formas de vida, como es el caso de la mayoría de los países europeos, sino respecto de sociedades asiáticas y africanas caracterizadas por un bajo consumo hasta principios de la década de los 50.

Eduardo L. Menéndez es Antropólogo Social. Desarrolla investigaciones en el campo de la Antropología Médica sobre diversas temáticas y especialmente sobre el proceso de alcoholización. Algunas publicaciones específicas son: *Morir de alcohol. Saber e ideología médica* (1990) y *Antropología del alcoholismo en México* (1991).

Renée B. Di Pardo es psicóloga. Ha desarrollado investigaciones sobre carencialidad, cuerpo y padecimiento, y especialmente sobre el proceso de alcoholización. Ha publicado *La funcionalidad contradictoria del consumo colectivo de alcohol* (1988) e *Instituciones médicas y alcoholismo o de la inexistencia del paciente alcohólico* (1992). Junto con E. L. Menéndez publicó *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización* (1996).

Algunas consecuencias

Desde una perspectiva salubrista, la importancia del consumo de bebidas alcohólicas reside en que sería la causa principal o complementaria, directa o indirecta, de toda una serie de padecimientos físicos y mentales que se han ido constituyendo en parte de las primeras causas de mortalidad en la mayoría de los países latinoamericanos, ya sea a nivel general o de ciertos grupos etarios en particular.

El consumo de alcohol aparece como la causa directa de cirrosis hepática, alcoholismo crónico y alcoholismo dependiente. En varios países de América Latina la cirrosis hepática alcanza las tasas más altas de mortalidad a nivel mundial, ya que junto con Portugal y Francia, países como Chile y México se caracterizan por tener los índices más altos de mortalidad a través de una serie histórica de más de cincuenta años. Pero además el consumo de alcohol aparece como causa directa de pancreatitis, cáncer de labio, lengua y otras partes del tubo digestivo, así como del síndrome de alcoholismo fetal¹⁻⁴.



Una característica del consumo de alcohol es la de generar padecimientos que se asocian constantemente con otros en términos de comorbilidad y que adquieren expresiones muy diversas según sectores sociales y momentos históricos. Esta asociación se expresó en Latinoamérica sobre todo a través de la relación entre cirrosis hepática y desnutrición, por ser la explicación más válida para dar cuenta de la alta tasa de mortalidad por cirrosis hepática en países como Chile y México. En México la cirrosis y otras enfermedades hepáticas constituyen actualmente la quinta o sexta causa de mortalidad a nivel general, pero durante años fue la primera causa de muerte en varones de 45 a 64 años y la segunda en el grupo de 25 a 64 años, y su impacto ha sido referido especialmente no sólo a las clases más bajas del país, sino en particular a los grupos indígenas⁵⁻⁸.

Por otra parte, a partir de la década de los 80' se redescubren ciertos aspectos que ya habían sido observados a principios del siglo XX por la clínica psiquiátrica; nos referimos a la comorbilidad observada entre alcoholismo y depresión y determinados cuadros de psicosis (esquizofrenia, trastornos bipolares).

Desde una perspectiva socioantropológica, el consumo de alcohol presenta una dualidad sumamente interesante, ya que dicho consumo puede generar cirrosis hepática o alcoholismo dependiente en quien consume, pero también genera consecuencias de muy diferente gravedad en sujetos y grupos que no consumen o lo hacen moderadamente, como puede observarse sobre todo a través

de la morbimortalidad por 'violencias'. La asociación entre consumo de bebidas alcohólicas y accidentes de transporte está suficientemente demostrada a nivel internacional. El consumo de alcohol y su papel en la incidencia de accidentes en jóvenes es un problema en aumento a nivel mundial y está pasando a constituir en la actualidad una de las primeras causas de muerte en jóvenes de quince a veinticuatro años en varios países latinoamericanos. En el caso de México los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte en varones de 15 a 19 años, constituyendo para 1999 el 15% del total de muertes de ese grupo etario⁴. Actualmente, las lesiones accidentales son la principal causa de muerte prematura y de discapacidad en México⁴, una de sus principales consecuencias de tales lesiones es la secuela de invalideces que genera.

Una segunda asociación es la que se observa entre consumo de alcohol y diferentes expresiones de agresividad intencional, ya que el consumo de alcohol aparece frecuentemente relacionado con suicidios, pero más frecuentemente está asociado a agresiones hacia otras personas en término de lesiones intencionales y homicidios. El sujeto alcoholizado no sólo puede dañarse a sí mismo, sino a otras personas y grupos. En términos de homicidio, el agresor y el asesinado pertenecen generalmente al sexo masculino, pero en términos de lesiones, frecuentemente el golpeador es varón y la agredida es mujer, constituyendo la violencia por consumo de alcohol uno de los principales instrumentos de violencia contra las mujeres en varios pa-



íses de América Latina. Por otra parte, se ha ido evidenciando que el consumo de alcohol se acompaña frecuentemente de violencia de la mujer hacia sus hijos, así como de violencia entre diferentes miembros del grupo familiar.

Subrayamos que estas asociaciones no las proponemos en términos de causalidad, ya que no estamos afirmando que el consumo de bebidas alcohólicas sea la causa de los homicidios entre varones o de la violencia contra mujeres, sino que señalamos que el consumo de bebidas alcohólicas constituye el factor más asociado que ningún otro a dichos actos violentos.

Algunos autores han señalado correctamente que el alcohol no es la causa de estas conductas, lo cual sabemos con precisión desde la publicación del notable estudio de Mac Andrew y Edgerton⁹, pero la mayoría de dichos autores lo plantean de tal manera que excluyen el uso y consumo de alcohol del proceso que caracteriza a las violencias. Y para nosotros la cuestión más decisiva no es tanto de tipo etiológico, pensada en términos de una causalidad mecánica y unilateral, sino explicar por qué el alcohol es la sustancia que en América Latina más se relaciona con actos de violencia hacia otros y hacia nosotros mismos. Desde la perspectiva señalada, determinadas formas del consumo de bebidas alcohólicas, asociado o no con violencias, aparece como un síntoma, como un indicador o como un componente frecuente del tipo de relaciones que se establecen en el seno de los grupos familiares y de otros microgrupos. Es decir, que para nosotros la

mayoría de las consecuencias del consumo de alcohol no son causadas por el alcohol en sí, sino por los usos personales y colectivos del alcohol.

El consumo de alcohol y sus consecuencias han sido considerados como una problemática de género, ya que no sólo constituye una de las primeras causas de mortalidad en varones en edad productiva en la mayoría de los países americanos, sino que constituiría la principal causa de sobremortalidad masculina. Debemos además recordar que en la región más del 90% de las personas asesinadas son varones, y de éstos el 70% está en edad productiva, así como que la muerte por violencia es la primera causa de muerte en varones de quince a sesenta años. Correlativamente, en América Latina el 85% de los homicidios son cometidos por varones, el 11% por mujeres y el resto permanece incierto.

Desde hace años venimos sosteniendo que las causas directas e indirectas relacionadas con el consumo de alcohol constituyen la primera causa de muerte en varones en edad productiva en México y la primera, o por lo menos la segunda, causa de muerte a nivel general^{1,2,10}. Esta situación no fue asumida por el Sector Salud sino hasta fechas muy recientes, y así el actual Programa Nacional de Salud reconoce que «el abuso de alcohol es el factor que más contribuye a la pérdida de años de vida saludable a escala nacional»⁴.

Sin abandonar este papel determinante en la sobremortalidad masculina, se observa desde la década de los 60, en el caso de países como Francia, y desde los 80 en varios



países americanos un incremento sostenido del consumo de alcohol en mujeres, que conduce a que la tasa de mortalidad por cirrosis hepática trepe en algunos grupos etarios femeninos a las primeras diez causas de mortalidad. Un proceso similar, aunque con otras características, se observa respecto del consumo de alcohol y su asociación con mortalidad por violencia en jóvenes de ambos sexos a edades cada vez más tempranas^{2,11-15}.

Podríamos extendernos en la descripción de las consecuencias negativas, pero lo que nos interesa subrayar es que gran parte de las consecuencias directas e indirectas derivadas del consumo de bebidas alcohólicas se siguen incrementando en términos de morbimortalidad y de otro tipo de daños a nivel individual y colectivo.

Los criterios de la legalidad/ilegalidad del consumo

Pese a las consecuencias vinculadas al consumo de alcohol, existe una actitud diferencial por parte del Sector Salud hacia el alcohol respecto a la generada hacia el conjunto de las drogas consideradas ilegales. El alcohol, junto con el tabaco y ciertos medicamentos, sería la única sustancia vinculada a la 'farmacodependencia' que tiene un estatus de legalidad, es decir, cuyo consumo no está prohibido. Sin embargo, en términos médicos el alcohol no sólo genera dependencia, sino que es una de las drogas más 'duras' en función del tipo de dependencia que genera y

de sus consecuencias en términos de morbimortalidad. Debemos recordar que desde fines de los 80, el síndrome de dependencia al alcohol aparece en México dentro de las veinte primeras causas de muerte para personas en edad 'productiva' y en la 'tercera edad', lo cual no ocurre con ninguna de las otras sustancias que generan o están vinculadas a la farmacodependencia.

Si bien no todo bebedor 'excesivo' y dependiente contrae cirrosis hepática; si bien no todo cirrótico es un bebedor dependiente, un alto porcentaje de ellos lo son, de tal manera que la cirrosis hepática constituye un indicador indirecto de bebedor excesivo y/o dependiente, y sobre todo una de las principales evidencias de la 'dureza' de esta sustancia. Para muchos clínicos constituiría la principal prueba de dependencia, dado que frecuentemente un sujeto que sabe que tiene cirrosis suele negar su alcoholismo y por lo común sigue bebiendo aun sabiendo que puede morir, ya que el consumo de alcohol acelerará la muerte en la mayoría de los casos².

Debemos asumir en nuestro análisis que la discusión médica sobre la categoría diagnóstica 'dependencia' se constituyó durante las décadas de los 40 y 50 del siglo pasado en torno a las drogas en general, pero especialmente en torno al alcohol, y ello por una razón muy sencilla. Era, y sigue siendo, la sustancia potencialmente adictiva más consumida en los países en los que se dio esta discusión, y que fueron los países europeos de mayor desarrollo económico y los EEUU. En el conjunto de esos países en la década



de los 60, y también en la actualidad, la droga más consumida, la que genera más cuadros de dependencia, y la más asociada a mortalidad -y en países como los EEUU a criminalidad- sigue siendo el alcohol. Fue a través de las investigaciones clínicas y epidemiológicas desarrolladas en esos países como se constituyeron las categorías biomédicas referidas a la 'dependencia' y que posibilitaron definir al alcoholismo como enfermedad^{1, 15-19}.

Si bien en términos bioquímicos y biomédicos hay diferencias entre el alcohol y las otras drogas 'adictivas', debemos subrayar que a partir de los 50, y sobre todo de los 60, la biomedicina considera que todas esas drogas, incluido el alcohol, generan dependencias. Ésta es una propuesta que surge básicamente de los clínicos británicos y norteamericanos, pero que fue refrendada por los estudios epidemiológicos que a partir de los 60 y 70 utilizan criterios de frecuencia y cantidad para establecer porcentajes de bebedores patológicos y no patológicos, incluidos bebedores dependientes. Debemos subrayar que, en la mayoría de los países de Latinoamérica en los que se aplican este tipo de encuestas, el alcohol y el tabaco siguen constituyendo no sólo las sustancias de mayor consumo, sino que el alcohol sigue siendo para México la sustancia que genera más cuadros de dependencia en varones por lo menos en términos epidemiológicos, tal como lo evidencian todas las encuestas epidemiológicas realizadas a escala nacional⁴ sobre alcohol, drogas y medicamentos entre 1990 y 1998.

Pese a este reconocimiento médico clínico y epidemiológico, el conjunto de las drogas generadoras de dependencia son consideradas ilegales, salvo el alcohol, el tabaco y determinados medicamentos. La cuestión que estamos proponiendo no se refiere por tanto a si el alcohol, la marihuana o los 'solventes' son o no adictivos y/o si generan daños a la salud según las ciencias médicas, pues ello aparece explícitamente reconocido por la biomedicina. El problema se refiere a por qué, a partir de los mismos criterios médicos, determinadas sustancias son consideradas ilegales y otras no por el Estado y el Sector Salud, dado que los principales criterios para determinar la ilegalidad y prohibición son biomédicos. La no inclusión del alcohol, y hasta ahora del tabaco, en la ilegalidad les da un estatus muy especial a estas sustancias, ya que mientras la prohibición de las otras drogas está basada en criterios médicos -fundamentalmente el criterio de dependencia-, la legalidad del alcohol y del tabaco no está fundamentada en dichos criterios.

Antes de continuar con nuestro análisis, queremos expresamente señalar que estamos en contra de la ilegalidad y prohibición de sustancias que generarían supuestamente 'dependencia' por varias razones, entre las cuales destacamos tres. La primera porque es muy difícil -para algunos especialistas imposible- establecer un corte preciso respecto de cuándo el consumo de una sustancia debe ser prohibido o por lo menos regulado dada su nocividad para la salud de la población. No cabe duda que el consumo de azúcar afecta a la salud de los diabéticos, de tal ma-



nera que si éstos no dejan de consumirla aceleran su proceso de enfermedad, discapacidad y muerte. Y estamos hablando de uno de los padecimientos que incrementa su tasa de mortalidad en la región, convirtiéndose en una de las primeras causas de muerte a escala general^{3,4}. Si aplicamos algunos de los criterios a través de los cuales son declaradas ilegales las drogas, tendríamos que prohibir el consumo de azúcar o por lo menos regular su producción, adquisición y consumo. Lo mismo debería ocurrir respecto de las carnes rojas, de los pescados ahumados o de determinados productos lácteos. ¿Por qué sustancias que dañan la salud, que constituyen factores de riesgo para algunas de las primeras causas de mortalidad de ciertos grupos etarios, no sólo no son declaradas ilegales, sino que no se impulsan medidas de control ni restricción, salvo las recomendaciones médicas en términos clínicos y preventivos?

La segunda razón refiere a cuáles serían los criterios biomédicos a través de los cuales establecer el control, prohibición o permisividad del consumo de una sustancia, se llamen carnes rojas, alcohol o marihuana? Mientras en el caso de las carnes rojas serán criterios clínicos aplicados a cada paciente y propuestas preventivas de alto nivel de generalidad referidas a los grupos de riesgo, en el caso del alcohol también serán criterios clínicos y epidemiológicos aplicados a nivel individual y colectivo. Pero en ambos casos no se establece prohibición ni control de la producción ni del consumo, ni siquiera respecto de los sujetos diagnosticados como en-

fermos e inclusive como 'dependientes', como ocurre en el caso del 'alcoholismo'.

Por su parte, en el caso de la marihuana no se aplica ninguno de los criterios anteriores, sino que se decide su ilegalidad a partir de considerar que es una sustancia que genera dependencia, y ello pese a ser una droga muy blanda en términos de morbimortalidad comparada no sólo con el alcohol sino con las carnes rojas. Podría argüirse que en términos biomédicos las carnes rojas no generan dependencia y la marihuana sí, lo cual implicaría reconocer que según los mismos criterios biomédicos el alcohol también puede generar dependencia y, sin embargo, no es declarado ilegal. Más aún, ¿por qué en el caso del alcohol se proponen desde el Sector Salud medidas que establecen un consumo considerado nocivo pero también indicadores de consumo moderado e inclusive sano, mientras que en el caso de la marihuana todo consumo pasa a ser nocivo, aun teniendo -y lo subrayamos- consecuencias en términos de morbilidad pero sobre todo de mortalidad mucho menores que el consumo de alcohol dependiente y no dependiente?

La tercera razón se refiere a la categoría 'dependencia', la cual es cada vez más difícil de sustentar, ya que integra una compleja articulación de factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos, que han sido aplicados cada vez con más frecuencia a una gran cantidad de sustancias, productos y sujetos. Esto ha dado lugar a una verdadera explosión de 'dependencias', por lo cual casi todo proceso puede llegar a generar dependencia (dependencia al sexo, dependencia al



juego, dependencia a Internet, dependencia al trabajo, etc.), de tal manera que la 'dependencia' aparece como un criterio de muy difícil precisión, cuyos indicadores refieren casi indefectiblemente a criterios sociales que posibilitan su uso en términos de control social e ideológico.

Esta definición y uso se complican si asumimos que por lo menos una parte de las dependencias biológica, psicológica, social y cultural constituyen procesos no sólo frecuentes y normalizados socialmente, sino procesos necesarios para la salud y el desarrollo psicológico y social de sujetos y grupos. Así, por ejemplo, la dependencia a una sustancia puede ser decisiva para la posibilidad de supervivencia de ciertos enfermos, como es el caso de los diabéticos, que se convierten necesariamente en insulino-dependientes. Pero, además, la dependencia en la relación hijos/padres (o figuras sustituyentes) constituye un proceso necesario para el desarrollo y maduración del niño, como lo demuestran desde la década de los 60 las investigaciones de Bowlby²⁰.

De aplicar técnicamente los criterios biomédicos de dependencia y/o de consecuencias para la salud tanto en términos clínicos como epidemiológicos, toda una serie de sustancias y productos deberían ser considerados ilegales o por lo menos deberían ser controlados como acabamos de observar, lo que en cierta medida los convertiría en 'fármacos' a ser recetados y controlados exclusivamente por el Sector Salud, como de hecho ocurre con las drogas alternativas al consumo de drogas ilegales en ciertos países cuyo

modelo es la metadona respecto de la heroína. O como ocurre con la marihuana en la medida que sea recetada por médicos para determinados padecimientos^{17,19}.

Lo que estamos señalando puede parecer absurdo o arbitrario, dado que es evidente la contradicción en la que cae especialmente el Sector Salud al utilizar los mismos criterios biomédicos -genera dependencia- para considerar simultáneamente determinadas sustancias como legales y otras como ilegales. La diferencia radica en que a unas 'drogas' se aplican dichos criterios y por eso se convierten en 'drogas adictivas', mientras que en el caso de otras como el alcohol no se aplican dichos criterios pese a reconocer que en términos médicos ambos tipos de sustancias pueden generar adicción. Más allá de que estemos de acuerdo con los criterios biomédicos de 'dependencia', reconocemos que en el plano teórico la investigación y trabajo biomédicos son coherentes consigo mismos al señalar en todas estas sustancias componentes 'adictivos' que pueden afectar a la salud de sujetos y grupos. La contradicción opera a nivel del Sector Salud y de otros sectores del Estado, ya que a partir de estos criterios biomédicos aplican criterios de legalidad/ilegalidad diferenciales. Es por tanto el tipo de orientación política e ideológica dado a los criterios técnicos lo determinante de la legalidad o la prohibición de estas sustancias, y no los criterios técnicos en sí.

De tal manera que la arbitrariedad o absurdidad dejan de serlo si no reducimos nuestro análisis a la lógica técnico/científica de la biomedicina, sino que incluimos la ló-



gica social e ideológica del Sector Salud, lo cual se expresa especialmente a través de los resultados y consecuencias de las políticas de salud, dado que la ilegalidad y prohibición de determinadas sustancias no sólo no ha reducido la producción y consumo de la mayoría de las mismas, sino que por el contrario ha aumentado el consumo y las consecuencias negativas de por lo menos algunas de estas drogas. El desarrollo del narcotráfico y de sus consecuencias en la mortalidad por homicidios está directamente relacionado con la ilegalización de la producción y consumo de drogas, las cuales sabemos que inevitablemente se desarrollarán como ya había ocurrido con la prohibición de la producción y consumo de bebidas alcohólicas en la década de los 20 y no sólo en los EEUU. Especialmente en este país dio lugar a la criminalización de la producción, venta y consumo de alcohol, a un incremento de la corrupción del aparato jurídico y policial y al desarrollo de la producción y consumo de bebidas adulteradas, clandestinas, objeto de contrabando.

Pero además las políticas prohibicionistas agudizaron ciertos procesos de desigualdad social y sobre todo de estigmatización, dado que la criminalización y corrupción operaron especialmente en los estratos sociales más bajos, de tal manera que son personas, generalmente jóvenes pertenecientes a dichos estratos sociales, las que mayoritariamente mueren o son detenidas por delitos contra la salud como se denominan en México. La criminalización, la corrupción y la violencia organizadas en los años 20 en torno al alcohol, y en las últimas décadas en torno a las dro-

gas ilegales, serán referidas en la imagen pública cada vez más a determinados estratos bajos de la sociedad contribuyendo a estigmatizarlos, ya que los sectores más marginados aparecen como los encargados del tráfico y consumo más violento. Pero no sólo contribuye a la estigmatización de dichos grupos marginados, sino que favorece aún más los procesos de desigualdad social, sobre todo en los contextos dominados por la extrema pobreza^{5,21}.

La legalización de la producción y consumo de las drogas consideradas ilícitas en la actualidad, al igual que la legalización de la producción y consumo de alcohol ocurrida en la década de los 30, posibilitaría la reducción notoria de la mayoría de los procesos señalados, lo cual no impide asumir que, sin embargo, dicha legalización no sólo no elimina todas las consecuencias negativas, sino que puede incrementar algunas, comenzando por la producción y consumo legal de dichas sustancias, y algunas consecuencias como ocurrió en el caso del alcohol con el incremento de la mortalidad por cirrosis hepática después que en los EEUU y en varios países europeos se eliminaron las leyes prohibicionistas o semiprohibicionistas a la producción y al consumo de alcohol. Esta situación debe ser asumida y debe ser balanceada no sólo para no crear falsas expectativas de algo así como la erradicación absoluta y definitiva de las consecuencias negativas, sino sobre todo para asumir dichos consumos como procesos sociales cotidianos que pueden llegar a tener ciertas consecuencias negativas para la salud de individuos y grupos, pero cuyas conse-



cuencias son siempre mucho menores que las generadas por la ilegalización y prohibición como ha quedado claramente en evidencia a través de lo ocurrido con la prohibición y ulterior legalización de las bebidas alcohólicas.

Las políticas formales contra el alcoholismo

Si bien una parte de la biomedicina e inclusive del Sector Salud en América Latina reconocen algunos de los aspectos señalados, la mayoría de los especialistas y particularmente las autoridades sanitarias tienden a convalidar el estatus actual respecto de las drogas y el alcohol. El primer aspecto a señalar es que más allá de que haya personal de salud y grupos organizados que cuestionan la ilegalidad de las drogas consideradas adictivas, la mayoría de las corporaciones médicas y el Sector Salud convalidan la ilegalidad de dichas drogas y la legalización de las bebidas alcohólicas, pese a que como observamos contradice las definiciones biomédicas (clínicas y epidemiológicas) de ambos tipos de sustancias.

Debemos al respecto recordar que los principales especialistas latinoamericanos, y en particular mexicanos, desarrollaron entre 1950 y principios de 1980 reiteradas críticas a las medidas de tipo represivo y prohibicionista respecto del consumo de las bebidas alcohólicas^{1,22}, pero que durante los 90 y los primeros años del siglo XXI no se observa esta oposición y va cobrando fuerza un dis-

curso -que no actividades- de tipo prohibicionista o por lo menos restrictivo².

Junto a esta convalidación profesional, el segundo hecho relevante a destacar es que la problemática del consumo de alcohol es propuesta básicamente como un problema de salud mental, y no como lo que realmente es, es decir, un problema de salud mental y de salud física caracterizados por sus graves y frecuentes consecuencias en términos de morbimortalidad. No es que no se reconozcan las graves consecuencias sobre la salud física colectiva, sino que este reconocimiento no se traduce, por ejemplo en México, en el enfoque dado al Programa Nacional contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, tal como se puede observar en el programa inicial y en las sucesivas modificaciones.

Pero, en términos de salud mental, la problemática del alcoholismo también tiende a ser secundarizada, ocultada o directamente banalizada por parte del Sector Salud, ya que éste no sólo no invierte recursos en esta dimensión del proceso salud-enfermedad-atención, sino que dicha inversión contrasta brutalmente -y usamos esta palabra expresamente- con los recursos que el estado invierte en la lucha contra el narcotráfico. Pero esta relegación no sólo se da en las prácticas, sino en un discurso del Sector Salud que, en general, cuando habla de 'dependencias' y adicciones y de sus consecuencias, habla casi exclusivamente de drogas ilegales, connotándolas constantemente como el enemigo a erradicar, mientras que las referencias al alcohol son mínimas o éste tiende a ser excluido de dicho discurso.



Un aspecto cuyo desarrollo es relativamente reciente y a través del cual podemos observar la secundarización del papel del consumo de alcohol es la omisión de éste como medio que posibilita las relaciones sexuales sin protección favoreciendo la transmisión de enfermedades a través de la vía sexual. El consumo de alcohol, asociado o no con otras sustancias, posibilita, sobre todo en ciertos contextos juveniles, las relaciones sexuales más o menos inmediatas sin protección durante el acto sexual. Esta posibilidad sólo es tomada en cuenta en forma secundaria; de ahí que casi no aparece en las campañas preventivas, ni tampoco ha sido objeto de investigaciones específicas en la mayoría de nuestros países. Debemos subrayar que este proceso operaría tanto en relaciones heterosexuales como homosexuales y en los diferentes grupos etarios^{2,23-25}.

Algunos especialistas han señalado que parte de estas negaciones, exclusiones y olvidos se deben a presiones de tipo económico e inclusive político, lo cual se puede observar a través de los propios testimonios médicos (Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003), y de ello sería expresión paradigmática lo ocurrido con el Informe sobre producción y consumo de alcohol realizado por la OMS, y a nivel regional por la UNCTAD (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Consumo y Desarrollo) a principios de la década de los 80. Este Informe nunca fue publicado debido a la presión de la industria alcoholera sobre los gobiernos respectivos para evitar que la OMS presentara los datos que evidenciaban no sólo un incremento

sostenido de la producción, consumo y consecuencias negativas de las bebidas alcohólicas en todos los contextos descritos y analizados, sino su papel en la emergencia de consecuencias negativas para la salud en contextos en los cuales antes de la década de los 50 no se registraba este tipo de problemas sanitarios.

Pero consideramos que no sólo la presión de la industria alcoholera opera en la omisión de información sobre producción, consumo y consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas, sino que diferentes grupos y sectores sociales contribuyen a reducir y opacificar la importancia de este problema. Como ocurre inclusive con la biomedicina, que se caracteriza en los tres niveles de atención por tratar escasamente a pacientes en términos de alcoholismo, lo cual hemos evidenciado en el caso de México pero que, como sabemos, constituye una tendencia biomédica generalizada^{2,10}.

No obstante, no sólo la biomedicina contribuye en forma notoria a este proceso, sino que también ocurre con las ciencias sociales y antropológicas por lo menos en la región, y lo podemos afirmar con bastante seguridad dado que hemos realizado una búsqueda intensa de bibliografía sobre esta problemática a nivel latinoamericano^{2,26}. Esta omisión o secundarización se observa en muy diversos campos (estudios sobre grupos étnicos, sobre salud de los trabajadores, sobre culturas juveniles, etc.), pero se observa especialmente en los estudios de género dedicados a la salud, y en particular a la salud reproductiva, que prácticamente excluyen el consumo



de alcohol de sus investigaciones y reflexiones e incluso de sus acciones en el caso de los grupos vinculados a la acción como hemos demostrado en un reciente estudio aún no publicado^{2,27}.

Esta omisión resulta relevante en el caso de los estudios de género femenino, que no sólo constituyen la inmensa mayoría de los estudios de género en la región sino que una parte significativa de los mismos está dedicada a salud. Dicha orientación tiende a ignorar el incremento del consumo de bebidas alcohólicas y de la mortalidad por cirrosis hepática en la mujer, el desarrollo de síndromes de alcoholismo fetal en su hijos y sobre todo el desarrollo de una multiplicidad de violencias en las que el alcohol está presente, especialmente en las violencias intrafamiliares, que como sabemos es uno de los rubros más reconocidos por este tipo de estudios.

El hecho de que en la mayoría de los países latinoamericanos no existan programas específicos y se realicen escasas actividades no quiere decir que no haya políticas antialcohólicas en ellos. Al respecto consideramos que existen varias orientaciones principales acerca de las adicciones, incluida la adicción al alcohol.

Políticas de drogas y reducción del daño

Para el conjunto de la drogas consideradas adictivas, salvo el alcohol, el tabaco y determinados medicamentos, la principal política establecida es la de la ilegalidad lisa y

llana, por lo menos en términos formales, y no vamos a analizar lo que ocurre en la práctica con estas prohibiciones, sino a subrayar la ineficacia de esta política para reducir la producción, el consumo y la mayoría de las consecuencias negativas del mismo.

En el caso del consumo de alcohol y tabaco, pero sobre todo respecto del primero, podemos observar que en términos formales se aplican medidas que pretenden reducir la accesibilidad y la disponibilidad de las bebidas alcohólicas. No se proponen medidas restrictivas respecto de la producción y distribución de bebidas alcohólicas, sino sobre la venta y el consumo. Estas medidas se refieren a horarios, edades, lugares de venta y actividades similares que tratan de limitar el consumo de la población en general y sobre todo de ciertos grupos considerados de riesgo. Los códigos sanitarios establecen medidas y controles sobre la publicidad de las bebidas alcohólicas con objetivos similares.

Respecto de las bebidas alcohólicas existe la prohibición de producir y vender bebidas adulteradas, falsificadas o pirateadas, pero estas medidas son inoperantes, como en el caso de la accesibilidad y la disponibilidad, dado que en la mayoría de los países de la región sigue produciéndose y vendiéndose alcohol clandestino y no clandestino a diferentes horas y sin que se obstaculice realmente la accesibilidad y la disponibilidad de las bebidas alcohólicas.

Las medidas señaladas no tendrían por objetivo prohibir la producción y el consumo, sino promover, o por lo menos favorecer, el consumo moderado de bebidas alcohólicas;



la moderación aparece como la principal alternativa a la prohibición en términos de política sanitaria, lo cual es propiciado no sólo por el sector salud sino por una parte de la industria alcoholera.

Esta propuesta está basada en parte en lo que se denomina el modelo sociocultural de consumo, el cual, más allá de generar moderación, posibilitaría un consumo integrado socialmente que reduciría una parte de las consecuencias negativas de dicho consumo. Hoy sabemos que el consumo integrado por lo general promueve un consumo más bien excesivo; los países con mayor consumo integrado son los que tienen mayor consumo per capita de bebidas alcohólicas, y si bien se observa la limitación o reducción de determinadas consecuencias, no puede evitar o reducir otras.

En términos técnicos una de las principales cuestiones radica en precisar qué es consumo moderado, dado que el volumen y la frecuencia son muy difíciles de establecer en términos de criterios biomédicos y constituyen aproximaciones con alto grado de arbitrariedad, máxime cuando se sabe clínicamente que un consumo definido como 'excesivo' no se traduce necesariamente en dependencia ni en otros tipos de consecuencias por lo menos en ciertos contextos nacionales y culturales, mientras que el consumo denominado moderado suele estar relacionado con determinados problemas, lo que dio lugar a que durante las décadas de los 70 y 80 se acuñara y aplicara el concepto de 'bebedor problema', el cual constituía uno de los principales sectores de riesgo. Pero el

verdadero 'problema' consiste en establecer indicadores para detectar y diagnosticar en forma temprana y oportuna a este tipo de bebedor, lo cual hasta ahora ha sido imposible, y tememos que continuará siendo imposible, de manera que este concepto se caracteriza por su debilidad teórica y su ineficacia operativa.

Otra de las propuestas tiene por objetivo central la abstinencia, relacionada en gran medida con las concepciones prohibicionistas, aunque actualmente algunos sectores que promueven la abstinencia se han alejado cada vez más de esas propuestas. Esta política fue propuesta explícitamente para los bebedores dependientes o para aquéllos que presentan problemas graves en sus relaciones con el alcohol; no está propuesta para la población general, sino para grupos específicos y ha sido impulsada en forma constante por los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) y por otros grupos de autoayuda. En este sentido hay dos aspectos importantes a destacar: por una parte, la expansión sostenida de los grupos de AA en la mayoría de los países de la región; por otra parte, la articulación explícita o implícita que se ha dado entre esos grupos y el Sector Salud tanto en las instituciones oficiales como en las instituciones privadas, en las que el programa de los doce pasos aparece cada vez más incluido en el modelo de atención médica aplicado al alcoholismo, y también en forma creciente al conjunto de las otras adicciones.

La propuesta de los grupos de AA está basada en la abstinencia, pero su propio desarrollo dio lugar a grupos de autoayuda que



proponen como variante la sobriedad y no la abstinencia. Y por otra parte la articulación con la biomedicina ha posibilitado una serie de variantes que también oscilan entre la sobriedad y la abstinencia^{1,2,10,28-30}.

Una última política construida en varios países europeos a partir de los 70, y especialmente desarrollada a través de ciertas adicciones en particular a la heroína, es la denominada política de reducción de daños o de riesgos y que hasta lo que manejamos ha tenido escaso desarrollo en la mayoría de los países de la región. Los puntos de partida de esta política son el rechazo a la ilegalidad y la prohibición por razones de tipo médico, psicológico, social e ideológico, y especialmente porque las políticas prohibicionistas incrementarían la morbimortalidad y la criminalización relacionada con el consumo de drogas. Esta propuesta sostiene además que toda una serie de personas, posiblemente la mayoría de los consumidores, no aceptan la abstinencia y en muchas situaciones tampoco la sobriedad, rechazando por tanto el tipo de propuestas basadas en dichos criterios. Otra razón decisiva es que toda una serie de sujetos y grupos han aprendido a consumir sustancias con un mínimo de daño hacia sí mismos y hacia los otros, de tal manera que constituiría la estrategia más eficaz para reducir la mortalidad asociada al uso de drogas inyectables. Es una estrategia que se centra en la reducción de las consecuencias y no en la reducción del consumo^{2,17-19,31,32}.

A partir de éstos y de otros aspectos se promovió esta política en varios países europeos (Inglaterra, Holanda, España, Suiza) y

en Australia, en gran medida a través de acciones de grupos de la sociedad civil. Igualmente se realizaron acciones en la región, especialmente en el Cono Sur, pero referidas casi exclusivamente al ámbito de las drogas ilícitas, pero no al alcohol. Más aún, en las reuniones nacionales e internacionales promovidas a través de este enfoque, el alcoholismo suele estar ausente o ser escasamente tratado en las discusiones y sobre todo en la descripción de las estrategias aplicadas para la reducción de los daños, las cuales se centran en las drogas inyectables. Después de más de veinte años de existencia de esta tendencia, es preocupante que la misma no haya casi desarrollado actividades en torno al alcoholismo y al consumo de alcohol.

Según algunos especialistas latinoamericanos, la propuesta de reducción de daños presenta aspectos muy similares a la del modelo sociocultural, que ha demostrado justamente sus limitaciones por lo menos en cuanto a la reducción de ciertos daños. No obstante, consideramos que constituye la propuesta más auspiciosa basada en dos criterios que para nosotros son fundamentales: por una parte, el aprendizaje individual y sobre todo grupal de las posibilidades no sólo de conocer, sino de aplicar dicho control sobre el consumo y las consecuencias del consumo de una sustancia determinada, con el objetivo de reducir sus riesgos; y por otra su oposición a la lucha contra las adicciones basada en la represión.

El apoyo a esta orientación es decisiva dada la vigencia de legislaciones represivas referidas al consumidor de 'drogas' en Amé-



rica Latina, y a que existe una constante tendencia de la biomedicina a impulsar actividades que incluyen la reducción de las consecuencias pero basada exclusivamente en la reducción de la oferta y la demanda, de tal manera que hay actualmente propuestas biomédicas de reducción de daños en las que el acento ya no está colocado en la reducción de las consecuencias. Como señala Wodak (2001:28): «...este enfoque de reducción de daños es muy común en la medicina clínica y en la salud pública», lo cual es parte del constante proceso de apropiación y resignificación de conceptos y estrategias por parte del modelo médico hegemónico que lleva generalmente a reorientar el sentido de gran parte de las propuestas denominadas 'alternativas'.

La posibilidad de impulsar este enfoque - incluyendo el alcohol- es muy importante, dado que todo indica que el consumo problemático y 'excesivo' de la mayoría de las drogas se da durante un período determinado, especialmente durante la adolescencia, para luego estabilizarse e incluso abandonarse paulatinamente. De tal manera que se reduce sustantivamente el consumo o se aprende a consumir con escaso riesgo, lo cual crea la posibilidad de actuar sobre uno de los sectores en los que se observan crecientes consecuencias negativas como es el de los jóvenes. Debemos subrayar que reconocemos que es difícil que una parte de la población consumidora, sobre todo en función de determinados procesos individuales y en determinadas circunstancias, pueda aplicar dicho control de riesgos y que, por el contrario,

siga consumiendo de forma sumamente negativa en términos de enfermedad para él y/o para los sujetos con los cuales entra en relación.

Hemos enumerado las principales políticas antialcohólicas propuestas de manera formal en América Latina, y subrayamos lo de manera formal dado que un análisis de las prácticas de estas políticas implicaría una descripción y análisis de lo que realmente se hace respecto del alcoholismo más allá de las propuestas formales, de los programas escritos y de los códigos sanitarios establecidos, lo cual haría aún más preocupante nuestra situación.

Referencias bibliográficas

1. Menéndez EL. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial, 1990.
2. Menéndez EL, Di Pardo RB. Alcoholismo, especializaciones y desencantos: segundo y tercer nivel de atención médica. Informe final de investigación. México: Ms, 2003.
3. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington D.C.: OPS, 1964, 1966, 1970, 1974, 1978, 1982, 1990, 1998.
4. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: SSA, 2001.
5. Di Pardo RB, Menéndez EL. Normalidad, riesgo y alcoholización. ¿Quiénes son realmente los sujetos y grupos vulnerables? *Trabajo Social y Salud* 2001;39:511-39.
6. Menéndez EL. Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados tradicionales. *Nueva Antropología* 1998a:34:55-80.
7. Menéndez EL, Di Pardo RB. Alcoholismo I. Características y funciones del proceso de alcoholización. México: Cuaderno 56 de la Casa Chata, 1981.



8. Organización Panamericana de la Salud. Pueblos indígenas y salud. Winnipeg: OPS, 1993.
9. Mac Andrew C, Edgerton RB. Drunken Comportment. A Social Explanation. New York: Aldine, 1969.
10. Menéndez EL, Di Pardo RB. De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. México: CIESAS (Colección Otón de Mendizábal), 1996.
11. Elu de Leñero M del C. *Mujer joven y salud. Cifras comentadas*. México: PRONAMUSA, 1985.
12. Elu de Leñero M del C. *La salud de la mujer en México. Cifras comentadas*. México: PRONAMUSA, 1988.
13. Hartman S. Mortalidad. En: Secretaria de Salud (ed). *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. México: SSA, 1992; 149-88.
14. Langer A, Tolbert K (ed). *Mujer: sexualidad y salud reproductiva*. México: The Population Council/EDAMEX, 1996.
15. Tapia R (comp). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Edit. El Manual Moderno, 1994.
16. Edward G, Arif A (ed). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Cuadernos de Salud Pública 73. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1981.
17. Grup IGIA. *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencia*. Barcelona: FAD, 2000.
18. Grup IGIA. *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia, 2001.
19. O'Hare PA, et al. La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona: Grup Igia, 1995.
20. Di Pardo RB. Importancia de la relación madre/hijo en la configuración de la personalidad. *Cuadernos de Sociopatología y Servicios Sociales* 1964;7:26-29.
21. Massé R. *Culture et santé publique*. Montreal: Gaetan Morin Editeur, 1995.
22. Menéndez EL. Alcoholismo y política. Los límites socioeconómicos del sector salud mexicano. 1890-1980. *Nueva Antropología* 1988b;34.
23. Bolton R, et al. Alcohol and risk sex: in search of an exclusive connection. *Medical Anthropology* 1992;14(2):323-63.
24. Lara RM. Padecimiento y estilo de vida estigmatizados: el caso de algunos hombres que tienen sexo con hombres seropositivos de escasos recursos del puerto de Veracruz (Tesis de Doctorado). México: Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2003.
25. Menéndez EL, Di Pardo RB. Violencias alcoholizadas y relaciones de género. Estereotipos y negaciones. *Cuadernos Médico Sociales* 2001:79:5-26.
26. Menéndez EL (ed). *Aportes metodológicos y bibliográficos para la investigación del proceso de alcoholización en América Latina*. México: Ediciones de la Casa Chata, 1988.
27. Gómez, E (ed). *Género, mujer y salud en las Américas*. Publicación Científica 541. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1993.
28. Madrigal E. Consideraciones sobre el establecimiento de políticas y directrices en la prevención de los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. *Ciencias Sociales* 1986;34:9-21.
29. Secretaría de Salud. Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. México: SSA, 1986a.
30. Secretaría de Salud .Programa contra la farmacodependencia. México: SSA, 1986b.
31. Romani O. *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel, 1999
32. Wodak A. ¿Cómo generar consenso para el desarrollo de estrategias de reducción de daños? En: Intercambios :Sida y drogas. Reducción de daños en el cono sur. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2001; 26-46.



LA CULTURA CANNÁBICA EN ESPAÑA: LA CONSTRUCCIÓN DE UNA TRADICIÓN ULTRAMODERNA

JUAN F. GAMELLA* Y MARÍA LUISA JIMÉNEZ RODRIGO**

Departamento de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras. Campus de Cartuja, Universidad de Granada. Granada (España)

Introducción

Los derivados del cáñamo son las drogas ilícitas más populares del mundo. Aunque se han usado tradicionalmente en culturas agrícolas y pastoriles de África, Asia y América, en los últimos 40 años se han convertido productos de consumo de masas

*Antropólogo y profesor de la Universidad de Granada. Ha sido becario Fulbright, Fellow Regents de la Universidad de California, asesor de la OMS en temas de drogas de síntesis y profesor e investigador visitante en la Johns Hopkins University, la Universidad de Cambridge y la Universidad de California. Ha publicado más de 45 artículos en publicaciones nacionales e internacionales y es autor o coautor de nueve libros, entre ellos: *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles* (1999), *Drugs and alcohol in the Pacific* (2002).

**Socióloga. Ha sido becaria del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y becaria FPI del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Es autora del libro *El consumo prolongado de cánnabis. Pautas, tendencias y consecuencias* (2003, en colaboración con Juan Gamella). y de varios artículos sobre consumo de drogas y métodos de investigación cualitativos y cuantitativos.

en sociedades industriales y postindustriales de Europa, Norteamérica y Oceanía. Hoy cerca de 150 millones de personas fuman derivados cannábicos en todos los continentes y, aunque en términos absolutos la mayoría de los usuarios se encuentre en Asia, el mayor mercado de la marihuana está en Norteamérica y el de la resina en Europa occidental^{1,2}.

La planta (*Cannabis sativa*)¹ de la que obtenemos esas antiguas preparaciones que llamamos *marihuana*, *hachís*, *grifa* o *aceite*, crece en todas las regiones templadas y tropicales. Usada durante milenios en forma silvestre por cazadores y recolectores, se convirtió, con el advenimiento de la agricultura, en uno de los cultivos no alimenticios más importantes³⁻⁵. Sus usos terapéuticos son ancestrales. Ya en la primera y milenaria farmacopea china, o Pen-ts'ao, se recomendaba para tratar la malaria, el estreñimiento, los dolores reumáticos y las dolencias menstruales. Desde entonces ha seguido usándose popularmente como alivio de numerosos males en culturas de todo el planeta^{4,5}. Sus



usos mágico-religiosos han sido también numerosos, asociados casi siempre a su potencial psicotrópico. Los escitas la usaban para purificarse tras sus ceremonias funerarias, encerrándose en tiendas llenas del humo que desprendían las semillas que arrojaban sobre piedras calentadas al rojo². «Gritan de júbilo al bañarse en estos vapores», decía de ellos Herodoto^{6,7}. En India, 1.400 años antes de Cristo, el Atharvaveda mencionaba el cáñamo como una planta mágica además de medicinal. El uso de sus fibras ha sido importantísimo para fabricar hilo, tejidos y cordajes. El primer libro que salió de la imprenta de Gutenberg estaba hecho de papel de cáñamo. Las semillas, esas minúsculas nueces que llamamos cañamones, producen un rico aceite con el que se hacen jabones, barnices, linóleo y pinturas. Se usan también como alimento para pájaros y, excepcionalmente, para humanos. Se dice que Buda sobrevivió al hambre comiendo cañamones^{3,4}.

De una planta que ha sido tan benéfica para la humanidad sorprende que hoy interese casi exclusivamente por el uso recreativo de una porción de sus contenidos, que, además, están casi universalmente prohibidos, castigándose su fabricación y comercio con severas penas de cárcel y, en algunos casos, con la muerte. Ha debido descubrirse algo terrible sobre el cáñamo que justifique semejante trato contemporáneo. La verdad es que no; tanto sus efectos psicológicos como sus potenciales peligros para la salud no son bien conocidos y las opiniones al respecto están terriblemente polarizadas. Ade-

más, la visión de los riesgos de consumir derivados del cáñamo se ve afectada dramáticamente por la posición que se tenga respecto al estatus legal adecuado para estas drogas⁸.

En los últimos años, cuando los niveles de consumo en muchos países desarrollados han crecido más que nunca, el cáñabis es el «más activo campo de batalla» de las políticas sobre control de drogas del mundo⁹. Ninguna otra droga ilícita provoca semejante controversia¹⁰. Por un lado, se abre camino en muchos países la constatación de que el castigo por el consumo es contraproducente y que muchos de los males que causan estas drogas se deben no sólo a su farmacología y a los patrones de uso dominantes, sino a su prohibición que afecta a las formas en que se usa e incluso a los efectos que causa. Por otro, es mucho el miedo a los males de «la droga», a las terribles secuelas de la dependencia a la heroína, la cocaína o las anfetaminas callejeras, y la mayoría de los gobiernos temen que cualquier complacencia con el consumo, y más aún con la provisión de estas sustancias, no hará más que aumentar el número de consumidores y los daños que causan.

Sea como fuere, hoy es evidente que el interés occidental por esta «yerba» y su conversión en objeto de consumo de masas está transformando su significado en todo el mundo y provocando un renovado interés por su historia, su cultivo y sus efectos. La atención por el cáñabis ha tenido también importantes consecuencias científicas, al fomentarse líneas de investigación que han



descubierto neuroreceptores específicos para los cannabinoles y sustancias fabricadas por nuestras neuronas que son ligados para tales receptores y que podrían formar una especie de sistema de cannabinoides endógenos¹¹.

Nuestro argumento en este ensayo es que en Europa, Norteamérica y Australia se ha configurado una tradición postmoderna de consumo de una droga prohibida y al tiempo milenaria. El del cánnabis no es ya hábito foráneo, sino una costumbre intercultural anclada en el consumismo actual y cargado de una compleja red de significados que incorporan su historia y su carácter exótico, pero que lo transforman¹². En España, la normalización del consumo de cánnabis y la popularización de la «cultura» cannábica ponen de manifiesto muchas de las contradicciones de las políticas de control de drogas y suponen un importante desafío para los actuales planteamientos sobre prevención, tratamiento y represión del comercio¹³.

Repasaremos algunos elementos de la historia cultural del cánnabis en Occidente y particularmente en España. Utilizaremos, entre otros, algunos resultados de un estudio socioantropológico de consumidores que expertos de estas drogas hemos realizado recientemente y en el que desarrollamos trabajo de campo etnográfico en entornos de comercio y consumo de cánnabis y entrevistamos en profundidad a 204 usuarios y usuarias que llevaban consumiendo hachís o marihuana una media de 8 años¹⁴.

El descubrimiento moderno del cánnabis

Aunque hay noticias de la continuidad de algunos usos medicinales del cáñamo en Europa, la principal área de consumo tradicional¹⁵ está en el creciente meridional que se extiende desde Marruecos hasta la India⁵. Desde ahí, el cánnabis llegó a Occidente de la mano del colonialismo. En torno a 1800, algunos soldados de Napoleón se aficionaron al consumo de cáñamo en Egipto. En 1842, O'Shaughnessy, un médico que había sido profesor de medicina en Calcuta, publicó *On the Preparation of the Indian Hemp or Gunjah*, obra en la que presentaba los usos terapéuticos hindúes de esta planta a la ciencia occidental. A su regreso a Gran Bretaña hizo mucho por popularizar el cánnabis como medicina. De hecho, le fue recetado a la Reina Victoria por su médico personal¹⁶.

Por esta misma época, el médico francés Jacques Joseph Moreau de Tours documentó los efectos psicoactivos del cánnabis, y basándose en ellos propuso un modelo para algunos trastornos psiquiátricos. Moreau, verdadero adelantado de la psicofarmacología, proporcionó a algunos escritores y artistas amigos una pasta de hachís, especias, azúcar y zumo de naranja que en Egipto se conocía como «*dawamesc*». Uno de ellos, Théophile Gautier, fundó entonces en París el «club des haschishins» en el que participaron Nerval, Hugo, Alejandro Dumas y otros famosos escritores que divulgaron la experiencia, transmutada en algunos casos, como el de Baudelaire, en grandes obras de arte. El



ejemplo de estos artistas será un antecedente crucial de la experimentación psicodélica posmoderna en su vertiente más ilustrada¹².

En este período, entre 1840 y 1900 se produjo también el apogeo de su utilización por la medicina occidental, publicándose más de cien artículos en los que se recomendaba esta droga para diversas dolencias y molestias. En su repaso de los usos terapéuticos del cáñamo, Grinspoon concluía con cierto asombro que «podría en cierto sentido afirmarse que los médicos de hace un siglo sabían más sobre el cáñabis que los médicos de hoy. Ciertamente estaban mucho más interesados en explorar su potencial terapéutico»¹⁶. En el siglo XX aquellos usos fueron desapareciendo, entre otros motivos porque «la potencia de las preparaciones de cáñabis era demasiado variable, y las respuestas individuales a las dosis orales de esta droga parecían erráticas e impredecibles... El desarrollo de drogas sintéticas como la aspirina, el hidrocloreto y los barbitúricos, químicamente más estables... y por tanto más fiables, aceleraron el declive del cáñabis como medicamento»¹⁶.

Con las grandes migraciones intercontinentales de la era de la navegación a vapor, entre 1870 y 1920, cientos de miles de trabajadores de origen indio llevaron su hábito de fumar *ganja* al sur de África, aunque ya era conocido a través de los comerciantes árabes. En Brasil y el Caribe, muchos esclavos y sus descendientes se acostumbraron a usar esta planta como alivio de sus dolores y sus penas. En Tejas, California y otros estados norteamericanos, los inmigrantes mejicanos

gustaban de fumar esa hierba que llamaban «marijuana». Las élites blancas, cristianas y de origen europeo veían esa práctica como un vicio que provocaba una intoxicación primitiva, despreciable y amenazante. El racismo y el temor a una embriaguez que se juzgaba ajena y rechazable proporcionó un impulso decisivo para la prohibición en Sudáfrica, Estados Unidos, varias colonias africanas y paulatinamente para la inclusión de los derivados del cáñabis en el sistema de control internacional de los «narcóticos» que se había desarrollado originalmente para luchar contra el comercio de opio^{17,18}. La prohibición del cáñabis se consolidará entre 1911 y 1941. Para ello fue decisiva la promulgación de la «Marihuana Tax Act», de 1937, una ley fiscal estadounidense que tornó prohibitivo el precio de la droga obtenida legalmente. En 1941 se suprimió el cáñabis de la Farmacopea Nacional (United States Pharmacopeia) y del National Formulary¹⁶. Culminaba así una campaña organizada por el Buró Federal de Narcóticos, dirigido por Harry Anslinger, para ilegalizar la marihuana. En el proceso se manipuló de forma burda a la opinión pública sobre los peligros de la marihuana, su carácter adictivo y su conexión con la violencia, la locura, la depravación. La película «Reefer Madness», realizada en los años 30, es un buen ejemplo de alarmismo y falsificación que hoy provoca risa. Pero el miedo a esta droga y a la persecución por su uso fue calando en la población mayoritaria y su consumo se fue relegando a entornos y grupos perseguidos y marginales, lo que acabó por hacer cierta la



definición de su carácter de droga excluyente y «étnica».

En las siguientes décadas el interés por la marihuana y el hachís fue muy minoritario en Europa o Norteamérica. Siguió siendo propia de gentes de mala nota, bohemios, músicos de jazz, delincuentes, inmigrantes mejicanos... Es reseñable que los estudios sobre su consumo en los 50, como los clásicos de Howard Becker en Chicago, se presentaran como ejemplos paradigmáticos de la sociología de la «desviación»¹⁹. En esta misma línea, la decisiva convención de Naciones Unidas sobre «Narcotic Drugs» de 1961 prohibió la utilización psicoactiva del cánnabis en todo el mundo, y se puso como meta erradicar su consumo planetario en 30 años. Todavía Harry Aslinger, el autocrático director de la agencia norteamericana contra las drogas, era el representante estadounidense en la convención, poco antes de ser cesado por el presidente Kennedy.

Lenta marea imparable: cuatro décadas de consumo en Occidente

A los pocos años todo cambió. En la segunda mitad de los 60 comenzó una marea de expansión del cánnabis como droga de masas que aún sigue viva. Su inicio se sitúa en esa mal conocida «revolución» contracultural que afloró entonces, cuando jóvenes de clases medias en los países más ricos de Occidente se dieron a la contestación moral y política que incluía nuevos estilos de vida, chocantes gustos musicales e indumentarios,

mores sexuales menos reprimidos y cierto consumo rebelde de drogas ilegales. Todo resultaba tremendamente escandaloso a una moral que unos años antes parecía no ofrecer fisuras ni razones para el descontento. Desde entonces, se ha consolidado una tradición moderna de uso popular de hachís y marihuana que no tiene antecedentes históricos y en la que han participado ya tres generaciones.

Hay muchas confusiones sobre lo que realmente pasó en el movimiento contestatario de los 60. Respecto al cánnabis, la evidencia apunta con claridad a un salto cualitativo en el consumo recreativo y lúdico. Denise Kandel, por ejemplo, que repasó sistemáticamente los principales estudios epidemiológicos y sociológicos norteamericanos, mostró cómo hasta la segunda mitad de los años 60 el consumo era minoritario, pero en unos años cambió radicalmente de tendencia. Así, antes de 1967, en Estados Unidos, menos del 2% de la población general y poco menos del 5% de los estudiantes universitarios habían experimentado alguna vez con la marihuana. En 1977, el 25% de la población mayor de 18 años y un 64% de los estudiantes habían consumido alguna vez esa droga. Esta autora concluía que las tasas de experimentación con marihuana en Estados Unidos revelaban un «dramático» incremento a partir de 1971²⁰.

De forma convergente, Smart y Murray realizaron en 1981 una detallada revisión de las tendencias en el consumo de cánnabis y alcohol entre los jóvenes de Australia, Canadá, Noruega y EEUU a partir de los principa-



les datos primarios disponibles. Constataron un importante incremento del consumo de cánnabis desde finales de los 60 y durante toda la década de los 70 en esos cuatro países, algo que podría generalizarse con matices al resto de la Europa rica. Encontraron, por ejemplo, que si en 1968 el 6,7% de los estudiantes de Toronto declaraba haber fumado marihuana en los últimos 6 meses, en 1970 eran el 18,3%, y en 1979 el 32%. En Australia se constataba igualmente un constante incremento del consumo de cánnabis entre los adolescentes desde 1971 a 1977, pasando de nuevo el consumo del 6,5% al 26,9%. En Noruega se daba un proceso semejante, aunque con ciertas fluctuaciones. En una serie de encuestas de estudiantes se observó un incremento de un 5,3% en 1968 a un 18,8% en 1972, con un descenso en 1976 (16,5%) y un nuevo aumento en 1979 (22,5%). En EEUU también se apreciaba que el incremento en el consumo de cánnabis había sido más intenso que el de alcohol y que la edad de inicio en el consumo se había ido reduciendo²¹.

En los cuatro países, culturalmente diferentes y geográficamente distantes, se confirmaba una larga década de expansión del consumo de «hierba». Curiosamente, fueron los desencantados 70 los verdaderos años de la expansión del cánnabis, que se asoció, en gran parte, a un aumento del consumo de alcohol. La popularización de esta droga tuvo, por tanto, aspectos prosaicos que rara vez se tienen en cuenta, aunque se produjo bajo la sugestión de esas imágenes memorables que nos legó el «verano del amor» del San Fran-

cisco de 1967, las reuniones de Woodstock en 1969 y la isla de Wight en 1970, o la explosión del mayo parisino de 1968, es decir, de una ideología liberadora, rebelde y contestataria.

Al entusiasmo inicial por esta droga que se extendió en los 70, «le siguió una rápida ola de reacción». Algunos científicos «guiados por un compromiso moral encaminado a demostrar que el cánnabis era perjudicial, lanzaron advertencias extravagantes tildándolo de droga muy peligrosa capaz de provocar daños en los cromosomas, impotencia, esterilidad, lesiones de tipo respiratorio, depresión del sistema inmunológico, trastornos de la personalidad y lesiones cerebrales permanentes. Más tarde quedó demostrado que la mayoría de estas afirmaciones eran espúreas»²². Quizá por esta reacción y por otros motivos, en los años 80 parece que se produjo un descenso del consumo bastante generalizado, aunque el interés por el cánnabis continuó siendo masivo. El descenso de la demanda en los principales países importadores se refleja también en una caída de las confiscaciones policiales¹.

En los años 90, sobre todo en su segunda mitad, la tendencia se invirtió y volvió a elevarse el interés, la demanda y el consumo de drogas cannábicas en Europa, Norteamérica y Australia, llegando a alcanzarse máximos en el número de consumidores en todo el planeta. En muchos países occidentales más de un tercio de la población comprendida entre los quince y los cincuenta años ha consumido algún derivado del cánnabis²². En varios países, como Estados Unidos, Reino



Unido e incluso España, son ya mayoría los jóvenes de las nuevas generaciones que han probado cánnabis y empiezan a superar la proporción de los que se han iniciado en el tabaco, aunque las pautas subsecuentes de consumo de estas drogas diverjan^{1,34}. En paralelo, aumenta el número de consumidores habituales. En Estados Unidos, por ejemplo, en 1996 las estimaciones disponibles situaban en más de 10 millones los estadounidenses que habían fumado cánnabis el último mes, un 4,7% de la población mayor de 12 años⁹. En la Unión Europea²³ se estimaba que más de 40 millones de personas habían consumido repetidamente cánnabis en 2002.

Si los usos de drogas se vienen presentando en el mundo moderno en formas de ciclos de ascenso y descenso, con variadas extensiones, intensidades y procesos de agotamiento, el del cánnabis es uno de esos ciclos largos, lentos y multigeneracionales que hemos llamado «mareas»²⁴. Es decir, no estamos hablando de una moda pasajera. El consumo de cánnabis, como otras innovaciones de aquella «década prodigiosa», es congruente con las exigencias de un capitalismo postindustrial de consumo masivo que se basa en la gratificación personal, la exaltación del individuo que decide, sobre todo, cómo consumidor y el crecimiento sostenido de los servicios de ocio y entretenimiento.

El consumo de derivados de esta planta tan familiar se ha convertido en las últimas cuatro décadas en una conducta posible, cotidiana, aceptada e incluso esperada en la vida de muchos europeos, americanos y australianos. Esta nueva tradición ultramoderna

se ha ido imponiendo sin que le concedamos la atención adecuada. Como describía Matthews en su libro sobre la «cultura» del cánnabis:

«Hoy, después de innumerables oscilaciones de péndulo, la *yerba* se ha establecido en Gran Bretaña y apenas es más extraña que el café o la ginebra (en su momento considerados respectivamente turco y holandesa). Este proceso se ha producido a lo largo de mi vida; y lo he visto en parte de primera mano».²⁵

Además, la demanda occidental de la «hierba» y la poderosa simbología que se ha generado en paralelo ha incrementado el interés global por esta droga. Hoy la marihuana y el hachís son productos mundiales, que importan a cientos de millones de personas, que empiezan a consumirla en su adolescencia. El interés crece en Europa oriental, Asia, África y Latinoamérica. De hecho, en términos absolutos, la mayor parte de los consumidores son asiáticos y en términos relativos, australianos y neozelandeses¹. Por otro lado, ese aumento y normalización del consumo provoca feroces ataques de ciertos gobiernos e instituciones. A nivel planetario la tolerancia no es la norma. De hecho, Europa ha sido acusada de permisividad en las Naciones Unidas y siguen siendo mayoría los países en los que el comercio de cánnabis se castiga con penas muy graves de cárcel e incluso con la muerte.

Cabe preguntarse, pues, cuál es, en el siglo que acaba de comenzar, la mejor política respecto a estas drogas ancestrales. En España, el proceso de normalización del consu-



mo de cánnabis se produce por la fusión de tradiciones e influencias diversas, algo que quizá explique en parte las muchas contradicciones en las políticas de control y las respuestas sociales frente a este proceso, que resumiremos aquí, aunque las hemos desarrollado más detalladamente en otras publicaciones a las que referimos a las lectoras y lectores^{13,14}.

El caso español: la cultura del cáñamo en España

España contaba con una tradición autóctona de consumo de cánnabis que derivaba de la presencia española en el norte de África. En la posguerra, en los años 40 y 50, en muchas ciudades como Madrid, Barcelona, Algeciras, Málaga, etc. existieron redes de consumidores y vendedores de kiffi y grifa que la traían de África y que eran denominados «camellos». «Era muy raro el soldado que, habiendo sido destinado a la zona del antiguo protectorado español en Marruecos, no hubiese ‘probado’ la grifa o el kifi, por lo menos ocasionalmente»²⁶. Muchos de los que aprendieron a fumar allí iniciaron a otros en ciertos barrios pobres, o en prisiones y cuarteles de la península. La grifa era relativamente asequible y barata en la Península y había quienes cultivaban algunas plantas de cánnabis.

Los consumidores eran considerados casi siempre como «gente marginada, degenerada e indeseable», abundaban entre ellos los «exlegionarios, maleantes de poca monta,

rufianes, prostitutas baratas, golfantes, vagabundos, borrachos, quinquis y hampones de mala muerte». Eran conocidos como «grifotas» y, en general, ni la policía ni los jueces prestaban mucha atención a su «vicio». González Duro, que conoció de primera mano los ambientes de *fumeteo* de Madrid, recordaba que «se fumaba al aire libre, en las plazas públicas, en el Retiro, en la Casa de Campo, en la plaza de Tirso de Molina, en ciertas tabernas, en fiestas populares, salones de baile, etc.»²⁶. La grifa a menudo se mezclaba con alcohol, lo que suponía un cambio cultural respecto a la tradición musulmana. «La primitiva pauta de consumo de la grifa, tomada de los marroquíes, había sido «españolizada» por nuestros grifotas, alcoholizando la acción originaria de la droga»²⁶.

En los últimos 60 esa subcultura «africanista» de la grifa fue conectándose con el nuevo consumo cosmopolita, contracultural y alternativo de «drogados», «hippies» y contestatarios fumadores de «maría» influidos por un modelo de consumo anglosajón y, en menor medida, francés y continental. Algunos de estos «drogados» serán perseguidos como «peligrosos sociales», pero también como luchadores contra la dictadura, convirtiéndose el hachís en un signo de rebeldía política. Oriol Romaní^{27,28} estudió magistralmente este proceso de fusión y transformación de las varias tradiciones del cánnabis que se produjo en la Barcelona de los años 60 y 70.

Los datos sobre este período son muy fragmentarios, pero muestran un incremento



en el consumo de marihuana y hachís, mayormente en los años finales del franquismo y tras la muerte del dictador. Por ejemplo, en Barcelona diversos estudios detectaron un notable ascenso del consumo en estudiantes de medicina a partir de 1974. La prevalencia del consumo ocasional de cánnabis en esta población minoritaria pero significativa²⁹ pasó del 9% en 1973-75 al 22% en 1977-78 y al 21% en 1983-84».

A partir de 1977, el consumo de hachís y «maría» se vincula también con el aumento general del uso de otras drogas, obtenidas en farmacias, como las anfetaminas, opioides, tranquilizantes y, sobre todo, con el creciente consumo de heroína y cocaína callejeras por parte de esas decenas de miles de «yonquis» que protagonizarán la principal crisis de drogas de la historia española^{30, 31}.

En años sucesivos se evidenció que el cánnabis estaba perdiendo gran parte «de la antigua ‘fascinación’ que antes implicaba su consumo clandestino» y estaba dejando «de ser una droga subversiva y socialmente peligrosa... Su consumo a dosis moderadas se está convirtiendo casi en un uso social, perfectamente asimilable por el sistema»²⁶.

En esos años de la transición política y la «movida», el «chocolate» y la «maría» interesaban a una población heterogénea. Por un lado, en el creciente sector de heroinómanos el hachís era una droga de consumo diario, integrada en patrones complejos de policonsumo de muchas drogas legales e ilegales. Por ejemplo, a una dosis de heroína seguía muy a menudo el fumarse un «porro». En el otro extremo, había muchos usuarios ocasio-

nales que hacían un uso moderado, festivo y social de esta droga. Entre ambos extremos, las formas de utilizar «los porros» eran variopintas.

En los primeros ochenta pudo alcanzarse el punto álgido en ese primer ciclo de ascenso en el consumo de cánnabis en España. En el resumen de resultados de una encuesta nacional sobre el uso de drogas, los técnicos del CIS concluían en 1985 que «más de cuatro millones de españoles mayores de 15 años han probado *alguna vez* algún derivado de la cánnabis. De ellos más de un millón lo ha consumido en el último mes, y casi un cuarto lo ha hecho diez veces o más en ese período»³². El perfil del consumidor de cánnabis era entonces el de un «varón joven, menor de 25 años, con un nivel de estudios medio e ideológicamente situado a la izquierda», que empezaba a fumar, por término medio, a los 17 años. Sin embargo, los resultados delataban la heterogeneidad de las poblaciones interesadas en esos consumos. Por ejemplo, cuando se tenía en cuenta el nivel educativo de los usuarios se apreciaba que el 73% de las personas que habían fumado derivados cánnabicos en el último mes tenían estudios medios o superiores. Por el contrario, entre los «adictos -consumidores intensivos que han consumido más de diez veces en el último mes-», el 49% sólo tenían estudios primarios»³².

En esos años posteriores a la discriminación formal del consumo y la separación legal entre drogas más o menos peligrosas para la salud (algunas de las «reformas Ledesma» de 1983), la presión internacional



sobre España era muy intensa por su supuesta permisividad con el consumo de drogas¹³. Además, la proximidad a Marruecos, donde el kifí y el hachís son productos tradicionales, facilitaban el abastecimiento para el mercado español. «Bajarse al moro», un viaje a Ceuta, Melilla, Tánger o Ketama se convirtieron en oportunidades económicas y hasta en ritos de paso para un amplio sector de jóvenes que traían «chocolate» en sus ropas o en el interior de sus cuerpos. La comedia del mismo título y la película posterior tuvieron un gran éxito de taquilla y reflejan cómo se fue educando al público español en los detalles de este mercado.

Sin embargo, en la segunda mitad de los 80 parece haber disminuido el consumo de hachís y marihuana, al tiempo que la crisis de la heroína mostraba su más terrible rostro y el problema social «de las drogas» en España alcanzaba su máximo impacto sociopolítico. En 1993, en su sistemático repaso de la evidencia disponible sobre el consumo de drogas ilegales, Gregorio Barrio y sus colaboradores concluían que los datos indicaban una disminución generalizada del consumo de cánnabis en los 80, «entre la población general... entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de opioides o cocaína, y posiblemente también entre los estudiantes de bachillerato y formación profesional. El descenso del consumo no se ha acompañado de un descenso paralelo de la disponibilidad»²⁹.

De otro lado, el uso de hachís o marihuana provocaba una porción ínfima de las demandas de tratamiento en un momento de

crecimiento de las demandas por adicción a heroína y otros opiáceos. Así, en Cataluña, «durante el primer trimestre de 1991, esta droga sólo motivaba el 1,2% de las admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de drogas (incluido el alcohol)»²⁹. La heroína provocada entre cuarenta y setenta veces más demanda de atención y tratamiento en una población mucho menor de usuarios.

El consumo de hachís y «maría» pudo verse afectado por la crisis de la heroína, primero porque muchos de los consumidores más intensivos eran heroínómanos (y heroínómanas), muchos de ellos comenzaron programas de tratamiento y abstinencia. Además, la imagen de estas drogas puede haberse deteriorado junto con el del consumo de drogas en general, reduciéndose en parte su atractivo y aumentando la sensación de riesgo que se asociaba en general con «drogarse».

La expansión de los 90

Esta tendencia parece haberse invertido en la segunda mitad de los 90 cuando el consumo de cánnabis, a juzgar por los datos disponibles, parece haber crecido constantemente entre los adolescentes y los jóvenes adultos. Como se aprecia en las tablas 1 y 2, el número de los españoles que prueban estas drogas y de los que las consumen regularmente no ha dejado de aumentar en la última década. En el año 2001 podía estimarse que más de 1,5 millones de españoles con-



TABLA 1. Consumo de cánnabis en España. Porcentaje de personas que han probado alguna vez y que han consumido en los últimos 30 días (1995-2001)

Edades	Alguna vez				Últimos 30 días			
	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001
15-19	16,1	22,9	21,3	28,9	5,6	7,6	7,9	13,4
20-24	26,8	36,1	32,4	40,1	7,6	10,5	11,5	13,0
25-29	26,4	36,8	29,6	37,8	5,5	7,8	6,4	11,9
30-34	20,0	31,6	29,2	32,0	4,1	3,4	4,9	7,1
35-39	16,7	29,5	25,7	27,9	2,8	2,0	2,4	4,5
40-64	2,6	8,9	8,5	12,1	0,2	0,8	0,9	1,7
15-64	13,5	21,7	19,5	24,4	3,1	4,0	4,2	6,5

Fuente: Sistema de encuestas domiciliarias, España, 1995-2001. DGPND (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). Observatorio Español sobre Drogas (OED) 2003, p 32.

sumían cánnabis con cierta regularidad, un 6,5% de los adultos. Esta tendencia parece seguir en aumento y en el sondeo realizado en 2003 la proporción rebasaba ya el 11 por ciento³³.

La edad del primer contacto con el cánnabis se ha ido reduciendo, pasando de los 17 o 18 años, edad media a la que solían iniciarse los jóvenes en los 80, a los 14 o 15 años, edad en la que los adolescentes de hoy suelen fumar su primer porro. Esto puede ser un índice más del proceso de aceptación, legitimación y normalización del consumo de cáñamo y parece también un indicador preocupante del fracaso de los esfuerzos pretendidamente «preventivos» de las últimas décadas en los que tantos recursos se han invertido.

En las generaciones nacidas en los 80, además, las chicas se están iniciando a la par que sus compañeros. Así, en la encuesta

escolar del año 2000, la edad de inicio en el uso de derivados de cánnabis fue de 14,7 años para los chicos y de 14,9 para las chicas. Véase que en el 2000 casi el 30% de las escolares de secundaria habían fumado porros³⁴. Una gran parte del aumento en el consumo de cánnabis deriva del incremento del consumo femenino, otro índice de la normalización en el uso de esta droga.

Un clima más adverso: castigo de la posesión para el consumo

Curiosamente, el aumento del consumo se ha producido en un clima más adverso para los consumidores. Desde la promulgación de la Ley de Seguridad Ciudadana en 1992, popularmente conocida como «Ley Corcuera», se han iniciado más de medio millón de expedientes sancionadores contra



USO DE DROGAS Y DROGODEPENDENCIAS

TABLA 2. Porcentaje de escolares de enseñanzas medias que han consumido derivados del cánnabis en España (N: alrededor de 20.000)

	Han probado				Últimos doce meses			
	1994	1996	1998	2000	1994	1996	1998	2000
Sexo								
Varón	23,7	28,5	30,8	33,5	21,0	25,9	27,7	29,8
Mujer	18,0	23,6	26,4	29,0	15,3	20,7	22,8	24,5
Edades								
14 años	5,9	9,0	12,6	11,9	5,1	8,3	11,2	10,4
15 años	15,1	19,4	22,9	24,8	13,4	17,3	20,9	21,7
16 años	23,7	29,5	34,5	34,3	20,9	26,7	30,9	30,5
17 años	31,0	35,3	41,2	43,2	27,2	31,3	36,6	37,5
18 años	40,6	47,2	49,7	54,1	33,8	40,3	40,6	44,3
Total	20,8	26,0	28,5	31,2	18,1	23,2	25,1	27,1

Fuente: Encuestas Escolares DGPN (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) 1994-2000, OED 2002, p. 26.

personas que llevaban encima pequeñas cantidades de drogas, en la mayoría de los casos hachís o marihuana. Muchos de los individuos sancionados se han visto obligados a iniciar tratamientos contra su pretendida dependencia a estas drogas para que les fuera retirada la multa. Esto ha hecho aumentar artificialmente el número de demandas de asistencia por consumo de cánnabis, lo que supone una distorsión y hasta una burla para el sistema subvencionado de atención a las drogodependencias.

Además, ese hostigamiento de los consumidores ha vuelto a dotar al consumo de cánnabis de un carácter de rebeldía y transgresión, justo cuando se alcanzaban máximos en su disponibilidad y aceptación social. Esta contradicción ha favorecido la extensión

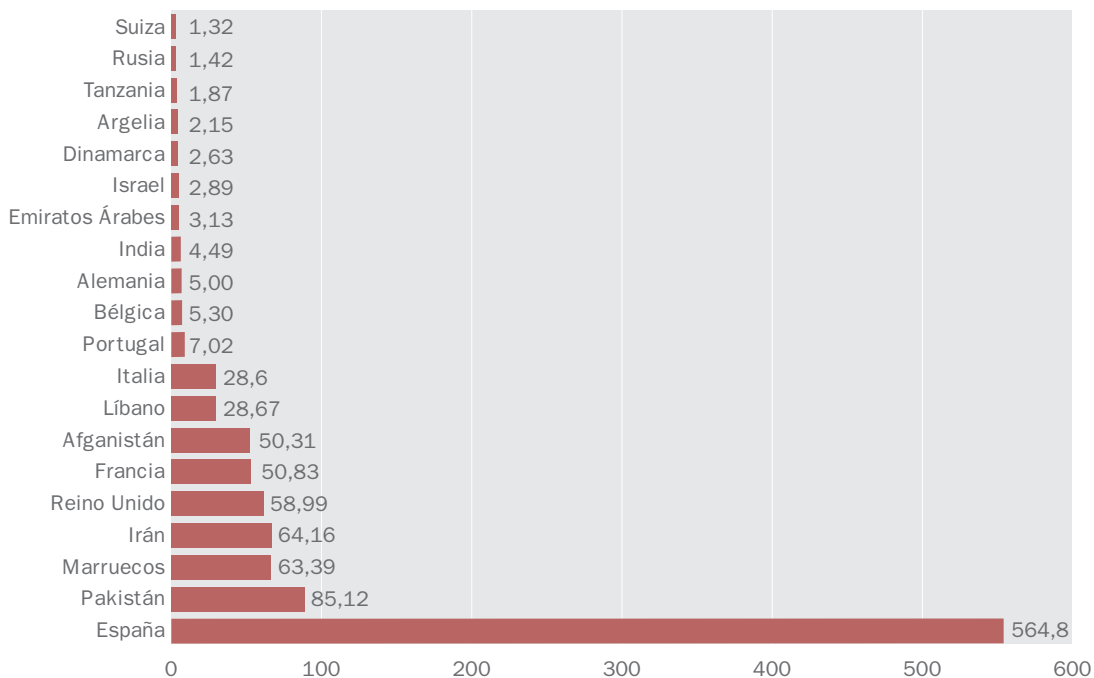
de la militancia en un nuevo movimiento social favorable al cáñamo.

El mercado de hachís más grande del mundo

El mercado de cánnabis en España ha alcanzado unas dimensiones espectaculares que no pueden explicarse sólo por el aumento del consumo local. Por nuestro país pasa hoy la mayor parte del hachís mundial, del que Marruecos se ha convertido en principal productor. Desde 1998 en España se ha venido confiscando más de medio millón de kilos de resina cada año, la mitad de todo lo que se confisca en el mundo (fig. 1)⁴. Las autoridades policiales y judiciales españolas



FIGURA 1. Confiscaciones de resina de cánnabis (hachís) en el mundo en el año 2002. Toneladas.



Fuente: World Drug Report 2004, pag.131.

tienen más trabajo a este respecto que ninguna otra de semejante tamaño^{1,35}.

Las confiscaciones de cánnabis comenzaron a dispararse en la segunda mitad de los 80 y en 1991, cuando superaron los cien mil kilos. Las confiscaciones han aumentado en todos los niveles, desde los eslabones menores del tráfico a los grandes grupos que mueven toneladas³⁵. El número de las personas arrestadas por tráfico de cánnabis, sin contar los sancionados por posesión pública de pequeñas cantidades, ha aumentado también

de forma constante, lo que muestra que cientos de miles de personas han participado en este comercio en España^{33,35}.

Un estudio de la UNDOC estimaba en el 2003 que en la zona del Rif, en Marruecos, se dedicaban unas 136.000 hectáreas al cultivo de cánnabis, del que vivían unas 96.000 familias. El potencial productivo se cifraba en unas 3.080 toneladas de resina, equivalentes a unas 47.000 toneladas de materia vegetal^{1,2}. El mercado marroquí del cánnabis ha desarrollado, por tanto, economías de es-



cala y provee a Europa de un producto barato, asequible y estandarizado. No es de extrañar que los precios se hayan mantenido más o menos estables en los últimos 15 años, lo que supone una caída notable en términos reales. En el verano del 2002 el gramo de hachís oscilaba en la calle entre los 3 y los 5 euros, menos de 1 euro por porro. Para un usuario regular que consuma unos dos porros diarios, esto supone entre 50 y 100 euros al mes, o un gasto equivalente o menor al que muchos fumadores hacen en tabaco¹⁴.

La normalización del uso de una droga ilegal

En suma, en España, como en otras sociedades industriales y postindustriales, el consumo de cánnabis se ha normalizado, se ha convertido en una tradición, una costumbre «normal» y aceptable. Esta «normalización» no es sólo cuestión de un aumento de la oferta, de la disponibilidad y ni siquiera del consumo, sino que es, sobre todo, un cambio en las normas que regulan esas conductas y, por tanto, en los valores y significados que predominan.

La normalización tiene un sentido estadístico y otro moral. Describe una conducta que es cada vez más común y reiterada, pero también que resulta más congruente con las normas imperantes. Aunque no tiene la aceptación de otras conductas que se han normalizado en la segunda mitad del siglo XX, como el llevar pantalones o fumar cigarrillos

por parte de las mujeres o las relaciones sexuales pre o extramatrimoniales, fumar porros no es ya una conducta minoritaria, ni desviada per se: puede resultar inmoral o desviada según las circunstancias en que se produzca y los propósitos que la animen. Pero en bastantes grupos y redes sociales es una conducta que se espera de los actores participantes. Esta extensión y normalización del consumo de cánnabis en amplios sectores juveniles indica importantes cambios en el «significado» del uso de drogas ilegales entre los jóvenes y el difuminado de ciertas diferencias de género y de clase social. El consumo de cánnabis no se percibe como más peligroso³⁶, no tiene ni mucho menos las connotaciones negativas, incluso el estigma, que tuvo hace unas décadas.

Hay, además, un tercer sentido en el que el consumo de cánnabis ha devenido algo normal. Como dice uno de nuestros informantes, fumar «costo» o «maría» es hoy «una cosa normalita», que puede hacerse compatible con las demandas cotidianas del trabajo, las relaciones sociales, la familia y que puede usarse sin estado de excepción y de forma permanente. Se parecería así al consumo de cigarrillos o al de bebidas alcohólicas más que al de otras drogas ilegales. Naturalmente, eso supone cumplir unas normas respecto a cómo, cuándo, cuánto, con quién se consume. Está regimentado horaria y contextualmente. Es decir, el consumo se ha regulado de forma intrínseca, mediante presiones y controles sociales y personales de tipo informal y horizontal, esto es, no jerárquicas.



Algunos elementos de la *cultura cannábica* en España

Usuarios: quién fuma

Los derivados del cánnabis interesan a un sector importante de la población. Y este amplio interés deriva en una variedad de patrones de consumo. Así, hoy son ya mayoría los jóvenes españoles que han probado esta droga, pero son muchos menos los que perseveran en el consumo y menos aún los que consumen de forma regular durante años.

El mayor porcentaje de usuarios y usuarias se concentra entre los 20 y 24 años de edad, seguido de los adolescentes y de los jóvenes adultos de entre 25 y 30 años. Pero hoy fuman cánnabis regularmente personas de tres generaciones, nacidas entre 1945 y 1990, es decir, abuelos, padres e hijos^{14,33}. Como suele ocurrir, el liderazgo ideológico, institucional y crecientemente económico en esta subcultura está en manos de gentes en la treintena y la cuarentena, pero los usuarios regulares e intensivos se inician casi siempre en la adolescencia, entre los 14 y los 18 años³⁴. Éste es un importante desfase al que atender en cualquier política pública y del que debe también ser consciente cualquier defensor de la cultura del cánnabis con sentido de responsabilidad, por mucho que caracterice también al tabaco y al alcohol.

Por otro lado, esta droga es utilizada crecientemente por las mujeres, aunque, en general, desarrollan patrones de consumo menos intensivos tanto en la frecuencia como en las dosis empleadas o los patrones de poli-

consumo. Las mujeres usualmente muestran índices de consumo menos regular y que abandonan antes.

Una gran parte de los fumadores de cánnabis consume bebidas alcohólicas; tres cuartos fuma tabaco diariamente, y es muy común mezclar con cocaína y, en segundo nivel, como éxtasis, LSD, *speed*, drogas de la «fiesta».

En la mayoría de los casos el cánnabis se mezcla con tabaco. A veces ésa es una combinación secundaria y no deseada para los aficionados cannábicos. Simplemente, el tabaco industrial arde mejor y más regularmente y ayuda a quemar la marihuana o el hachís. En muchos casos, sin embargo, los usuarios son fumadores regulares de ambas sustancias. La siguiente combinación más usual es con alcohol. De hecho, la mayoría de los «fumetas» combina en Occidente alcohol y cánnabis de forma que supone una importante variación de las tradicionales formas de consumo hindú o musulmana. Con otras drogas ilegales, la combinación es menos frecuente; destaca el consumo combinado con cocaína y, en segundo lugar, con drogas de síntesis y, esporádicamente, con LSD¹⁴.

En suma, hay una gran variedad de formas de uso y de usuarios. Algunos muy ocasionales, otros diarios. Algunos consumen pocas drogas además de cánnabis, unos sólo tabaco y alcohol, y otros muchas o todas las disponibles. El policonsumo es un elemento crucial de los usos problemáticos de drogas, por lo que aquellos que muestran un uso más perjudicial de cánnabis con gran fre-



cuencia son también usuarios intensivos de tabaco, cocaína, derivados anfetamínicos e incluso heroína.

No se puede asociar hoy el consumo de cánnabis con la «marginación» social, cualquiera que sea el sentido que demos a ese término metafóricamente tan feliz pero analíticamente vacío. La gran mayoría de usuarios de cánnabis no son «marginados», no se encuentran excluidos de los procesos de la formación educativa, el empleo o la participación política, cultural o comunitaria. De hecho, el consumo de cánnabis es alto entre los y las estudiantes y suele aumentar en los primeros años de vida universitaria.

Tampoco tiene mucho sentido pensar en los que toman cánnabis como enfermos, siendo el consumo parte de su «enfermedad». Hoy el modo dominante de la experiencia del consumo de drogas es la del consumidor que utiliza un producto del que quiere obtener un rendimiento. Sólo en una porción de casos se puede usar un modelo de automedicación en relación a los consumos de drogas más comunes. El modo dominante de experiencia de consumo de drogas ilegales es el del entretenimiento, como ir al cine, salir de copas, acudir a un concierto, ver videoclips...

En ciertos sentidos, las decisiones se toman con criterios de racionalidad, por mucho que, como en otros aspectos del consumo de masas, haya elementos preferenciales que vienen determinados por prejuicios, estereotipos y específicas tradiciones culturales o subculturales de lo que «vale» o «no vale», lo que es bueno o no lo es, lo que resulta más o

menos peligroso. También por la publicidad engañosa y la propaganda, e incluso por el fraude. Todos estos factores imponen limitaciones al conocimiento con que se toman las decisiones; pero no de forma tan diferente a lo que ocurre en otros consumos y otros consumidores.

Es verdad que el cánnabis, como el tabaco o el alcohol, es una mercancía especial, que se usa para alterar la conciencia y el sistema nervioso, buscando el bienestar. Y que la barrera entre disfrute, alivio y automedicación es difusa. Además, es una sustancia prohibida. Y cuando se producen procesos de habituación, el carácter del consumo se transforma. Pero la medicalización de amplios patrones de consumo no supone un avance en la comprensión de estos procesos sociales; al contrario, a menudo supone una forma inadecuada de reduccionismo.

Inicio más fácil

El primer contacto con el cánnabis se produce en España mayormente en ambientes públicos y en compañía de amigos. El carácter social del inicio en este consumo es una constante internacional³⁷. Lo que destaca en nuestro país, sin embargo, es que casi la mitad de los sujetos se iniciaron en el consumo en plazas, parques, portales y otros enclaves del barrio de carácter público y abierto; más recientemente, en el polifacético y multitudinario entorno del «botellón». Este carácter de inicio «al aire libre» resulta peculiarmente castizo. Y es que la experi-



mentación con el cánnabis está cada vez más relacionada con el uso precoz y excesivo de alcohol, generalmente en fines de semana y en ámbitos públicos. Otro sector de entrevistados se inició en el patio del colegio o instituto. Unos pocos se acercaron por primera vez a esta droga en lugares de ocio nocturno como *pubs*, discotecas o bares⁵. Los restantes consumidores y consumidoras se iniciaron en lugares tan diversos como la playa, residencias de estudiantes, domicilios de amigos, fiestas y ferias y locales de juegos recreativos (lo que antes fueron «futbolines») y billares¹⁴.

Para empezar, hoy es más fácil aprender a fumar y a disfrutar de un porro. Abundan mucho más los guías y maestros y los modelos asequibles para iniciarse. El inicio en el consumo de cánnabis es casi siempre un fenómeno social e incluso colectivo, en el que la presencia de otros es crucial para hacerse con la sustancia, prepararla y fumarla. También es esencial la presencia de los demás para la interpretación de los efectos que produce la droga, su modulación y significación. Esto es algo común en las subculturas del cánnabis de Occidente y fue magistralmente descrito por Howard Becker¹⁹ en los años 50. Sin embargo, observamos que la proliferación y legitimación del consumo ha ampliado las fuentes de información, y los neófitos suelen partir ya con modelos culturales y guiones («scripts») sobre cómo adquirir, prepararse, fumar e incluso interpretar los efectos que abundan a su alrededor y son asequibles y adecuados a su experiencia y nivel de conocimientos.

El porro: elemento central de una cultura material

Fumar es hoy la forma más eficaz de consumir derivados del cánnabis y de experimentar rápidamente sus efectos psicoactivos. El «porro», «peta», «petardo», «canuto», «joint» o cigarrillo de marihuana o de hachís es la preparación preferida de uso en España y en Occidente para fumar derivados de cánnabis. Se trata de un producto hecho a mano y hay una gran variación en su contenido de principios activos. Un porro suele contener una cantidad variable de marihuana o hachís, generalmente mezclados con tabaco. En nuestro trabajo de campo encontramos que un porro normal de hachís viene conteniendo entre 200 y 300 mg de resina. Dicho de otra manera, con un gramo suelen hacerse entre tres y cinco «petas». El cigarrillo de marihuana suele contener entre medio gramo y un gramo de marihuana, a veces mezclada con tabaco para que arda más regularmente. Cuando son muy grandes, por ejemplo, los llamados «trompetas» o «dobles eles», esas cantidades aumentan.

La creciente complejidad y riqueza de la tradición cannábica se aprecia además en la gran variedad de formas de consumo que se van extendiendo en los últimos tiempos en las que se funden tradiciones seculares de culturas árabes, hindúes, jamaicanas, etc. Es relativamente común en algunos sectores fumar en narguiles, chillums, melones o sandías vaciadas, o de otras frutas, a través de botellas o cubos, y también en forma de alimentos como pasteles, mantequillas o bebidas cannábicas^{3,14}.



En todos los casos, el contenido de principio activo varía mucho según la pureza del derivado y la forma de preparar el porro. Suponiendo un pitillo de marihuana de un gramo que contenga un 4% de THC (tetrahidrocannabinol)⁶, estaríamos hablando de una dosis en torno a 40 mg de principio activo, parecida a la que contendría un porro de un tercio de gramo de hachís con una potencia del 12% de THC. Usualmente, una porción de hachís equivale a tres o cuatro de marihuana. Pero la selección de semillas y especies, la mejor conservación de la marihuana de cultivo propio y la búsqueda de variedades de más alto contenido en THC está trastocando esta relación para la hierba que procede del cultivo casero³⁸.

La cantidad finalmente absorbida es muy variable según la forma en que se fume, la experiencia del fumador, el tiempo que el humo se mantiene en los pulmones y las personas que dan caladas al mismo peta. Primero, sólo una parte del THC está presente en el humo que se inhala, generalmente entre un cuarto y la mitad, según la pericia y el interés del fumador. Y la cantidad de THC que pasa del humo inhalado al plasma sanguíneo también varía muchísimo. Según los detallados estudios de Pérez Reyes esa «bioabsorción» suele estar en torno al 14% de media, y varía muchísimo, entre el 2 y el 35 por ciento³⁹. En suma, la cantidad de THC que acaba en la sangre del que se fuma un porro típico suele estar entre los 0,4 y los 10 miligramos⁴⁰.

Saber fumar y querer obtener el máximo efecto son, por tanto, elementos que pueden hacer variar notablemente una experiencia

que en principio parece unívoca. Y hay que aprender a fumar y a disfrutar haciéndolo.

Con quién se fuma

Sobre todo con amigos y colegas. Los usuarios ocasionales, que suelen hacer un uso social y festivo del hachís o la maría, fuman muy a menudo el mismo porro, que va pasando de mano en mano. También se fuma con una amplia red de conocidos, lo que manifiesta el carácter marcadamente social de esta sustancia y también la normalización de su consumo. Y es que prácticamente se puede compartir un porro con cualquiera; no es necesario tener una relación de amistad estrecha. La pareja afectiva y sexual es también importante en el consumo de cánnabis.

Con la edad, el consumo se hace más solitario. Los usuarios y usuarias más experimentados fuman solos con más frecuencia. A la vez, el nivel de abandono es mayor en aquellos usuarios y usuarias que tienen un uso social. Los hombres fuman porros con más frecuencia solos y en compañía de sus vecinos o gente del barrio; en cambio las mujeres suelen hacerlo más a menudo con su pareja y sus familiares¹⁴.

¿Por qué se fuma? ¿Qué se busca en esta droga?

La cualidad que destacan más los usuarios y usuarias de cánnabis son sus propie-



dades calmantes y relajantes. Los usuarios más expertos utilizan el cánnabis como un instrumento de relajación para combatir el estrés, reducir la ansiedad, incluso para conciliar el sueño, es decir, como sedante, ansiolítico e hipnótico. Además, esa relajación suele vivirse como placentera y alegre y producir sentimientos de bienestar, alegría y sociabilidad¹⁴.

Otra gran virtud de esta droga para sus devotos es la comunicación y la sociabilidad que genera o potencia su utilización. Por otro lado, también destacan su dimensión lúdica, en especial para disfrutar del cine y la música, ya que el cánnabis parece amplificar la percepción de los sentidos y provocar ciertas alteraciones del sentido del tiempo.

El olor y el sabor de los productos del cáñamo y de su humo son, para bastantes consumidores, uno de sus grandes atractivos. Puede ser un gusto adquirido y desarrollado por procesos de condicionamiento clásico u operante, pero resulta un motivo poco conocido fuera de esta subcultura.

Por último, un número importante de usuarios experimentados declara que a menudo fuman porros para combatir el aburrimiento. Es decir, el mero hecho de llenar el tiempo, de dotarlo de sentido y estructurarlo es un motivo para fumar una droga que se ha convertido en un recurso recreativo, lúdico, ya tradicional para amplios sectores de nuestra juventud¹⁴.

Los motivos terapéuticos directos no tienen mucho peso entre la mayoría de los usuarios expertos que hemos estudiado, a pesar de la importancia que conceden ideológicamente

a las propiedades curativas del cánnabis. Sólo unos pocos afirman que su consumo de cánnabis es importante para aliviar o tratar ciertas enfermedades, síntomas o dolencias. Muchos usos, sin embargo, podrían tener un cierto carácter de automedicación psíquica, como ansiolítico o tranquilizante, y hasta hipnótico.

Estos motivos resultan comunes en la experiencia universal del cánnabis y son coherentes con su farmacología. Hall y Solowij, en su repaso de los efectos del cánnabis, relatan que esta droga «produce euforia y relajación, alteraciones perceptivas, distorsión temporal y la intensificación de experiencias sensoriales normales como las de comer, ver películas u oír música»⁸.

Efectos desagradables y adversos

Los usuarios experimentados señalan también bastantes efectos adversos y negativos derivados del consumo de estas drogas¹⁴. La principal es la apatía, pasividad y pereza que les provoca fumar, sobre todo tras un consumo intenso o prolongado. En gran manera estos inconvenientes son el reverso de los efectos relajantes que destacan como más favorables.

Otra desventaja muy citada es la pérdida de memoria que se manifiesta en olvidos, despistes, incapacidad para recordar cosas, relacionar ideas, etc. Otra faceta negativa, y en cierto modo contradictoria con una de las ventajas más citadas del cánnabis, es el aislamiento e incomunicación que los sujetos



asocian a su consumo o al de sus amigos o seres queridos, especialmente cuando consumen de manera regular e intensiva.

Abundan también las respuestas que resaltan como inconvenientes esos síntomas que casi todos los usuarios conocen y que incluyen numerosos efectos indeseados como mareos, náuseas, vómitos, frío y que muchos entienden como asociados a las caídas de la presión arterial y que se manifiesta al ponerse de pie. Se señalan también muy frecuentemente molestias y dolencias de garganta, bronquios y pulmones, sobre todo en los fumadores más regulares¹⁴.

También son bastante comunes las descripciones de pérdida de control sobre el consumo e incluso de cierta dependencia multiforme. Muchos consumidores se han sentido habituados al consumo de cánnabis y describen bastantes de los elementos de la dependencia a cánnabis que se describen en la literatura científica, como la tolerancia a dosis mayores de esta droga, las dificultades para reducir o abandonar el consumo, y el dedicar más tiempo del deseado a buscar y consumir esta droga^{22,41,42}. También se conocen casos de grandes «colocones», con distorsiones perceptivas e incluso alteraciones psiquiátricas. Estos casos pueden llegar a producir respuestas psicóticas en personas especialmente vulnerables^{8,22}.

En la tradición cannábica, por tanto, prevalece una visión compleja de esta droga y de sus efectos, en la que se destacan los aspectos favorables de la droga; para muchos es «la mejor droga» disponible. Esto no impide, sin embargo, que se conozcan también

bastantes de los inconvenientes, desventajas y riesgos que entraña su consumo, sobre todo cuando es excesivo o descontrolado, aunque puedan minimizarse o ignorarse por muchos individuos afectados.

Usos terapéuticos

Los usos terapéuticos y paliativos son de gran importancia en la cultura cannábica como justificación y legitimación del consumo. Aunque no suponen un motivo frecuente para fumar en la mayoría de los usuarios experimentados, dotan al consumo de un significado que no tiene ninguna otra droga, con la excepción, quizá, del uso moderado de vino^{1,10}. Muchos usos, sin embargo, podrían tener un cierto carácter de automedicación, usando el cánnabis como ansiolítico o tranquilizante, en la misma línea de los pocos casos que dicen haber hecho un uso terapéutico para aliviar «la tensión» o «los nervios» y los que fuman para vencer el insomnio. En muchos de estos casos es palpable que esta droga se usa en apoyo a la adaptación diaria, para aliviar tensión y sufrimiento cotidianos y, en definitiva, para vivir mejor. Y en una sociedad en la que el duelo, la pena, la tensión y la ansiedad están crecientemente medicalizadas, es difícil no ver el aspecto paliativo de una droga que se utiliza para mitigar esas condiciones de forma diaria y no muy distinta a la de fármacos de prescripción médica. En este sentido, es paradójico el contraste entre el reducido uso del cánnabis como antiemético, analgésico o anticaquético-



co que hacen sus principales usuarios y su predominio como ansiolítico, euforizante y tranquilizante rutinario¹⁴, un ámbito terapéutico menos defendido⁷.

Usuarios dependientes: ¿Engancha el cánnabis?

En la última década se han venido acumulando las evidencias psicosociales y clínicas que indican que el consumo prolongado de cánnabis puede producir ciertas formas de habituación y que la dependencia al cánnabis es un fenómeno relativamente común. Los estudios sobre usuarios diarios de esta droga revelan que bastantes usuarios intensivos tienen ciertas dificultades para abandonar el consumo y mantener su abstinencia^{22,41,42}. La investigación básica ha descubierto un sistema neurobiológico específico que reacciona a la acción de los cannabinoides y se han descrito síntomas de abstinencia propios del consumo prolongado de cánnabis²².

En España hay pocos datos respecto a la dependencia al cánnabis. En nuestro estudio, de 204 usuarios y usuarias expertos en estos consumos, dos de cada tres reconocían haber experimentado alguno de los síntomas que en el DSM IV se asociaban con la dependencia a estas drogas, aunque sólo un 9% reconocía más de tres de tales criterios, lo que correspondería a situaciones de dependencia al cánnabis («dependencia no física») de acuerdo con definiciones psiquiátricas estandarizadas¹⁴. Curiosamente, ese porcentaje es muy semejante al que encontraron Kleiber

y sus colaboradores en el estudio longitudinal que llevaron a cabo en Alemania entre 1992 y 1996, en el que encontraron que entre el 9 y el 9,5% cumplía los criterios de dependencia actualizados⁴⁴. Por tanto, la dependencia al cánnabis es un hecho innegable en una porción de usuarios que pasan una gran parte de sus días «colgados» y desarrollan una intensa necesidad psicológica de consumir diariamente.

El desarrollo de dependencia a cánnabis ha sido asociado con un incremento de síntomas psicóticos y otros problemas cognitivos y emocionales. Pero «la sintomatología de la dependencia al cánnabis permanece mal definida y su importancia sigue siendo controvertida»^{22,41}. Además, la mayoría de los usuarios problemáticos de estas drogas son policonsumidores y los síntomas de su consumo excesivo de cánnabis se ven complicados y agravados por los consumos de otras drogas^{14,22, 43}.

Lugares, tiempos, ambientes de consumo

El consumo de cánnabis está muy unido a eventos de celebración y contextos de diversión, como lo son las fiestas y los conciertos. También las salidas de fin de semana. El porro se ha convertido en un importante recurso recreativo, casi tanto como el alcohol, para muchos grupos juveniles.

La calle en sentido amplio, las calles, plazas, parques, esquinas, etc., son un lugar central del consumo de cáñamo en España, que tiene un carácter público e incluso calle-



jero. La mayoría de estos consumos en la vía pública suele producirse en reuniones de amigos en la plaza o el «botellón». Esto es especialmente común entre los consumidores más jóvenes, quienes no suelen disponer de otros lugares para fumar «petas». La ebriedad en público supone un cambio importante en la cultura española que tradicionalmente rechazaba la embriaguez como algo indigno de un hombre adulto e impensable en una mujer que se «preciara» de honesta.

Muchos usuarios fuman también en su propia casa o en la de amigos. Hay algunos usuarios experimentados que suelen fumar casi siempre que están en casa, algo así como tomar té o café.

En el consumo de cánnabis se produce una maduración de los contextos y lugares de consumo habitual, que indican una emancipación y autonomía adulta. Entre los más jóvenes es muy común fumar en la calle; conforme aumenta la edad, el cánnabis se fuma más en el propio domicilio.

Saberes, rutinas, conceptos

El uso de cánnabis está sustentado en una serie de saberes y esquemas cognitivos que debe de conocer un consumidor o grupo de consumidores cuando quiere conseguir y consumir algún derivado del cánnabis. Dicho de otra manera, se trata de las normas, saberes y habilidades que debe de aprender un neófito para llegar a ser y comportarse como un experto consumidor o consumidora y ser tenido por tal.

Un esquema cognitivo muy común que sirve de «script» o guión del consumo requiere varias etapas diferenciadas. Las principales constituyen la secuencia de «pillar, liar, fumar... colocarse y pasar...» Hasta volver a desear iniciar este ciclo, que puede ser a las pocas horas, o días... Para cada una hay que aprender un conjunto de técnicas y conocimientos, a más de aceptar objetivos para la acción. Muchos consumidores realizan estas rutinas de pillar y fumar en grupo, aplicando normas, saberes y esquemas cognoscitivos y de comportamiento que son compartidos y transmitidos a través de redes de consumidores. Se trata no sólo de saber qué hacer, sino también de saber cómo hacerlo.

Los consumidores de cánnabis disponen de tres modos principales para conseguir o adquirir derivados de cáñamo. Comprarlos en el mercado ilegal, acudiendo directamente a vendedores o a intermediarios; cultivando ellos mismos las plantas de marihuana; y tercero, siendo invitados por otros consumidores. La mayoría de los usuarios entrevistados suele comprar hachís, polen y, en menor medida, marihuana en el mercado ilegal. Para los sujetos entrevistados, aprender a «pillar» o «ir a pillar» no es muy complicado dada la enorme disponibilidad de esta droga en todas las ciudades y muchos pueblos andaluces y españoles. Además, los propios consumidores se intercambian información y contactos para obtener productos de mejor calidad y precio. Con la experiencia aprenden dónde y a quién comprar y también a minimizar los riesgos. Por otra



parte, muchos consumidores, sobre todo ocasionales, no suelen comprar ni cultivar esta sustancia, sino que son invitados por otros consumidores más habituales. La costumbre de la invitación está fuertemente arraigada en la cultura del cánnabis. El intercambio recíproco o la invitación suele producirse en contextos de consumo colectivo y en un ambiente ocioso y recreativo, en el que la regla es fumar el cánnabis en común, pasando o circulando los porros entre todos los presentes.

Después de saber «pillar», los neófitos tienen que aprender a liar un porro y, sobre todo, a fumarlo. En primer lugar, las técnicas de inhalación del humo del porro difieren de las del cigarrillo. El tiempo que se tarda es mayor y las caladas deben ser más profundas y largas. Los «fumetas» suelen aspirar lentamente el humo del cánnabis y retenerlo durante más tiempo en los pulmones para sentir sus efectos con mayor intensidad. Y el porro artesanal no suele arder con la constancia y regularidad que un cigarrillo industrial. Por eso se le añade, incluso a la marihuana, tabaco.

Sin embargo, en esta subcultura no basta con saber liar y dar caladas a un porro; es básico saber qué hacer cuando un grupo de personas está consumiendo cánnabis y cómo se fuma grupalmente. En el consumo colectivo de hachís y marihuana existe un conjunto de normas compartidas que han de cumplirse si un consumidor o consumidora no quiere ser mal visto por el resto del grupo. El eje normativo de la cultura del cánnabis que regula las interacciones sociales de los consu-

midores concurrentes en una sesión se materializa en una serie de prácticas conocidas y compartidas por los consumidores de cánnabis: por ejemplo, pasar y compartir el porro con el resto de los presentes en la reunión, regalar papel de liar o cigarrillos a quien lo necesita, invitar a marihuana o a hachís, etc., pero que quieren, en muchas ocasiones, ser algo más, un afán comunitario y solidario con el gusto por el cáñamo como vínculo. Además, en la raíz de la norma subyace cierta universalidad: se pretende aplicarla tanto a conocidos como a desconocidos unidos, literalmente, por el «porro». Se aprecia, por tanto, en muchos consumidores de cánnabis un deseo de pertenecer y aceptar un lazo social derivado de su visión de estos consumos psicoactivos y sus significados, una especie de solidaridad más o menos difusa y perecedera y una complicidad gratificante e inclusiva.

Cultura hablada: los términos de la cultura cannábica

La riqueza de la tradición cannábica se refleja en el lenguaje con que se describen los elementos centrales de esta subcultura. Este glosario propio ampliamente compartido por los consumidores de cánnabis, aunque obviamente con sus especificidades locales y grupales, se ha ido configurando a lo largo de más de cinco décadas y está en continua ampliación. Algunos de estos términos como «petardo», «rama», «sudada» o «muermo» o «amuermao» provienen de los años 40 y 50



y otros como «mierda», «yerba» o «chocolate», se popularizaron a partir de los 60 y 70²⁶. Otros más recientes han sido aportados por el cine, la música, o por la influencia de asociaciones de consumidores, growshops o foros de Internet.

El amplio léxico cannábico está compuesto desde los términos más técnicos que proporciona la investigación científica y que son ya moneda corriente en el universo social de los «fumetas»: «cannabinoides», «THC», etc., pasando por las formas de describir la sustancia y la parafernalia que la rodea, que suponen todo un sistema de discriminación, valoración, significación y, en suma, conocimiento. Por ejemplo, para denominar el propio producto de consumo existen múltiples términos que indican diversos aspectos desde la procedencia hasta la calidad o el tipo de efectos que provoca. En nuestro trabajo con más de doscientos consumidores, éstos se refirieron a las variedades de cannabis preferidas con más de 30 denominaciones distintas. Para hablar del hachís, emplean «chocolate», «tate», «costo», «consumao», etc., utilizando numerosos desplazamientos metafóricos y metonímicos de escenas sociales a menudo clandestinas. Las variedades de mejor calidad son las denominadas «polen», «goma», «doble cero» «chicha», «bellotas» o «huevos», «bombón», «sesada», «crema», «costo misiano», «sputnik», «golden ketama» o «rojo libanés», etc., y las de baja calidad son las llamadas «apaleao», «marino» o «placa holandesa», aludiendo a su forma de producción, o «rueda de camión» o «mierda», indicando en estos casos su adulteración.

Entre la marihuana, popularmente denominada «maría», «yerba» o «grass», los consumidores de cannabis identifican un amplio espectro de tipos y subtipos, manifestando en unos casos su origen geográfico: «colombiana», «holandesa», «mexicana», «nepalí» o «brasileña», o botánico: «indica», «sativa», «híbrida»; y en otros, sus efectos, como ocurre con la marihuana «triposa», con una marcada acción alucinógena. Este repertorio se ha visto ampliado con la introducción de nuevas variedades comerciales de marihuana, provenientes casi todas ellas de los bancos de semillas holandeses, como la «Skunk», «Superskunk», «Jack Flash», «White Widow», «White Rhino» o «Jack Herer».

Así, en la cultura del cannabis también el «porro» recibe diversas denominaciones: «petas», «petardos», «joints», «canutos», para los porros ordinarios; «bobmarleys», «bobs», «eles», «doble eles» «uves» y «doble uves», para los excepcionales por su tamaño o forma; por sus efectos, los llamados «cabezones»; y para aquellos extremadamente laboriosos, «paciencias». Los consumidores de cannabis dan también diversos nombres para la intoxicación que el cannabis provoca: «coloque», «morao»..., «ciego», «globo», refiriéndose a sus efectos desagradables y los malos viajes como «jamacuco», «amarillo» o «chungo». Existen también frases hechas compartidas por los consumidores para expresar diversas normas de etiqueta en el consumo colectivo de hachís o marihuana: «La ley de la montaña: el que lo lía le da caña»; «el porro no se pide, se pasa»; «la chusta disgusta»; «no fumar a cara perro», etc.



El aumento del cultivo casero

En parte como respuesta a la estandarización y pérdida de calidad del hachís, y sobre todo como una manera de burlar la prohibición y evitar el riesgo de registros y multas, un número creciente de usuarios y usuarias se están dedicando a cultivar sus propias plantas de marihuana y a tratarlas para su propio consumo. En la última década, el cultivo de marihuana destinado al propio consumo y al de los amigos y colegas se ha propagado rápidamente entre los consumidores españoles. En nuestro estudio encontramos que más del 40% de los usuarios y usuarias expertos entrevistados había cultivado alguna vez y el 13% fumaba sobre todo de su propia cosecha¹⁴.

En miles de casas, jardines y huertos españoles crecen plantas de marihuana que abastecen de materia para fumar a algunos de los miembros de la familia y a sus amigos. Conocemos casos de muchachos de 17 años que miman sus plantas con una dedicación y un conocimiento de sus ciclos y necesidades que sorprende a sus mayores. Pero, aunque los cultivadores son mayormente jóvenes, hay gentes de todas las edades cuidando hoy de plantas de cáñamo en España. Por ejemplo, el diario ABC daba en agosto de 2003 la noticia de la detención de un hombre de 76 años en un pueblo de Valencia por cultivar siete plantas de cáñamo en su huerto. Pesaban más de ocho kilos, según la denuncia (ABC, edición valenciana, 22/08/2003). Aunque es posible que el caso no acabase en los tribunales, el susto y la vergüenza fueron

seguramente una poderosa advertencia para este anciano que igual atendía las plantas de sus nietos.

En España, el estatus penal del cultivo de cánnabis, incluso el destinado al propio consumo, sigue siendo bastante ambiguo. En la prensa aparecen regularmente reseñas de arrestos de personas que cultivaban unas pocas plantas. En 1993, para probar los límites legales, la asociación «pro-cánnabis» ARSEC realizó una plantación colectiva de varias plantas de cánnabis en Tarragona y que fue finalmente intervenida por la policía. Se invitó a la prensa que reflejó el acontecimiento en los noticiarios. Los cuatro representantes legales de la asociación fueron procesados y absueltos en primera instancia. Pero en 1997 el Tribunal Supremo anuló tal sentencia y condenó a los activistas, emitiendo una controvertida sentencia en la que reafirmaba que el cultivo de cánnabis era un delito. Los cultivadores ocultan, en general, sus actividades y las publicaciones «cannábicas» dan instrucciones sobre cómo defenderse legalmente en caso de ser inculpado en un caso de cultivo casero de cáñamo⁴⁴.

La mayoría de los usuarios cultiva unas pocas plantas en su terraza, su jardín o su huerta. Pero hay un número creciente de cultivadores expertos que usan técnicas avanzadas y cultivan extensiones mayores o utilizan invernaderos o cultivos de interior con luz artificial e incluso con técnicas hidropónicas. La producción de especialidades de marihuana de mayor calidad y potencia es un motivo para el cultivo casero, además de una manera de soslayar la prohibición.



Las semillas y otros ingredientes necesarios pueden adquirirse crecientemente en Internet, lo mismo que los conocimientos sobre los detalles del cuidado, abonado, recolección, secado, consumo, etc. Además, ha surgido toda una red de tiendas especializadas en el cultivo y la parafernalia asociada al cáñamo, los «grow shops» y «smart shops», que existen hoy en casi todas las grandes ciudades. Revisando las páginas web y las dos principales revistas «canábicas» en el verano del 2002 encontramos 197 tiendas de este estilo en 40 ciudades españolas⁸. Un reciente estudio de una muestra de las personas que visitaban estas tiendas supone un retrato complementario de los interesados en la cultura cannábica⁴⁵.

El movimiento social «cannábico»

En la segunda mitad de los 90 se ha desarrollado un amplio, difuso y variopinto movimiento social en favor del cáñabis. La parte más visible de este movimiento lo forman un amplio conjunto de asociaciones que organizan reuniones, congresos, protestas, manifestaciones y otros eventos colectivos como festivales y «copas» en las que se premia a las mejores plantas de cultivo casero y los productos más innovadores de la «cocina» cannábica. La primera asociación «pro-cáñabis» pudo surgir en Madrid en 1987, pero la primera de peso fue ARSEC (Asociación Ramón Santos para el Estudio del Cáñabis), fundada en Barcelona en 1991 y que en 1999 contaba con más de 3.000 miem-

bros. En el verano de 1995 un número especial de Ajoblanco listaba un total 10 asociaciones cannábicas; en agosto de 2003, encontramos en Internet 39 asociaciones semejantes en todas las regiones españolas.

Este movimiento cuenta con una amplia base de militantes y simpatizantes, lo que se aprecia por el éxito de las publicaciones especializadas, los libros y las «grow shops». Las publicaciones periódicas han sido un elemento central de la cultura cannábica que señala el creciente interés por este producto. La revista «Cáñamo» es seguramente uno de los ejes mediáticos de esta cultura. Apareció en 1997 y en los últimos años sus responsables calculan en más de 100.000 sus lectores. Estas publicaciones proporcionan un espacio simbólico crucial para la interacción de muchos participantes en la cultura del cáñabis donde convergen y refuerzan sus valores y creencias.

El movimiento social en favor del cáñabis ha crecido sobre todo como reacción al endurecimiento de las condiciones de la adquisición de hachís que supone la implementación de la Ley «Corcuera». Muchos aficionados al cáñabis ven la aplicación que las fuerzas policiales y judiciales han hecho de algunos artículos de esa ley como discriminatoria, arbitraria y, en gran medida, anti-constitucional. Sin haber cometido ningún delito, por el mero hecho de su indumentaria o su aspecto, cientos de miles de consumidores han sido registrados y multados por llevar cantidades menores de hachís o marihuana para su propio consumo. El Tribunal Supremo, sin embargo, ha establecido en 50



gramos la cantidad que puede poseerse para consumo propio sin incurrir, siempre que no se den otras circunstancias inculpatorias, en un delito tipificado. Si el consumo no es en sí mismo delictivo pero la posesión para el consumo acarrea sanciones administrativas, muchos ven como única opción razonable el autocultivo.

Los vinculados a este movimiento comparten una ideología difusa que considera los derivados cannábicos como drogas naturales y benignas y su uso como un derecho legítimo injustamente reprimido. Apoyan la legalización de la producción y la venta de estas drogas y el fin del sistema prohibicionista. Los usos terapéuticos del cánnabis son un elemento ideológicamente central para esta corriente, pues indican la bondad de esta droga «natural» para su consumo recreativo.

No obstante, en el movimiento cannábico convergen tendencias y planteamientos diversos y no del todo congruentes. De hecho, este movimiento tiene un claro carácter posmoderno en el sentido de ser al tiempo un nuevo movimiento social que busca cambiar aspectos de la realidad social y cultural, un movimiento «de estilo» que reivindica un cierto modo de vida y hasta de vestir y comportarse buscando redefinir identidades a partir de vinculaciones con un elemento crucial de la experiencia cotidiana⁴⁶. En algunos aspectos, sobre todo en su defensa de un derecho que se considera primario y fundamental, la «cultura cannábica» incorpora elementos de los movimientos pro derechos civiles. Pero, sobre todo, estamos hablando

de una asociación de consumidores que buscan mejores ofertas y condiciones de consumo para un producto de uso diario.

En junio de 2004, un partido que defendía la «normalización» y la legalización del cánnabis y que concurrió a las elecciones europeas obtuvo casi 54.000 votos, siendo la octava fuerza más votada. Considerando el alto nivel de abstención, la ausencia de apoyo institucional y las demandas competitivas de otras lealtades políticas, es un resultado considerable y que indica el arraigo de la tradición cannábica en España.

Un estudio crítico de este movimiento realizado por Calafat, Juan y sus colaboradores denunciaba la incoherencia de muchas de las pretensiones del movimiento cannábico⁴⁷. Según estos autores y autoras, este movimiento persigue legitimar y legalizar el consumo de una droga peligrosa, presentándola con unos colores benignos, lo que obedecería a los intereses profesionales y económicos de ciertos actores, generalmente de mediana edad, que tienen, sin embargo, su máxima influencia sobre las generaciones adolescentes y en la primera juventud.

El estudio identificaba en el movimiento «pro-cánnabis» a personas que jugaban roles de «profetas, sacerdotes, técnicos, asociaciones y consumidores» según las tareas que desempeñaban y los discursos que elaboraban. Denunciaban que «el colectivo pro-cánnabis está logrando crear un entramado cultural estructurado sobre diversas disciplinas que definen esta droga como una sustancia buena y positiva, apropiándose simbólicamente de ideales como el ecologismo, la sa-



lud, la lucha por la tolerancia, la justicia, la interculturalidad, así como de la religión»⁴⁷. Para ellos la principal contradicción es que esta «dinámica cultural» la promueven personas de mediana edad con intereses comerciales en el negocio del cáñamo, pero que están «alejados de las condiciones culturales y motivaciones del consumo de cánnabis de los más jóvenes» y culpan a estos emprendedores morales o agentes pro-cánnabis de «abrir nuevos espacios comerciales, profesionales y de poder».

Este análisis contiene muchos elementos de interés, pero su carácter abiertamente hostil al fenómeno estudiado le resta bastante valor como intento de comprensión de un movimiento social que, aun en sus exageraciones o inexactitudes, responde a percepciones y valores ampliamente compartidos por millones de jóvenes europeos. El esfuerzo por comprender se pierde en parte en el esfuerzo por denunciar, condenar y denigrar. Se pasan por alto así al menos dos aspectos que resultan cruciales en el análisis de este movimiento y de la tradición en que se basa. Primero, su carácter popular, que surge de abajo hacia arriba, es decir, que el aprecio masivo por el cánnabis es previo a las asociaciones, publicaciones y tiendas de semillas y revistas, por mucho que ambos se realimenten. Segundo, que tratándose en gran medida de un fenómeno de resistencia social, es imposible comprender su ideología y su estrategia sin analizar el poder y la ideología a la que se enfrentan y que en la mayoría de los casos es aún más manipuladora, arbitraria y mixtificadora. Si unos acuden a

Walter Benjamin como santo de su devoción por el cáñamo, recuérdese que los prohibicionistas tienen entre sus «profetas» a personajes como Harry Anslinger.

Reflexión final

El cánnabis es hoy la droga ilegal más popular del mundo. A los 20 años la han probado cerca de la mitad de los jóvenes de muchos estados norteamericanos, europeos y australianos y en el resto del mundo interesa a un número creciente de personas. El contacto con esta droga parece seguir aumentando en las cohortes adolescentes y entre las mujeres jóvenes occidentales. La expansión del consumo de derivados del cáñamo dura ya cuatro décadas; es una marea lenta que no es posible frenar o eliminar con medidas dramáticas en sociedades democráticas y consumistas. La prohibición no parece haber frenado el consumo en este caso. Podría incluso defenderse lo contrario. La prohibición del cánnabis, que culmina con la convención internacional de 1961, precede a la expansión de su consumo en Europa y Norteamérica. Esto no es de extrañar, pues el saltarse una ley que se juzga arbitraria y que en gran medida se basaba en la exageración y la intolerancia fue un motivo no pequeño del éxito de la marihuana entre la juventud contestataria que rechazaba la guerra de Vietnam y un sistema político que se juzgaba inmóvil y corrupto. Más allá de los efectos atractivos «del fruto prohibido» que estudian psicólogos y economistas,



o de la fuerza de «reactancia» por la que lo difícil de conseguir puede cobrar más valor, hay un hecho al que se le presta poca atención en los esfuerzos que pasan por ser preventivos. El que ciertas instituciones y sobre todo ciertas autoridades ataquen una droga como la marihuana es un poderoso incentivo para consumirla para muchos jóvenes y adolescentes. Aunque su electorado y la prensa afín se lo agradezca, es dudoso que cumpla el objetivo disuasorio que dice pretender. Esto puede aplicarse en general a todo un esfuerzo preventivo que no parece haber sido muy fructífero en la España de la última década, en la que el consumo adolescente de cánnabis no ha dejado de aumentar. Hay autores que incluso postulan la irrelevancia de las políticas públicas en este caso, sobre todo cuando ignoran las poderosas tendencias del consumo de masas^{9,37}.

El cáñamo es hoy motivo de un enfrentamiento social, político y simbólico entre grupos de presión dentro de muchos países y en las propias relaciones internacionales. Para los que defienden el actual sistema punitivo y prohibicionista del comercio de esta droga se trata de sustancias peligrosas, dañinas para la salud física y mental y que suponen además condición necesaria para el consumo de drogas más peligrosas y adictivas. Señalan a este respecto que la inmensa mayoría de los usuarios problemáticos de heroína o cocaína consumieron previamente derivados cannábicos.

Para sus defensores, la marihuana es una droga más natural, más segura y menos dañina que el alcohol o el tabaco. No crea dependencia, al menos no al mismo nivel ni

con la misma frecuencia que el tabaco o la cocaína o la heroína y no se conocen dosis a las que resulte letal. Por otra parte, la teoría de la escalada es señalada como una exageración o una simplificación y señalan que la gran mayoría de los usuarios de cánnabis no se engancha a la cocaína o a la heroína. Y precisamente el que esté prohibida es lo que la vincula con esas drogas más peligrosas.

Los peligros del consumo son evidentes, pero no parece que sean mayores que los que causa el tabaco o el alcohol, sustancias que son legales. Y la teoría de la escalada no puede considerarse absoluta; los más jóvenes consumen primero las drogas más accesibles y socialmente toleradas. Por tanto, hoy la prohibición del hachís y la marihuana se basa sobre todo en motivos culturales que ven estas drogas como ajenas a la modernidad y a las tradiciones racionalistas que sostienen el desarrollo tecnológico y científico.

Creemos que es necesario un cambio de orientación en relación a los derivados del cánnabis en Europa. Es necesario aceptar la normalización de su consumo y la consolidación de una tradición moderna que torna obsoletos bastantes de los planteamientos prohibicionistas y punitivos, sobre todo tratándose de una droga que puede producirse en el propio hogar del consumidor, cuidando de plantas ancestrales.

La prohibición actual del cánnabis, su trato tan diferente del alcohol y el tabaco, no obedece primariamente a motivos farmacológicos o de salud pública, sino culturales, de defensa de un cierto status quo, cuyos costes no se evalúan en relación a ninguna alterna-



tiva. Parece indudable que el consumo de derivados cannábicos implica riesgos. Y ciertas variedades de mayor concentración de THC plantean especiales peligros. Pero también son peligrosos el alcohol y el tabaco, cada uno a su manera, uno tremendamente adictivo y el otro intoxicante favorito tan a menudo vinculado a la violencia y los accidentes. La cuestión es si el castigo y criminalización del consumo y el pequeño comercio es el mejor camino para reducir esos peligros en una sociedad democrática en la que existe una demanda de estas drogas por parte de millones de personas y en la que pueden producirse individualmente cultivando plantas comunes de forma casera.

Esto no significa que no sea legítimo (y progresista, si se quiere) luchar por reducir el consumo, retrasar las edades de inicio y limitar los daños que provoca el uso intensivo o prolongado. Un enfoque de prevención de riesgos y reducción de daños parece hoy la mejor opción en relación a la cultura del cannabis en Europa, así como una progresiva eliminación de las muchas contradicciones que se aprecian en las políticas públicas a este respecto.

Por eso es necesario exigir a todos los que participan en esta tradición cultural más transparencia y responsabilidad. Pero el debate no debe soslayarse, ni los cambios de aquellas leyes y formas de implementarlas que se han mostrado como especialmente costosas y arbitrarias. Los esfuerzos policiales y judiciales deben encaminarse a combatir los riesgos más importantes y las vulneraciones más graves de las leyes sobre

drogas, no a los consumidores con pequeñas porciones de hachís en sus bolsillos.

El cultivo casero para el consumo propio debe regularse con mayor claridad, eliminando tanto la inseguridad jurídica de muchas personas que tienen plantas de cannabis, como aumentando la responsabilidad de aquellos que distribuyan derivados especialmente potentes.

Parece decisivo insistir en la necesidad del autocontrol y la medida, la distinción de circunstancias y momentos adecuados y no adecuados para el consumo, distinguir variedades y potencias. Es necesario, en suma, desmitificar y domesticar una droga y unas formas de consumo de la misma manera que se intenta con el tabaco, el alcohol y que se ha conseguido con el té y el café. ¿Es posible algo semejante con el cannabis? El futuro de la tradición cannábica surgida en el Occidente ultramoderno está aún por escribir.

Referencias bibliográficas

1. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). 2004 World Drug Report. Viena, 2004 (1): 125-140. (www.unodc.org)
2. UNDCP. «Cannabis as an Illicit Narcotic Crop: A review of the Global Situation of Cannabis Consumption, Trafficking and Production» in UNDCP, *Bulletin on Narcotics*, Double Issue on Cannabis: Recent Development, Vol XLIX No. 1 and 2, 1997 and Vol. L, Nos. 1 and 2, 1998, pp.45-83.
3. Broeckers M. Cannabis. Amsterdam: The Hash Marihuana Hemp Museum, 2002.
4. Albert E. *Marijuana, the First Twelve Thousand Years*. New York: Plenum Press, 1980.
5. Rubin V (ed). *Cannabis and Culture*. La Haya: Mouton, 1971.



6. Herodoto. «*The history*». Chicago: William Benton EB, 1952; 136-137.
7. Benet, Sula. «Early Diffusion and Folk Uses of Hemp». En: Rubin V, Comitas L (ed). *Cannabis and Culture*. 1975; 39-49.
8. Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *Lancet* 1998;352:1611-16.
9. MacCoun RJ, Reuter P. *Drug war heresies. Learning from other vices, times and places*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
10. Ameri A. The effects of cannabinoids on the brain. *Prog Neurobiol* 1999;58:315-348.
11. Pertwee RG (ed.). *Cannabinoid receptors*. London: Harcourt Brace, 1995.
12. Haining P (ed). *El Club del Hashisch. La droga en la literatura*. Madrid: Taurus, 1977.
13. Gamella JF, Jiménez Rodrigo ML. A Brief History of Cannabis Policies in Spain (1968-2004). *Journal of Drug Issues* 2004;34 (3):623-660.
14. Gamella JF, Jiménez Rodrigo ML. *El consumo prolongado de cánnabis: pautas, tendencias y consecuencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2003.
15. Castairs GM. Bhang and Alcohol: Cultural Factors in the Choice of Intoxicants. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 1954; 5:220-337.
16. Grinspoon L, Bakalar JB. *Marihuana, the forbidden medicine* (2nd ed.). New Haven: Yale University Press, 1997.
17. Taylor AH. *Diplomacy and the Narcotics Traffic, 1900-1939*. Durham: N.Y. Duke University Press, 1969.
18. Lowes PD. *The Genesis of International Narcotics Control*. Ginebra: Librarie Droz, 1966.
19. Becker H. Becoming a Marihuana User. En: Becker H (ed). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. Nueva York: Free Press, 1963; 41-58. (Originalmente publicado en 1953).
20. Kandel D B. Drug and drinking behaviour among youth. *Annual Review of Sociology* 1980;6:235-285.
21. Smart RG, Murray GF. A review of trends in alcohol and cannabis use among young people. *Bulletin of Narcotics* 1981; 33(4): 77-90.
22. Iversen LL. *Marihuana: Conocimiento científico actual*. Barcelona: Ariel, 2001.
23. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisboa, 2002.
24. Gamella JF. Mareas y tormentas: ciclos de policonsumo de drogas en España (1959-1998). Algunas consecuencias estratégicas para el diseño de políticas públicas. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2001;1:7-18.
25. Mathews P. *La cultura del cánnabis. Viaje por un territorio disputado*. Madrid: Alianza Ensayo, 1999.
26. González Duro E. *El consumo de Drogas en España*. Madrid: Villalar, 1978.
27. Romaní O. *Droga i subcultura: una història cultural del «haix» a Barcelona (1960-1980)*. Tesis Doctoral. Barcelona; Universidad de Barcelona, 1983.
28. Romaní O. *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*. Barcelona: Anagrama, 1986.
29. Barrio G, de la Fuente L, Camí J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Med Clína (Barc)* 1993;106(18): 344-355.
30. Gamella JF. The spread of intravenous drug use and AIDS in a neighborhood in Spain. *Med Anthropol Q* 1994;8(2):131-160.
31. Gamella JF. Heroína en España (1977-1996). Balance de una crisis de drogas. *Claves de Razón Práctica* 1997;72:20-30.
32. CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas). Datos de opinión. *Revista Española de Estudios Sociológicos* 1986; 34:269-270.
33. OED (Observatorio Español sobre Drogas). *Informe número 6. Noviembre 2003*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2003.
34. OED (Observatorio Español sobre Drogas). *Encuesta escolar sobre consumo de drogas, 2002*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002.
35. Gamella JF, Jiménez Rodrigo ML. El mercado de cannabis en España, 1976-1996: Estructura, evolución e impacto social. *Revista de Trabajo Social y Salud* 2001;39:173-204.
36. Megías E, Comas D, Elzo J, Navarro J, Romaní O. *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: Fundación de Ayuda contra Drogadicción, 2000.
37. Cohen P, Kaal HL. *The irrelevance of drug policy: Patterns and careers of experienced cannabis use*



- in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen.* Amsterdam: Centrum Voor Drugsonderzoek (CEDRO). Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001.
38. EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction). *EMCDDA Insights. An Overview of Cannabis Potency in Europe.* Lisboa, 2004.
39. Pérez-Reyes M, White WR, McDonald SA, Hicks RE, Jeffcoat AR, Cooks CE. The Pharmacological Effects of Daily Marijuana Smoking in Humans. *Pharmacol Biochem Behav* 1991;40:691-694.
40. Julien RM. *A primer of a drug action.* New York: W.H. Freeman y Co., 1995.
41. Farrell M. Cannabis dependence and withdrawal. *Addiction* 1999;94 (9):1277-1278.
42. Teeson M, Lynskey M, Manor B, Baillie A. The Structure of Cannabis Dependence in the Community. *Drug Alcohol Depend* 2002;68(3):255-62.
43. Kleiber D, Soellner R. *Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken.* Weinheim: Juventa Verlag, 1998.
44. Ramos R. ¿Cuánto hachís puedo llevar encima? *Cáñamo. La revista de la cultura del cáñabis* 2002;58:16-17.
45. Mendiola L, Becoña E. La aparición de las 'Grow shop & Smartshop' y los nuevos cambios en el consumo de drogas: Un estudio de sus usuarios. *Adicciones* 2003;15(3):243-254.
46. Melucci A. *Nomads of the present: Social Movements and Individual Needs in Contemporary Society.* Philadelphia: Temple University Press, 1989.
47. Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil E, Llopis JJ. Estrategias y organización de la cultura pro-cáñabis. *Adicciones* 2000;12(2):231-274.

Lecturas recomendadas

- British Medical Association. *Therapeutic uses of cannabis.* Amsterdam: Harwood Academic, 1998.
- Gamella JF, Jiménez Rodrigo ML. *El consumo prolongado de cáñabis: pautas, tendencias y consecuencias.* Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2003.
- Grinspoon L, Bakalar JB. *Marihuana, la medicina prohibida.* Barcelona: Paidós, 1997.
- Haining P (ed). *El Club del Hashisch. La droga en la literatura.* Madrid: Taurus, 1977.
- Hall W, Solowij N, Lemon J. *The Health and Psychological Consequences of Cannabis Use.* Monograph Series n. 25, National Drug Strategy, Canberra, Australian Government Publishing Service, 1994.
- Iversen LL. *Marihuana: Conocimiento científico actual.* Barcelona: Ariel, 2001.
- Khalant H, Corrigan W, Hall W, Smart R (ed). *The health effects of cannabis.* Toronto: Addiction Research Foundation, 1998.
- Lozano Cámara I. *Solaz del espíritu en el hachís y el vino y otros textos árabes sobre drogas.* Granada: Universidad de Granada, 1998.
- Mathews P. *La cultura del cáñabis.* Madrid: Alianza Ensayo, 1999.
- Román O. *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota.* Barcelona: Anagrama, 1983.
- Zimmer L, Morgan JP. *Marijuana Myths, Marijuana Facts: A Review of Scientific Evidence.* New York: The Lidnesmith Center, 1997.



LOS CANNABINOIDES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN DEBATE ABIERTO

MARTA DURAN DELMÀS

*Farmacóloga Clínica. Médico adjunto de la Fundació Institut Català de Farmacologia.
Servei de Farmacologia Clínica. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona (España)*

Introducción

La planta del cánnabis (*Cannabis sativa*) ha sido utilizada en terapéutica desde la antigüedad. En los últimos años su uso terapéutico ha sido amplia y extensamente debatido. El interés manifestado por algunas asociaciones de pacientes por el uso de dicha planta ha reavivado la polémica. Este uso contrasta con la falta de ensayos clínicos que cumplan los requisitos de las agencias reguladoras para aprobar su uso como medicamento¹. Por otro lado, el recién desvelado sistema cannabinoide formado por receptores específicos de cannabinoides (componen-

tes activos de la planta *cannabis sativa*) y moléculas endógenas que se unen a ellos (endocannabinoides) han contribuido al renacimiento del estudio de las propiedades terapéuticas de estos compuestos¹. La polémica se alimenta de un debate cruzado entre los expertos que abogan por esperar los resultados concluyentes de la investigación básica y clínica y los que piensan que, aunque es necesario seguir investigando, las pruebas de eficacia y seguridad de los cannabinoides son suficientes para aprobar el uso compasivo y regulado de esta sustancia en pacientes concretos que no responden a los tratamientos disponibles. Entre los del último grupo se encuentra el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, que ha anunciado recientemente en los medios de comunicación que tiene previsto iniciar en 2005 un proyecto piloto de dispensación de cánnabis, bajo prescripción médica, en algunas oficinas de farmacia. De hecho, estas declaraciones han reavivado de nuevo el debate. Un debate que sigue siendo polémico porque se combinan factores científicos, sociales, políticos, y económicos. En este artí-

Farmacóloga clínica, Médico adjunto de la Fundació Institut Català de Farmacologia (FICF), fundación vinculada al Servei de Farmacologia Clínica de l'Hospital de la Vall d'Hebron, la Universitat Autònoma de Barcelona y el Institut Català de la Salut. Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Formación en Farmacoepidemiología. Coautora del Informe encargado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya sobre el uso terapéutico del cánnabis y sus derivados y responsable del área de investigación clínica con cannabinoides de la FICF.



culo se describen y comentan algunos de estos factores.

El debate científico: ¿cánnabis o cannabinoides?; ¿presente o futuro?

El ser humano ha utilizado cánnabis para fines terapéuticos desde hace al menos cincuenta siglos². Sin embargo, la estructura química de su principio activo más importante el Δ^9 tetrahidrocannabinol (THC) no se caracterizó hasta 1964 y hubo que esperar tres décadas más para dilucidar su mecanismo de acción. Durante la última década una rica investigación básica ha permitido caracterizar el sistema cannabinoide así como los mecanismos de síntesis y degradación de los endocannabinoides¹.

La comunidad científica se encuentra actualmente en un punto en el cual se ha acumulado un amplio conocimiento básico de cómo actúan molecularmente los cannabinoides en nuestro organismo. La investigación básica tiende a desarrollar nuevos fármacos que actúen potenciando o inhibiendo los efectos de los endocannabinoides y fármacos sintéticos agonistas y antagonistas de los receptores cannabinoides. Sin embargo, gran parte de la investigación clínica tiende a basarse en el THC o dronabinol y extractos de cánnabis con un contenido conocido y estandarizado de principios activos^{3,4}, así como en el desarrollo de nuevas vías de administración como la sublingual, la transdérmica, la inhalada en aerosol o la rectal¹. La compañía británica *GW Pharmaceuticals* tiene pre-

visto comercializar próximamente Sativex, un extracto de cánnabis de administración en forma de spray por vía sublingual, para el tratamiento del dolor neuropático y la espasticidad y otros síntomas de la EM⁵.

Sin duda se ha avanzado mucho en el campo de los cannabinoides. Sin embargo, la mayoría de las moléculas modificadoras del sistema cannabinoide se encuentran en fase de desarrollo preclínico. Por otro lado, no disponemos todavía de extractos estandarizados de cánnabis en el mercado. Desde 2001, en España se puede obtener nabilona, un análogo sintético del THC como medicamento extranjero a través de los servicios de farmacia hospitalarios para las náuseas y los vómitos secundarios a la quimioterapia, pero se ha prescrito muy poco desde entonces. Es decir, el paciente sigue usando, como hace miles de años, la planta cruda para paliar sus síntomas^{5,6}.

El presente: el cánnabis

El cánnabis (*Cannabis sativa*) es una variedad del cáñamo cultivado desde hace muchos años por sus propiedades médicas y psicoactivas. También se denomina marihuana la mezcla de las partes de la planta desecada, cuyo contenido en cannabinoides es variable y depende del lugar y de las condiciones de cultivo, de recolección y desecación¹. La flor, las hojas y la resina de la planta *Cannabis sativa* contienen más de 400, de las cuales 61 tienen estructura de cannabinoide, similar a la de su principio ac-



tivo más importante, el THC. El THC es responsable de la mayoría de las acciones psicoactivas y de los efectos terapéuticos atribuidos al cánnabis, como los efectos antiemético, analgésico, sedante y estimulante del apetito¹. Otros cannabinoides con más o menos relevancia clínica son el Δ^8 tetrahidrocannabinol (Δ^8 THC), el cannabigerol, el cannabidiol (CBD), el cannabinol (CBN) y el cannabicromeno (CBC). Entre ellos cabe destacar el CBD, un cannabinoide no psicoactivo que actúa por un mecanismo diferente al del THC y comparte algunos de sus efectos terapéuticos como el analgésico, antiinflamatorio y antinauseoso¹.

Los argumentos a favor del uso terapéutico de la flor y las hojas secas de la planta, o sus extractos, se basan en que la administración conjunta de los diferentes cannabinoides modularía la acción del THC y potenciaría algunos de sus efectos terapéuticos, a pesar de que no se dispone de estudios rigurosos que lo confirmen¹.

El futuro: el sistema cannabinoide

Se han identificado dos receptores cannabinoides y tres familias de substratos endógenos que se les unen con mayor o menor afinidad produciendo los mismos efectos que el THC en modelos de experimentación animal (antinocicepción, inmovilidad, reducción de la actividad espontánea e hipotermia)⁷⁻⁹. El receptor cannabinoide CB1 se encuentra en el sistema nervioso, sobre todo en los ganglios basales, el cerebelo y el hipocampo.

El receptor CB2 se encuentra sobre todo en las células inmunitarias. No se descarta la posibilidad de que existan otros receptores cannabinoides⁷. En 1992 se descubrió el primer endocannabinoide, la araquidoniletanolamida (anandamida). Tres años más tarde se caracterizó el 2-araquidonil-glicerol (2-ARA-G), un endocannabinoide del grupo de los ésteres del ácido araquidónico⁸. El éter de 2-araquidonil-gliceril o noladina es un tercer tipo de endocannabinoide identificado más recientemente⁹.

Durante la última década se han sintetizado centenares de moléculas agonistas y antagonistas de los receptores cannabinoides. Algunas se han comercializado para uso terapéutico y otras se han reservado para investigación básica, lo que ha permitido caracterizar la bioquímica y la fisiología del sistema cannabinoide y su función moduladora del sistema nervioso, la inmunidad, el aparato cardiovascular y la reproducción. Este sistema es un complejo modulador, particularmente importante en el mantenimiento de la homeostasis del organismo¹.

El debate científico se nutre como mínimo de tres argumentos: 1) Los que piensan que es demasiado pronto para hablar de usos terapéuticos de los cannabinoides, prefieren hablar de «sistema cannabinoide como futura diana terapéutica» y están en contra de cualquier uso terapéutico de la marihuana. 2) Los que aprueban el uso de la marihuana como algo puntual hasta tener resultados concluyentes de la investigación clínica con cannabinoides más específicos. 3) Los que defienden el uso terapéutico de la marihuana



como una planta medicinal segura con una larga experiencia de uso.

Los acontecimientos: una iniciativa social con implicaciones políticas

En febrero de 2001 los medios de comunicación se hicieron eco de la petición de la Asociación Ágata de mujeres con cáncer de mama para que se legalizara el uso terapéutico del cánnabis. Como resultado de esta campaña, partidos políticos como GSOC-CPC, CiU, PP, ERC e IC-V presentaron en la Mesa del Parlament de Catalunya una proposición no de ley en la que se instaba al Consell Executiu a hacer las gestiones necesarias ante las diferentes administraciones para que se autorizara dicho uso. Esta petición fue desestimada por el gobierno central. No obstante, se consiguió la importación de un derivado sintético, la nabilona. Estos acontecimientos abrieron un debate con implicaciones sociales y políticas en torno al uso terapéutico del cánnabis que se da en pocas ocasiones en el estudio y experimentación de otros fármacos.

El Departament de Salut, sensible a la demanda de la asociación Ágata, encargó a la Fundació Institut Català de Farmacologia (FICF) la redacción de un informe técnico sobre la farmacología, eficacia, toxicidad y lugar en terapéutica del cánnabis y los cannabinoides¹⁰. Dicho informe se finalizó en diciembre de 2002 y se ha actualizado en 2004¹¹. Este informe concluye que, a pesar de que empiezan a acumularse pruebas clíni-

cas que sugieren que los cannabinoides podrían ser eficaces en el tratamiento sintomático de las náuseas y vómitos secundarios a la quimioterapia, el síndrome de anorexia-caquexia en pacientes con sida o cáncer, el dolor neuropático, la esclerosis múltiple (EM) y en la mejoría de los tics del síndrome de Gilles de la Tourette y determinadas discinesias, hacen falta más estudios para evaluar su posible lugar en terapéutica en las distintas indicaciones¹.

Por otro lado, los resultados de diferentes trabajos descriptivos publicados en forma de comunicaciones a congresos o en prensa ponen de manifiesto que una proporción desconocida de pacientes con diversas patologías utiliza cánnabis con fines terapéuticos. Dado el carácter ilegal de esta planta, estos pacientes tienen problemas para conseguirla y para encontrar la dosis y la pauta de administración adecuadas^{5, 6}.

La demanda social a favor del uso terapéutico no es exclusiva de nuestro país. Así como en Cataluña se han movilizado las mujeres con cáncer de mama, en el Reino Unido es la asociación de pacientes de EM la que reivindica este uso. La Sociedad de EM de este país estima que como mínimo 1.000 de los 85.000 pacientes con EM usan cánnabis para paliar sus síntomas¹². El Gobierno del Reino Unido reclasificó el cánnabis al grupo C de drogas con menos potencial de abuso en 2003. Este hecho facilita una posible futura prescripción médica de la sustancia. A lo largo de los últimos tres años otros países han modificado la legislación sobre el uso terapéutico del cánnabis, aprobando su uso en



el tratamiento de determinadas enfermedades (Holanda, Canadá y algunos estados de los Estados Unidos) o incluso dispensándolo en las farmacias (Holanda).

En septiembre de 2003, el Colegio Oficial de Farmacéuticos, motivado por la iniciativa holandesa, elaboró un prospecto divulgativo sobre el uso terapéutico del cánnabis que se puede encontrar en su página web y que tuvo una gran repercusión mediática reabriendo el debate sobre este tema¹³.

En abril de 2004 la sección de médicos Residentes del Col.legi de Metges de Barcelona organizó una mesa redonda que contó con la presencia de farmacólogos expertos en el tema del Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) de Barcelona, la Universidad Pompeu Fabra y la FICF, representantes del COFM, de la administración, el testimonio de un médico de familia y el de pacientes de la asociación Ágata de mujeres con cáncer de mama. Se aportó por un lado información contrastada sobre la farmacología, pruebas clínicas y legislación del uso terapéutico del cánnabis y por otro el testimonio de pacientes que se automedican con esta sustancia. El acto contó con el soporte de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears y diversas Sociedades Catalanas de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, de Oncología, de Cuidados Paliativos y Salud Pública.

Han pasado muchas cosas desde que en 2001 se movilizó la asociación Ágata. Lo que empezó siendo un movimiento social se ha convertido en un proyecto político sanitario del Departament de Salut de la Generali-

tat de Catalunya respaldado por instituciones sanitarias públicas y privadas como la FICF, el IMIM o el COFB. Sin embargo el debate sigue abierto. El interés manifestado por los pacientes contrasta con la falta de ensayos clínicos que cumplan los requisitos de las agencias reguladoras para aprobar su uso como medicamento.

El debate médico: ¿suficiente evidencia científica?

Las pruebas clínicas disponibles

La eficacia del cánnabis y los cannabinoides ha sido revisada por diversos organismos, entre los que destacan el Comité Científico de la Cámara de los Lores británica (1997)¹⁴ y el Institute of Medicine (IOM) norteamericano (1999)¹⁵.

*La indicación mejor documentada es la profilaxis y el tratamiento de las náuseas y los vómitos debidos a los quimioterápicos antineoplásicos*¹⁶. También han sido evaluados en el tratamiento del síndrome de anorexia-caquexia en pacientes con sida o con ciertos tipos de cáncer terminal, en el tratamiento del dolor, en el de la espasticidad muscular y otros síntomas de la esclerosis múltiple (EM) y en las lesiones medulares (LM), alteraciones del movimiento (discinesias, epilepsia, corea de Huntington, enfermedad de Parkinson y el síndrome de Gilles de la Tourette), el glaucoma, el prurito por colestasis y como broncodilatador en pacientes con asma. Actualmente también se están



evaluando como neuroprotectores¹⁷ y agentes antitumorales¹⁸.

La eficacia antiemética de los cannabinoides se basa en los resultados de series de pacientes^{19, 20} de dos pequeños ensayos clínicos con marihuana fumada^{21, 22} y de una revisión de 30 ensayos clínicos con nabilona (análogo sintético del THC) y dronabinol (THC) en un total de 1.366 pacientes cuyos resultados revelan que ambos tienen una eficacia superior a la del placebo y a la de otros antieméticos, como la proclorperacina o la metoclopramida, en pacientes que han recibido quimioterapia moderadamente emetógena¹⁶. Sobre la base de estos resultados se ha sugerido que la nabilona y el dronabinol podrían ser eficaces sobre todo en la prevención de las náuseas, pero se desconoce actualmente si tienen alguna ventaja sobre los antagonistas de la serotonina en monoterapia o añadidos al tratamiento de referencia, ya que no se han publicado ensayos clínicos comparativos entre ellos, ni tampoco hemos identificado estudios actualmente en curso.

Los resultados de algunos ensayos clínicos de corta duración *sobre el tratamiento del síndrome de anorexia-caquexia* en pacientes con sida²³⁻²⁵ o con ciertos cánceres en fase terminal²⁶ sugieren que el dronabinol es superior al placebo pero no al megestrol en cuanto a aumentar el apetito y mantener el peso. La combinación de megestrol y dronabinol no parece tener efecto terapéutico aditivo. El principal inconveniente del megestrol son los episodios trombóticos y la impotencia. Se ha sugerido que el efecto inmunosupresor de los cannabinoides podría limitar el

uso en estos pacientes, pero esta hipótesis no se ha confirmado en la práctica clínica^{27, 28}. En tres estudios realizados en pacientes con sida, el uso de cánnabis no aceleró la progresión de la enfermedad²⁹⁻³¹. Actualmente hay en curso un ensayo en fase III para comparar la eficacia de un extracto de cánnabis con la de THC, ambos administrados por vía oral, en el tratamiento del síndrome de anorexia-caquexia en 40 pacientes con cáncer terminal. También se evaluarán otras variables como el efecto antinauseoso y el analgésico³². La eficacia analgésica de los cannabinoides ha sido evaluada en el tratamiento del dolor oncológico, neuropático y postoperatorio³³. Actualmente hay diversos ensayos clínicos en curso en esta indicación³⁴⁻³⁶.

Una revisión de cinco ensayos clínicos en un total de 118 pacientes sugiere que la administración de THC (10-20 mg por vía oral) tiene una eficacia analgésica superior a la del placebo y similar a la de codeína (60-120 mg) en el tratamiento del *dolor oncológico*, aunque el THC a dosis altas (20 mg) se acompaña de efectos neuropsiquiátricos limitantes de la dosis³⁵. El uso de cannabinoides en el tratamiento del *dolor neuropático* se basa en los resultados de una serie de casos con nabilona y de cuatro pequeños ensayos clínicos en los cuales se ha evaluado la eficacia de diferentes cannabinoides administrados por vía oral o sublingual en pacientes con dolor secundario a esclerosis múltiple, lesión del plexo braquial, ciática por cirugía espinal, neuralgia del trigémino y algias faciales, entre otros tipos de dolor neuropático,



resistente a los tratamientos analgésicos habituales^{33,37,38-40}. Las pruebas clínicas disponibles sobre el tratamiento del *dolor agudo* son escasas^{33,41}. Actualmente está en curso en el Reino Unido el ensayo clínico CANPOP (Clinical Trial as Proof of Principle of Analgesic Effectiveness of Cannabinoids on Postoperative Pain) financiado por el Medical Research Council (MRC). Su objetivo es comparar la eficacia analgésica de 10 mg de THC, de un extracto de cánnabis y de paracetamol en dosis única, administrados por vía oral una hora antes de la intervención, en 400 pacientes con dolor postoperatorio³⁴.

En relación al tratamiento sintomático de la *espasticidad muscular* en pacientes con EM, las pruebas clínicas disponibles sobre la eficacia de los cannabinoides se habían basado hasta hace poco en descripciones anecdóticas de pacientes y en el resultado de algunos ensayos clínicos con ciertas limitaciones metodológicas⁴²⁻⁴⁵. Recientemente se ha publicado el estudio CAMS (Cannabinoids in Multiple Sclerosis Trial)⁴⁶, un ensayo clínico comparado con placebo, financiado por el Medical Research Council (MRC) del Reino Unido. La administración de THC y de un extracto de cánnabis, ambos administrados por vía oral, no mostró eficacia antiespástica objetiva según la escala de Ashworth, aunque mejoró la sensación subjetiva de rigidez y dolor y la calidad del sueño. Únicamente el grupo que recibió THC sólo mejoró también la movilidad según el test de caminar diez metros. No se apreciaron diferencias en cuanto al temblor, la irritabilidad, la depresión y la astenia. Los resultados del estudio CAMS

coinciden con los de otros ensayos clínicos piloto previos (publicados en forma de resumen) que sugieren que los extractos de cánnabis administrados tanto por vía oral como por vía sublingual tendrían un efecto beneficioso subjetivo (según los pacientes) en el tratamiento sintomático de los espasmos musculares⁴⁷, el dolor⁴⁸ y la mejoría de la calidad del sueño⁴⁹. Otros ensayos clínicos han evaluado la eficacia de los cannabinoides en el tratamiento de la postura, el temblor y los síntomas urinarios de pacientes con EM. Se trata de ensayos comparados con placebo (2 con cánnabis fumado y uno con extracto de cánnabis por vía sublingual) con un número muy limitado de pacientes (entre 8 y 20) que sugirieron una mejoría en la sensación subjetiva de temblor, hiperrreactividad de la vejiga urinaria (medida por cistometría) o una sensación general de mejoría, si bien en uno de ellos el equilibrio muscular y la postura empeoraron, según la evaluación de los investigadores⁵⁰⁻⁵².

Sobre el uso de cannabinoides en el tratamiento de las *alteraciones del movimiento*, la mayoría de las publicaciones describen pequeñas series de pacientes. La eficacia de los cannabinoides en el tratamiento de la epilepsia, la enfermedad de Parkinson y la corea de Huntington no está clara⁵³⁻⁵⁶. En un estudio en siete pacientes con Parkinson, la nabilona mejoró las discinesias inducidas por levodopa⁵⁷. Dos ensayos clínicos piloto sugieren que el dronabinol, en dosis de 2,5 mg a 5 mg dos veces al día, puede aumentar el hambre, mantener el peso y disminuir la agitación en pacientes con *enfermedad de Alz-*



heimer^{58,59}. El THC disminuye la presión intraocular de manera proporcional a la dosis⁶⁰. Sin embargo, este efecto dura poco, porque el THC desaparece rápidamente del humor vítreo y el efecto persiste sólo mientras el fármaco está presente. Recientemente, un cannabinoide sintético por vía tópica se ha mostrado eficaz para reducir la presión intraocular en pacientes con *glaucoma* que no responden a otros tratamientos⁶¹. El THC administrado en forma de aerosol ha mostrado un *efecto broncodilatador* similar al del salbutamol. No obstante, el THC administrado por esta vía produjo irritación de las vías respiratorias⁶². Algunos cannabinoides se han evaluado como *ansiolíticos* con resultados discrepantes⁶³⁻⁶⁵.

Efectos adversos

Los efectos adversos del cánnabis dependen sobre todo de la vía de administración y de la duración de la exposición. Su toxicidad aguda es baja, dado el amplio margen terapéutico⁶⁶. Los efectos euforizante, ansiolítico y a veces sedante del cánnabis pueden influir en el potencial terapéutico, ya que en algunas circunstancias pueden ser percibidos como indeseados, y en otros como beneficiosos⁶⁶. Sin embargo, como produce taquicardia y a veces alteración de la sensación de frío y calor, algunos pacientes pueden angustiarse o incluso sufrir una reacción de pánico. Los resultados de los ensayos clínicos publicados indican que un 23% de los pacientes tratados se retiraron debido a efectos

adversos como mareo, flotación, depresión, distorsión de la realidad y disforia⁶⁷. No se han descrito signos de dependencia en pacientes que lo utilizan con finalidad terapéutica. Es preciso aclarar si el THC puede participar en interacciones con otros fármacos. Por otro lado, hacen falta ensayos clínicos que evalúen los efectos indeseados de los cannabinoides a largo plazo.

¿Un posible lugar en terapéutica?

Actualmente hay dos cannabinoides comercializados en el mercado internacional: la nabilona, para el tratamiento de las náuseas y vómitos secundarios a la quimioterapia antineoplásica que no responde a los tratamientos habituales, y el Δ^9 tetrahidrocannabinol (THC) o dronabinol, para el síndrome de anorexia-caquexia de los pacientes con sida. No obstante, su lugar en terapéutica ha sido cuestionado porque no se dispone de ensayos clínicos comparativos con los tratamientos de referencia (inhibidores de la serotonina) en la primera indicación y los estudios presentan limitaciones metodológicas en la segunda. Por otro lado, comienzan a acumularse pruebas de que tanto el THC como los extractos estandarizados de cánnabis (que contienen sobre todo THC y cannabidiol) administrados por vía oral o sublingual podrían ser eficaces en el tratamiento del dolor neuropático, la espasticidad y otros síntomas de la esclerosis múltiple y algunas alteraciones del movimiento. Sin embargo, la mayoría de los ensayos clínicos (EC) publi-



cados han incluido pocos pacientes y muy seleccionados, el investigador o el paciente han identificado los períodos de tratamiento activo, han mostrado resultados positivos únicamente en variables de medida subjetivas y no han evaluado los efectos de los cannabinoides a largo plazo¹. Son necesarios nuevos ensayos clínicos que superen estas limitaciones metodológicas. La realización de estos estudios no es fácil. A la investigación clínica con cannabinoides se le añaden problemas logísticos (por un lado es difícil fabricar extractos de cánnabis estandarizados y por otro desarrollar vías de administración que aseguren una buena biodisponibilidad) y legales (el cánnabis es una droga de abuso ilegal en la mayoría de los países), que dificultan su desarrollo. Estos estudios son caros y de organización compleja. Las compañías farmacéuticas que disponen de recursos para realizarlos no están dispuestas a invertir en un producto como el cánnabis que, como no es patentable, no tiene interés comercial. Por otro lado, las instituciones científicas privadas y públicas, interesadas y preparadas para realizar este tipo de investigación, no suelen tener recursos económicos suficientes para llevarlos a cabo y han de solicitar ayudas a la Administración (en forma de becas, por ejemplo) que hasta el momento actual han subvencionado escasos proyectos clínicos en este campo.

En la actualidad existe un debate cruzado entre los expertos que abogan por esperar los prometedores resultados de la investigación clínica y los que piensan que, aunque hace falta seguir investigando, los datos dis-

ponibles de eficacia y seguridad del THC, la planta del cánnabis o sus extractos, junto con los datos de series de pacientes y la larga experiencia de uso de ésta sustancia son suficientes para aprobar su uso regulado en ciertos grupos de pacientes que no responden a las alternativas disponibles.

El factor político: los miedos

Existe un debate político entre los prohibicionistas de cualquier uso de cánnabis, incluido el terapéutico, y los que abogan por su legalización. Las principales preocupaciones del consumo de cánnabis son que pueda producir infertilidad, cáncer, déficit cognitivo, dependencia, accidentes de tráfico, infartos de miocardio y que pueda ser una puerta de entrada a otras drogas⁶⁸. También existe la preocupación de que el uso terapéutico de esta sustancia se entienda como una ausencia de riesgo por parte de la sociedad. Sin embargo, ninguno de estos efectos se ha podido confirmar de manera concluyente en los estudios realizados hasta ahora, pues están sujetos a limitaciones metodológicas como, por ejemplo, la dificultad de ajustar por factores de confusión⁶⁸. La interpretación de estos estudios es frecuentemente un tema de debate en las revistas científicas, ya que se suelen leer en positivo o negativo según la conveniencia del lector⁶⁸⁻⁷⁰.

Mientras el debate sigue abierto, el sentido común debería primar a la hora de tomar decisiones. Es decir, diferenciar entre el uso terapéutico y uso lúdico del cánnabis. En re-



lación al uso lúdico, se ha de mentalizar a los adolescentes de los posibles riesgos sobre la capacidad de aprendizaje, de que no lo usen durante la gestación, durante o antes de la conducción de automóviles, de que no abusen de su uso y que tengan precauciones especiales en gente con problemas psiquiátricos o enfermedades del corazón. En cuanto a los usos terapéuticos, mientras el debate sigue abierto parece razonable dar soporte a los pacientes, cubrir la necesidad de información y potenciar la investigación en este campo.

Agradecimientos

Al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya por su soporte, a la Dra. Dolors Capellà, Profesora Titular de Farmacología, Toxicología y Terapéutica de la Universitat Autònoma de Barcelona, y al Dr. Joan-Ramon Laporte, director de la FICF, por su disponibilidad constante y sus comentarios y orientaciones.

Referencias bibliográficas

1. Duran M, Laporte JR, Capellà D. Novedades sobre las potencialidades terapéuticas del *Cánnabis* y el sistema cannabinoide. *Med Clin (Barc)* 2004; 122;390-8.
2. Mechoulam R. The pharmacohistory of *Cánnabis sativa*. En: Mechoulam R (ed). *Cannabinoids as therapeutic agents*. Boca Raton: CRC Press, 1986; 1-19.
3. Anónimo. GW Pharma looks for cánnabis partner. *Scrip* 2003;2818:8.
4. Institute For Clinical Research [formato electrónico] 2003; 1 (1): Disponible en:<http://www.ikf-berlin.de> [consultado 20-6-04].
5. Cataluña planifica dispensar cánnabis en las farmacias para crónicos. *Correo Farmacéutico* 2004;11.
6. Duran M, de las Heras MJ, Sabaté M, Vidal X, Laporte JR, Capellà D. Uso terapéutico del cánnabis; resultados de una entrevista prospectiva en Catalunya. 3ª Reunión de la Sociedad Española de Investigación sobre cannabinoides. Octubre 2003. Miraflores, Madrid.
7. Pertwee RG. Pharmacology of CB1 and CB2 receptors. *Pharmacol Ther* 1997;74:129-80.
8. Mechoulam R, Ben Shabat S, Hanus L, Fride E, Vogel Z, Bayewitch M, et al. Endogenous cannabinoid ligands—chemical and biological studies. *Journal of Lipid Mediators and Cell Signalling* 1996;14:45-9.
9. Hanus L, Abu-Lafi S, Fride E, Breuer A, Vogel Z, Shalev DE, et al. 2-arachidonyl glyceryl ether, an endogenous agonist of the cannabinoid CB1 receptor. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001;98:3662-35.
10. Duran M, Laporte JR, Capellà D. Ús terapèutic del cánnabis i els seus derivats 2003. Barcelona: Fundació Institut Català de Farmacologia. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 2003; [formato electrónico] (300). [consultado 4.06.04]: Disponible en <http://www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/html/ca/farmacia/doc7234.html>
11. Fundació Institut Català de Farmacologia. Duran M, Laporte JR, Capellà D. *Ús terapèutic del cánnabis i els seus derivats 2004*. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2004.
12. Anonim. UK cánnabis to be legal for MS? *Scrip* 1998;2388:4.
13. Borràs R. Prospekte del cànnabis per a ús terapèutic. Colegi de Farmacèutics de la província de Barcelona. Barcelona 2003. [formato electrónico] [consultado el 4.06.04]; (5).Barcelona 2002. URL disponible en <http://www.farmacuti-conline.com/inici.html>
14. The United Kingdom Parliament House of Lords. Science and Technology. Ninth report on therapeutic uses of cannabis [formato electrónico]



- 1998 [consultado 03-9-04]: Disponible en: <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/Id199798/Idselect/Idsc-tech/151/15101.htm>
15. Institute of Medicine. Marijuana and medicine [formato electrónico] 1999; 196 (196) [consultado 03-9-04]: Disponible en: <http://www.bob.nap.edu/books/0309071550/html>
 16. Tramèr MR, Carroll D, Campbell FA, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting, quantitative systematic review. *BMJ* 2001;323: 16-21.
 17. Knoller N, Levi L, Shoshan I, Reichenthal E, Razon N, Rappaport ZH, et al. Dexamabinol (HU-211) in the treatment of severe closed head injury: a randomised, placebo-controlled, phase II clinical trial. *Crit Care Med* 2002;30:548-54.
 18. Guzmán M. Cannabinoids: Potential anticancer agents. *Nature Rev Cancer* 2003;3:745-55.
 19. Musty RE, Rossi R. Effects of smoked cannabis and oral (9-tetrahydrocannabinol on nausea and emesis after cancer chemotherapy: A review of state clinical trials. J CANT formato electrónico] 2001;1:29-56. [consultado 30.7.04]. Disponible en: <http://www.cannabis-med.org/science-international/JCANT.htm>.
 20. Vicinguerra V, Moore T, Brennan E. Inhalation marijuana as an antiemetic for cancer chemotherapy. *N Y State Med* 1988;88:525-7.
 21. Levitt M, Faiman C, Hawks R, Wilson A. Randomized double blind comparison of delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and marijuana as chemotherapy antiemetics. ASCO Abstracts 1984;3:91.
 22. Chang AE, Shilling DJ, Stillman C, Goldberg NH, Seipp CA, Barofsky I, et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol as antiemetic in cancer patients receiving high dose methotrexate. *Ann Intern Med* 1979;91:819-24.
 23. Beal JE, Olson R, Laubenstein L, Morales JP, Bellman P, Yangco B, et al. Dronabinol as a treatment for anorexia associated with weight loss in patients with AIDS. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:89-97.
 24. Struwe M, Kaempfer SH, Geiger CJ, Pavia AT, Plasse TF, Shepard KV, et al. Effect of dronabinol on nutritional status in HIV infection. *Ann Pharmacother* 1993;27:827-31.
 25. Timpone JG, Wright DJ, Li N, Egorin MJ, Enama ME, Mayers J, et al. The safety and pharmacokinetics of single-agent and combination therapy with megestrol acetate and dronabinol for the treatment of HIV wasting syndrome. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1997;13: 305-15.
 26. Jatoi A, Windschitl HE, Loprinzi CL, Sloan JA, Dakhil SR, Mailliard JA, et al. Dronabinol versus megestrol acetate versus combination therapy for cancer-associated anorexia: a North Central Cancer Treatment Group Study. *J Clin Oncol* 2002; 15:567-73.
 27. Pacifici R, Zuccaro P, Pichini S, Roset PN, Poudevida S, Farre M, et al. Modulation of the immune system in cannabis users. *JAMA* 2003;289:1929-31.
 28. Parolaro D. Presence and functional regulation of cannabinoid receptors in immune cells. *Life Sci* 1999;65:637-44.
 29. Di Franco MJ, Shepard HW, Hunter DJ. The lack of association of marijuana and other recreational drugs with progression to AIDS in San Francisco Men's Health Study. *Ann Epidemiol* 1996; 6:283-89.
 30. Whitfield RM, Bechtel LM, Starich GH. The impact of ethanol and Marinol/marijuana usage on HIV+ AIDS patients undergoing azidothymidine, azidothymidine/dideoxycytine, or dideoxyinosine therapy. *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21:122-27.
 31. Abrams DI, Hilton JF, Leiser RJ, Shade SB, Elbeik TA, Aweeka FT et al. Short-term effects of cannabinoids in patients with HIV-1 infection: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Ann Intern Med* 2003;139:258-66.
 32. Strasser F, Lueftner D, Possinger K, Ernst G, Ruhstaller T, Meissner W et al. Oral cannabis extract versus delta-9-tetrahydrocannabinol for patients with cancer related anorexia: a randomized, double blind placebo controlled multicenter study. Program and abstracts of the IACM 2nd Conference on Cannabinoids in Medicine [formato electrónico] 2003;35(20). [consultado 26-6-04]. Disponible en: <http://www.acmed.org/spanish/nav/home-conference.htm>
 33. Campbell FA, Tramer MR, Carroll D, Reynolds DJM, Moore RA, McQuay HJ. Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review. *BMJ* 2001;323:13-6.



34. Baker D, Pryce G, Giovannoni G, Thompson AJ. The therapeutic potential of cannabis. *Lancet Neurol* 2003;2:291-8.
35. GW Pharmaceuticals. Research and development [en formato electrónico]. [consultado 27-6-04]. Disponible en: www.gwpharm.com/corpglan-phas-3.html
36. Abrams DI, Jay C, Petersen K, Shade S, Vizoso H, Reda H et al. The effects of smoked cannabis in painful peripheral neuropathy and cancer pain refractory to opioids. Program and abstracts of the 2nd conference on Cannabinoids in Medicine [en formato electrónico] 2003 [consultado 26-6-04]. Disponible en <http://www.cannabismed.org/Meeting/cologne2003/reader.pdf>
37. Karst M, Salim K, Burstein S, Conrad I, Hoy L, Schneider U. Analgesic effect of the synthetic cannabinoid CT-3 on chronic neuropathic pain. *JAMA* 2003;290:1757-62.
38. Notcutt W, Prince M, Chapman G. Clinical experience with nabilone for chronic pain. *Pharmaceutical Science* 1997;3:551-5.
39. Berman J, Lee J, Cooper M, Cannon A, Sach J. Efficacy of two cannabis-based medicinal extracts for relief of central neuropathic pain from brachial plexus avulsion: results of a randomised controlled trial. *Anaesthesia* 2003;58:936-40.
40. Notcutt W, Price M, Miller R, Newport S, Phillips C, Simmons S, et al. Initial experiences with medicinal extracts of cannabis for chronic pain: results from 34 'n of 1' studies. *Anaesthesia* 2004; 59:440-52.
41. Buggy DJ, Toogood L, Maric S, Sharpe P, Lambert DG, Rowbotham DJ. Lack of analgesic efficacy of oral delta-9-tetrahydrocannabinol in postoperative pain. *Pain* 2003;106:169-72.
42. Petro DJ, Ellenberger Jr C. Treatment of human spasticity with delta 9-tetrahydrocannabinol. *J Clin Pharmacol* 1981;21 (8-9 Suppl):413S-416S.
43. Ungerleider JT, Andyrsiak T, Fairbanks L, Ellison GW, Myers LW. Delta-9-THC in the treatment of spasticity associated with multiple sclerosis. *Advances in Alcohol (Substance Abuse)* 1987;7:39-50.
44. Martyn CN, Illis LS, Thom J. Nabilone in the treatment of multiple sclerosis. *Lancet* 1995;345:579.
45. Killestein J, Hoogervorst EL, Reif M, Kalkers NF, Van Loenen AC, Staats PG, et al. Safety, tolerability, and efficacy of orally administered cannabinoids in MS. *Neurology* 2002;58:1404-7.
46. Zajicek J, Fox P, Sanders H, Wright D, Vickery J, Nunn A et al. Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003;362:1517-26.
47. Vaney C, Heinzl-Gutenbrunner M. Efficacy, safety and tolerability of an orally administered cannabis extract in treatment of spasticity in patients with multiple sclerosis: a randomized, double blind, placebo-controlled, crossover study. *Multiple Sclerosis ECTRIMS* 2003;9:S14.
48. Rog D, Young CA. Randomized controlled trial of cannabis-based medicinal extracts in the treatment of neuropathic pain due to multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis ECTRIMS* 2003;9:S25.
49. Wade DT, Robson P, House H, Makela P, Aram J. A preliminary controlled study to determine whether whole-plant cannabis extracts can improve intractable neurogenic symptoms. *Clin Rehabil* 2003;17:21-9.
50. Greenberg HS, Werness SAS, Pugh JE, Andrus RO, Anderson DJ, Domino EF. Short-term effects of smoking marijuana on balance in patients with multiple sclerosis and normal volunteers. *Clin Pharmacol Ther* 1994;55:324-8.
51. Brady CM, Dasgupta P, Wieman OJ, Berkley K, Fowler CJ. Acute and chronic effects of cannabis based medicinal extract on refractory lower urinary tract dysfunction in patients with advanced multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72:139.
52. Clifford DB. Tetrahydrocannabinol for tremor in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1983;13:669-71.
53. Karler R, Turkanis SA. The cannabinoids as potential antiepileptics. *J Clin Pharmacol* 1981;21: 437S-48S.
54. Consroe P, Laguna J, Allender J, Snider S, Stern L, Sandyk R, et al. Controlled clinical trial of cannabidiol in Huntington's disease. *Pharmacol Biochem Behav* 1991;40:701-08.
55. Muller-Vahl KR, Schneider U, Prevedel H, Theloe K, Kolbe H, Daldrup T et al. Delta 9-tetrahydrocannabinol (THC) is effective in the treatment of tics in Tourette syndrome: a 6-week randomized trial. *J Clin Psychiatry* 2003;64:459-65.



56. Frankel JP, Huges A, Lees AJ. Marijuana for parkinsonian tremor. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1990;53:436.
57. Sieradzan KA, Fox SH, Mill M, Dick JPR, Crossman AR, Brotchie JM. Cannabinoids reduced levodopa induced dyskinesias Parkinson's disease. A pilot study. *Neurology* 2001;57:2108-11.
58. Volicer L, Stelly M, Morris J, McLaughlin J, Volicer BJ. Effects of dronabinol on anorexia and disturbed behavior in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:913-9.
59. Ross JS, Shua-Haim JR. Open label study of dronabinol in treatment of refractory agitation in Alzheimer's disease: a pilot study. Program and abstracts of 34th Congress of ASCP [en línea] 2003 Noviembre 14. EurekaAlert [accedido el día 7 de junio de 2004]; 1 (1). URL disponible en <http://www.cannabis-med.org/studies/study.php>
60. Hepler RS, Frank IR. Marijuana smoking and intraocular pressure *JAMA* 1971;217:1392.
61. Porcella A, Maxia C, Gessa GL, Pani L. The synthetic cannabinoid WIN55212-2 decreases the intraocular pressure in human glaucoma resistant to conventional therapies. *Eur J Neurosci* 2001; 13:409-12.
62. Tashkin DP, Reiss S, Shapiro BJ, Calvarese B, Olsen JL, Lodge JW. Bronchial effects of aerosolized delta 9-tetrahydrocannabinol in healthy asthmatic subjects. *Am Rev Respir Dis* 1977;115: 57-65.
63. Fabre LFR, McLendon D. The efficacy and safety of nabilone (a synthetic cannabinoid) in the treatment of anxiety. *J Clin Pharmacol* 1981;21 (Suppl 8-9):377S-82S.
64. Glass RM, Uhlenhuth EH, Hartel FW. The effects of nabilone, a synthetic cannabinoid on anxious human volunteers. *Psychopharmacol Bull* 1979; 15:88.
65. Glass RM, Uhlenhuth EH, Hartel FW. Single dose study of nabilone in anxious volunteers. *J Clin Pharmacol* 1981;21S:383.
66. Ashton CH. Adverse effects of cannabis and cannabinoids. *Br J Anaesthesia* 1999;83:637-49.
67. Voth EA, Schwartz RH. Medicinal applications of delta-9-tetrahydrocannabinol and marijuana. *Ann Intern Med* 1997;126:791-8.
68. Grotenhermen F. How to prevent cannabis-induced psychological distress...in politicians. *Lancet* 2004;363:1568.
69. Pope HG. Cannabis, cognition and residual confounding. *JAMA* 2002;287:1172-4.
70. Strang J, Witton J, May W. Improving the quality of the cannabis debate: defining the different domains. *BMJ* 2000;320:108-10.



GÉNERO Y USO DE DROGAS: LA INVISIBILIDAD DE LAS MUJERES

NURIA ROMO

*Profesora de Antropología de la Salud. Departamento de Antropología y Trabajo Social.
Universidad de Granada. Granada (España)*

La perspectiva de género en los estudios sobre usos de drogas

El estudio de las formas en las que se pueden usar «drogas» ha tenido distintos momentos en los que han variado los abordajes en su estudio. Entre las perspectivas o modelos más utilizados se suele distinguir entre el enfoque jurídico, el médico-sanitarista y el socio-cultural^{1,2}. Los modelos se han sucedido y, en realidad, suelen convivir o se priorizan de distinta manera a la hora de investigar un tema tan complejo como los usos de drogas en las sociedades actuales³. En la visión antropológica, que parte del enfoque socio-cultural, comprender el significado del consumo de drogas, el modo en que se consumen, el comportamiento que producen, la definición de las sustancias o sus consumos como problemáticos o no, requiere

mirar al contexto socio-cultural en el cual toman la forma que tienen⁴.

Si el significado o la realidad social de cualquier sustancia se encuentra en el contexto en el que ésta se halla, la consecuencia es que una sustancia no tiene una realidad externa a la percepción cultural que se tiene de ella. Un ejemplo clásico de esta fuerte influencia del contexto social y cultural en nuestra percepción de las distintas sustancias psicoactivas está en los diferentes usos que se producen en las sociedades tradicionales cuando las comparamos con las actuales de economía globalizada. Por ejemplo, en las comunidades campesinas peruanas perdura el modelo de uso de la hoja de coca del Imperio Inca, la cual es usada entre las mujeres campesinas en rituales religiosos y como remedio contra el cansancio, el hambre y el mal de altura o «puna». En nuestras sociedades la cocaína, derivada de la misma planta, es usada por distintos grupos, entre ellos el de las nuevas mujeres ejecutivas de las grandes ciudades europeas, que la usan buscando mejorar el rendimiento en su trabajo, pero también para divertirse y relacionarse socialmente.

Licenciada en Sociología y Ciencias Políticas y Doctora en Antropología Social por la Universidad de Granada. Es miembro del Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada. Está especializada en la aplicación de la perspectiva de género al ámbito de la salud y, en concreto, a conductas de riesgo como el uso de sustancias psicoactivas.



La comprensión del contexto socio-cultural supone incluir la situación social, político-económica y dar primacía a las posturas mantenidas por los usuarios o usuarias a la hora de estudiarlos. Esta visión permite que se contemplen los puntos de vista de las mujeres usuarias de sustancias psicoactivas. Y este es el punto al que nos interesa llegar, ya que permite así la inclusión de la perspectiva de género y la mirada feminista.

El género es una perspectiva teórica y metodológica. Su «popularización» en los últimos años a la hora de abordar el estudio de los distintos usos de drogas se debe en parte a la comprensión de que las mujeres han sido relativamente invisibles en el ámbito de las ciencias sociales antes de los años setenta y al auge de los feminismos que, en sus distintas versiones, han forzado el que salieran a luz temas «de las mujeres», rompiéndose la tendencia al androcentrismo predominante en el ámbito científico.

El género, sin embargo, no tiene por objeto de estudio a las mujeres o los roles de las mujeres. El género trabaja con las distintas formas en las que las nociones de varón y mujer son construidas⁵. Es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos. Es así una forma primaria de relaciones significantes de poder⁶. Hemos de señalar que en esta forma primaria de relaciones significantes de poder las mujeres se sitúan en posiciones dependientes y en inferioridad cuando las comparamos con las de los varo-

nes. En este sentido, se cree que la ciencia y sus instrumentos conceptuales son fruto de la experiencia del varón blanco, occidental y burgués⁷.

Ha sido común partir de esa diferenciación sexo/género para entender el concepto y abordar objetos de estudio concretos. Sexo en alusión a aspectos biológicos de dimorfismo sexual, mientras que género agrupa los aspectos psicológicos, sociales y culturales que en una determinada sociedad se describen como propios de varón y mujer. Esta oposición entre biología y cultura no sólo es simplista sino falsa. Ha provocado que lo referente al sexo se haya estudiado desde la anatomía, la fisiología, la endocrinología, la neurología y la genética, mientras que lo relativo a género ha sido objeto de estudio desde las ciencias sociales, la sociología, la antropología y la psicología principalmente. Catalogar sexo como biológico y género como psicosocial o antropológico impide una correcta comprensión de la realidad.

Feminismo significa que la perspectiva de género o de las mujeres es aplicada a una variedad de fenómenos sociales o del ámbito de la salud⁸. Creo que el análisis feminista es el que señala las desigualdades en el género, clase y orden étnico de una sociedad. Existen diferentes corrientes dentro del feminismo que varían en el ámbito político y epistemológico. Los estudios feministas tienen una dimensión claramente interdisciplinaria: sus nuevas herramientas conceptuales permiten abordar de forma transversal toda la producción de conocimiento y desestabilizar las



pretensiones universalistas de sus fundamentos tradicionales⁹.

Así, las propias investigadoras que hemos desarrollado nuestro trabajo sobre los usos de drogas por las mujeres y, conforme vamos avanzando en la inclusión de la perspectiva de género, tendemos a cuestionar trabajos que de manera simplista han tratado de abordar este objeto de estudio diferenciando entre sexos. En este mismo sentido, algunas autoras han señalado cómo los enfoques biomédicos, centrados en la aproximación epidemiológica en la que el sexo es una variable más, ignoran la forma en la que las realidades sociales del género, como opuestas al simple sexo biológico, se manifiestan en los cuerpos de las mujeres a través de la creación de lo que un antropólogo de la medicina ha llamado de manera poética «lesiones de la vida»¹⁰. Estas «lesiones de la vida» adoptan diferentes formas en la vida de las mujeres; una de ellas es la medicalización continua de problemas de salud/enfermedad relacionados con su situación de inferioridad de género y que, como veremos a continuación, tanto peso tiene para poder comprender los usos que de las sustancias psicoactivas hacen las mujeres.

Aplicar la perspectiva de género al ámbito de los estudios sobre los usos de drogas supone cuestionar los modelos epidemiológicos basados en las diferencias de sexo y atender a la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas sustancias psicoactivas. Aquí el género es una perspectiva metodológica,

un modo de conocimiento de la realidad social que permite comprender la diferencia. En este sentido, es una perspectiva metodológica necesitada de los datos cualitativos, de la reconstrucción de los discursos que permita cuestionar y aclarar los datos epidemiológicos^{11,12}.

Mujeres que usan drogas: construcción histórica de la diferencia

Disponemos de escasos datos que aludan a la situación del uso de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres españolas desde una perspectiva histórica. En Estados Unidos esta realidad ha sido estudiada de una manera más comprensiva. Así, en el siglo XIX la mayoría de usuarias de opiáceos en este país eran mujeres que los utilizaban como medicamentos para tratar multitud de dolencias, asociadas a la imagen de la mujer victoriana como menos capaz de enfrentar el dolor que el varón y, por tanto, más necesitada de medicación. En Estados Unidos el prototipo de «usuario de drogas» en ese período ha sido descrito como «mujer blanca, de clase alta y del sur». Los registros de la época citan problemas ginecológicos como la principal causa de uso, pero también la «neurastenia», definida como condición crónica física y mental producida por un agotamiento del sistema nervioso¹³. Cocaína y opiáceos y cánnabis fueron ampliamente prescritos para tratar estos «problemas de las mujeres».



Cambios en la industria farmacéutica y la «cruzada antidrogas estadounidense», que se inicia con la Harrison Act en 1914, alteraron esta tendencia. Al igual que la cocaína y los opiáceos habían sido publicitados en el siglo XIX, será a partir de 1950 cuando la industria farmacéutica tome las riendas del «tratamiento de las mujeres» a través del uso de tranquilizantes¹⁴. Estas compañías vieron la forma de explotar bien las necesidades de las mujeres, utilizando la necesidad de ayudar a la irritable e inestable ama de casa a mantenerse estable, pero también a las jóvenes o a las más mayores para enfrentarse a sus necesidades diarias¹⁵.

La «problemática» asociada al uso de drogas tal y como la conocemos hoy se gesta en nuestro país en las primeras décadas del siglo XX¹⁶. Usó ha documentado en España el uso de cocaína a principios de este siglo entre las prostitutas y el uso de morfina entre las mujeres de clases altas¹⁷. Existen muestras del uso yatrogénico de opiáceos que de venía en automedicación, situación en la que las mujeres eran consideradas como enfermas durante estas primeras décadas¹⁸.

A partir de los años setenta el contexto predominante de uso terapéutico daría el relevo al inicio de los usos lúdicos y recreativos, cuya sustancia emblemática será en un principio la heroína, alternando en las décadas siguientes las tendencias de consumo recreativo de otras drogas ya ilegales como la cocaína, las drogas de síntesis y la escalada imparable del cánnabis en los últimos años, que llega a ser en este momento la sustancia de uso más prevalente en nuestro país. En el

uso de todas estas drogas, a excepción del cánnabis, la representación femenina en el consumo será muy inferior a la de los varones y está asociada a una imagen social de las mujeres muy peyorativa y rechazada socialmente¹⁹.

En estas décadas de uso recreativo de sustancias psicoactivas, el discurso público acerca del uso de «drogas» se conforma en base a juicios condenatorios y estigmatizantes sobre el comportamiento de las mujeres. Hay situaciones claves en las que esta imagen pública toma forma. En los primeros años noventa se difunden ampliamente noticias acerca del uso de dos de las sustancias más dañinas y de las que sabemos que las mujeres son escasamente consumidoras, pero que contribuyen a sustentar la idea de la consumidora de drogas como la «madre que daña a sus bebés», las «malas madres».

Dos hechos generan en los Estados Unidos una fuerte alarma social con posibles repercusiones en el resto del mundo, dada la importancia de este país en el establecimiento de políticas sobre drogas en otros países. El «daño fetal» de las usuarias de crack a sus bebés y la transmisión vertical del VIH por madres usuarias de drogas llevaron a principios de los años noventa a lo que algunas autoras han señalado como «pánico moral» contra las mujeres que consumen drogas. Las madres usuarias de crack fueron demonizadas²⁰. Se informó ampliamente de que no tenían interés en sus hijos/as. Se inició así una persecución criminal en diferentes estados americanos que en algunos casos terminó en encarcelamientos de mujeres.



Las actitudes públicas hacia las embarazadas usuarias de drogas deben de haber sido similares a las de los Estados Unidos en Europa, pero parece no haber investigaciones específicas²¹. Sabemos que, en algunos países europeos como, por ejemplo, el Reino Unido, el daño causado a los niños/as por madres «usuarias de drogas» ha sido asociado con muertes accidentales de los infantes tras el consumo de metadona prescrita a sus padres o con casos de negligencia paterna-materna entre usuarios/as de heroína. No hay estadísticas sobre el número de casos que se producen, pero la cobertura de los mass media suele ser bastante fuerte y emocional.

A pesar de los cambios de tendencia en los usos de drogas y de la poca importancia relativa que estos consumos tienen entre las mujeres, estas noticias se asocian a roles y estereotipos de género, y ayudan a la construcción de la imagen de la «mujer drogodependiente», estigmatizada y doblemente rechazada. Podríamos decir que las mujeres que usan drogas ilegales son rechazadas doblemente, por contraponerse a los roles femeninos clásicos y por su relación con la ilegalidad.

La epidemiología del uso de drogas por las mujeres

Desde que se creó el Plan Nacional sobre Drogas en 1985, en nuestro país disponemos de indicadores epidemiológicos sobre los usos de drogas que muestran prevalen-

cias y tendencias a largo plazo asociadas a consumos de drogas. Esta información constituye la base para diseñar políticas sobre drogas y es utilizada con frecuencia por los expertos para explicar nuevas tendencias. La información proporcionada por estas encuestas pone de manifiesto la incorporación de las mujeres a unos usos u otros a lo largo del tiempo. Sin embargo, éste es un modelo de conocimiento que expresa poco acerca de los motivos y razones que llevan a las mujeres a usar unas sustancias y no otras y a diferenciarse de los varones en las formas de consumo. En este sentido creo que es «invisibilizador», ya que hace que las mujeres que usan sustancias psicoactivas desaparezcan.

En los últimos años se han iniciado otros abordajes para estudiar los usos de drogas por las mujeres, han surgido distintas perspectivas de estudio entre las que se han tratado de recuperar los discursos de las mujeres y de situar el tema en los motivos, razones o sentimientos de las mujeres. A continuación voy a presentar algunas de estas tendencias epidemiológicas que se han señalado en nuestro país y los principales resultados de los estudios que creo proporcionan información para comprender la situación actual y las necesidades futuras de estudio e investigación.

Las mujeres usan drogas legales

Las mujeres parecen caracterizarse por usar menos drogas que los varones. Los da-



USO DE DROGAS Y DROGODEPENDENCIAS

TABLA 1. Uso de drogas alguna vez en la vida. Población de 15-64 años. Año 2001

Droga	Varones %	Mujeres %
Cánnabis	31,9	16,9
Cocaína	7,3	2,4
Éxtasis	6,2	2,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

tos epidemiológicos revelan de manera unánime que las mujeres usan drogas legales y los varones drogas ilegales. Si atendemos a los datos de la Encuesta Domiciliaria de Consumo de Drogas, las prevalencias de consumo de las drogas de comercio ilegal más populares en el estado español son consumidas con más frecuencia por los varones que por las mujeres, de manera que las prevalencias de consumo de los varones duplican o triplican las de las mujeres (tabla 1). Estos resultados se repiten entre las personas en edad escolar que han usado alguna vez en la vida las principales sustancias de comercio ilegal que en este momento se consumen en España. Si atendemos a los datos de la Encuesta

Escolar de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (tabla 2) vemos que el número de varones siempre es superior al de mujeres.

Sin embargo, en las últimas décadas se viene produciendo un aumento progresivo del uso de sustancias «legales» entre las mujeres, en concreto, en el de tabaco, alcohol y psicofármacos entre las mujeres jóvenes y adultas en el estado español. El cánnabis es la única sustancia de comercio ilegal cuya prevalencia de uso aumenta de manera constante entre las mujeres en los últimos años, circunstancia que probablemente esté relacionada con la normalización de su uso entre la población española. El aumento del consumo de tabaco se ha venido detectando en los últimos años de manera continuada entre las mujeres españolas. Los datos proporcionados por el Observatorio Español sobre Drogas ponen de manifiesto que en el año 2001 un 35,1% de los españoles de 15 a 64 años eran fumadores diarios, produciéndose este aumento sobre todo en las mujeres, entre las cuales la prevalencia de consumo diario pasó del 27,7% en 1995 al 30,1% en 2001. De hecho, en el

TABLA 2. Uso de drogas alguna vez en la vida. Población de 14 a 18 años. Años 1994-2000-2002

Sustancia	Varones %			Mujeres %		
	1994	2000	2002	1994	2000	2002
Cánnabis	23,7	33,5	39,7	18,0	29,0	34,2
Cocaína	2,9	6,6	8,6	1,8	4,3	6,3
Éxtasis	4,5	6,8	6,7	2,5	4,6	5,7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).



2001 entre los jóvenes de 15-29 años ya no había diferencias por género en la proporción de fumadores diarios²². Los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud se sitúan en la misma dirección. El porcentaje de varones fumadores ha disminuido de manera notable en España y ha pasado del 65% al 42,1% entre 1978 y 2001, mientras que el de las mujeres fumadoras ha ido creciendo en el mismo período desde el 17% al 27%²³.

El incremento en el uso de alcohol entre las españolas se viene percibiendo en las últimas décadas y se ha intensificado en los últimos años²⁴, cambiando las formas de uso y asociándose al fin de semana con ingestas más compulsivas y concentradas²⁵. Algunos autores han señalado una equivalencia en las tasas de consumo de alcohol entre los dos sexos en estos grupos de edad²⁶. Es lo que se ha llamado patrón recreativo y que en algunas zonas andaluzas se conoce como «botellón» o práctica de consumir alcohol de forma intensa los fines de semana.

La encuesta sobre drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas muestra para el grupo de personas de 15 a 65 años en el estado español un aumento progresivo en el consumo de alcohol desde el año 1995. En el estudio publicado en el 2001, se refleja que las prevalencias de consumo son mucho más elevadas entre los hombres que entre las mujeres en todos los grupos de edad. Este aumento del consumo parece deberse al incremento entre las mujeres más jóvenes, las que se encuen-

tran entre los 15 y 19 años. Si atendemos a los datos epidemiológicos de la población escolar en España, que son los que reflejan las tendencias entre este grupo de la población, vemos que las mujeres jóvenes ya superan a los varones en todas las prevalencias de consumo de alcohol, incluso en el consumo más habitual. Esta situación ha llevado a autoras como Josefa Gómez a afirmar que actualmente el perfil clásico de la mujer alcohólica parece que se haya desdibujado. Aparentemente, este perfil ha sido sustituido por una nueva imagen del alcoholismo femenino referido a un tipo de mujer que se excede en el consumo, es muy joven y bebe de forma intermitente y compulsiva²⁷.

Pero si hubiera que destacar algún tipo de sustancia que diferencie a las mujeres de los varones, que le afecte de manera diferencial y en todos los grupos de edad y de la que se pudieran temer consecuencias adversas para su salud, éstas son los psicofármacos, sea por uso prescrito desde el ámbito médico o consumidos de forma «ilegal». En una investigación llevada a cabo por EDIS para estimar la prevalencia del consumo de drogas entre la población femenina se mantenía que las mujeres con un consumo habitual de tranquilizantes representan en España el 3,5% de la población. Según estas prevalencias tendríamos que unas 590.000 mujeres consumirían estos fármacos de forma habitual. La prevalencia del consumo de tranquilizantes entre las mujeres es tres veces superior a la de los varones²⁸.



La información disponible sobre la prescripción y consumo de antidepresivos, hipnóticos y sedantes destaca que éstos mantienen una elevada escalada en su consumo a lo largo de las dos últimas décadas. Los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo revelan un crecimiento lineal cada año durante la última década. Ya en 1999, entre los quince fármacos de mayor consumo figuraban tres ansiolíticos benzodiacepínicos. El número de envases que se vendieron en el año 2001 fue de 62.116. El perfil de consumidora es el siguiente: mujeres de 35 años en adelante principalmente casadas y viudas; de nivel educativo bajo; pensionistas y amas de casa, pero también paradas y profesionales; de todas las clases sociales y de todos los hábitat²⁹. Las fuentes principales de obtención son a través del personal sanitario y de amigas o familiares que consumen. En este mismo sentido, y en referencia al uso sin prescripción, el Observatorio Español sobre Drogas ha señalado un aumento en los problemas relacionados con el consumo sin receta de hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos). En concreto, el número de tratamientos por abuso o dependencia a estas sustancias ha pasado de 186 en 1996 a 469 en 2001.

Todos éstos que hemos señalado son usos de drogas «legales» que son poco rechazadas socialmente y que merecen escasa atención cuando se habla de las «drogas», pero ¿qué es lo que ocurre entre las mujeres más jóvenes? ¿Siguen estas mismas tendencias?

Las chicas se arriesgan y usan más «drogas»

Desde hace unas décadas se mantiene que las ratios varón/mujer referidas al uso de sustancias de venta ilegal son más bajas en la población más joven, es decir, que las chicas se acercan más en prevalencia de consumo a los chicos. En Estados Unidos, a finales de los años sesenta, estudios epidemiológicos confirmaron que numerosos adolescentes y jóvenes adultos usaban drogas ilegales. En particular, la prevalencia del uso de marihuana entre las estudiantes parecía ser sorprendentemente alta, con una menor prevalencia que entre los varones, pero mucho más alta de lo que se podía prever a partir de la creencia de que las chicas suelen implicarse menos en actividades ilegales. La mayoría de las estimaciones sobre el uso de drogas ilegales por mujeres jóvenes acortaba las diferencias existentes con los varones durante el período que va de 1967 a 1972. Esta tendencia hacia la convergencia de las ratios masculino/femenino no continuó aparentemente una vez pasada la primera mitad de los años setenta, pero las ratios de género para todos los tipos de drogas se mantienen mucho más bajas para los jóvenes americanos que para la población adulta³⁰.

En Europa, esta misma tendencia fue señalada a finales de los años noventa por el Consejo de Europa, que mantenía que «...en los últimos años el uso de drogas entre las mujeres en Europa está sufriendo dramáticos cambios...con las mujeres progresando rápidamente hacia los mismos ni-



veles de consumo que los varones»³¹. Estudios específicos como el de Parker y Meas-ham pusieron de manifiesto que en Inglaterra, a principios de los años noventa, las tradicionales distinciones de género basadas en las ratios de prevalencia del uso de drogas, en los que se veía ‘ser mujer’ como un factor de protección de cara al uso de drogas, estaban en declive³². El principal hallazgo de esta investigación estriba en que en la muestra obtenida, a las edades de 14 y 15 años, más chicas que chicos habían consumido drogas alguna vez en la vida, así como en el último año y mes. A los dieciséis años, a pesar de que las chicas continuaban superando a los chicos a la hora de haber consumido una droga alguna vez en la vida o en el año previo a la entrevista, los chicos las superaban en el uso de drogas durante el último mes. En el cuarto año del estudio y a la edad de 17, los chicos de la muestra superaban a las chicas en la mayoría de los estadísticos que medían el uso de drogas.

En base a la información epidemiológica de la que disponemos, en nuestro país se muestra esta misma tendencia. Las ratios masculino/femenino para el uso de drogas ilegales suelen acortarse en los grupos de edad más joven y se distancian cuando las mujeres avanzan en edad. Quizás acercarse a los varones en los usos de drogas ilegales sea una situación transitoria, que se diluye cuando las mujeres envejecen y asumen los roles más tradicionales y poco relacionados con conductas de riesgo, como consumir «drogas ilegales».

¿En qué se diferencian las mujeres cuando usan drogas?

Es probable que distintos elementos del contexto que forman la construcción de género, del «ser mujer» en nuestra sociedad, influyan en la forma en que las mujeres usan drogas ilegales y así no sean equivalentes los modos de iniciarse y continuar en el consumo de las diferentes sustancias, la posible susceptibilidad a los daños, el contexto social en el que consumen o las formas en las que acceden al tratamiento.

En este sentido, tendríamos que señalar que los abordajes más comprensivos hacia la situación de las mujeres -la perspectiva cualitativa- revelan que muchas de las diferencias entre varones y mujeres que usan drogas se relacionan con el género más que con el uso de sustancias. A fin de cuentas, las diferencias en el uso de las sustancias psicoactivas reflejan diferencias sociales entre los varones y las mujeres (como las responsabilidades parentales y la desigualdad en la negociación de las relaciones personales). Éstos son algunos de los resultados que se han puesto de manifiesto en la investigación sobre los usos de drogas y proporcionan información para la construcción de ese conocimiento sobre la forma en que las usan las mujeres.

Factores de riesgo para el uso de drogas

Se ha mantenido que los factores de riesgo para el uso de drogas son distintos en los



varones y en las mujeres. Samanta Wright ha resumido los resultados de la literatura sobre este tema mostrando que, cuando se las compara con los varones, las mujeres usuarias de drogas tienen peores antecedentes que éstos³³.

En uno de los últimos estudios realizados en España para estudiar el consumo de drogas entre la población femenina se señalaba que, en general, en el ámbito familiar tendría efectos muy importantes el que los padres hayan tenido un consumo abusivo de alcohol o drogas. El estrés que produce en las mujeres realizar el trabajo doméstico y cumplir con una jornada laboral predispone a un consumo paliativo de drogas como los psicofármacos. En el ámbito de lo personal, las situaciones de tensión por no poder superar las dificultades y problemas o la pérdida de confianza en sí mismas y la insatisfacción les inducen a buscar la evasión en el uso abusivo de alcohol, uso compulsivo de tabaco o a intentar calmar la ansiedad a través de los tranquilizantes³⁴.

Se ha señalado también una serie de factores de riesgo diferenciales entre varones y mujeres de cara al inicio y mantenimiento en el uso de drogas, entre los que se encuentra la imagen corporal, la violencia contra las mujeres, los roles asignados, la dependencia afectiva, la publicidad específica o factores asociados al ámbito laboral que requerirán estudios específicos. Por ejemplo, en el caso de las usuarias de tabaco pero también de éxtasis, sabemos que la imagen corporal es un elemento importante a la hora de abordar la prevención y el tratamiento por la mayor

presión social hacia la mujer para mantener un cuerpo delgado y esbelto y las consecuencias sobre el peso del abandono del hábito.

Iniciación y continuación en el uso de drogas

La influencia del género en la forma de inicio dependerá del tipo de sustancia. El alivio del malestar usando psicofármacos conseguidos a través del personal sanitario o de familiares tendrá poca relación con el inicio en el uso de sustancias como la heroína, respecto de la que se ha mantenido, cuando se ha investigado, que la iniciación de las mujeres suele producirse a través de sus parejas con más frecuencia que en los varones³⁵. Esta afirmación es generalizada por algunos autores al resto de las sustancias al señalar que «esta forma de iniciación parecía ser generalizable sin tener en cuenta el tipo de sustancia usada en la primera ocasión».

Este tipo de generalizaciones ha sido puesta en cuestión por otras autoras que piensan que puede que este hecho no sea tan común como parece y responda a la mirada hacia las usuarias de drogas a través del estereotipo de mujer pasiva y dependiente de su pareja que no siempre se ha encontrado en los estudios³⁶⁻³⁸.

En el caso del uso de drogas de síntesis como el éxtasis, la información cualitativa y centrada en el contexto ha vuelto a demostrar que este tipo de afirmaciones puede que sea fruto de la aplicación de estereotipos de género. El inicio en el consumo de éxtasis se



produce entre las mujeres principalmente con sus amigas y amigos, de forma que es el grupo de iguales el que ejerce la mayor influencia para tomar la decisión de consumir por primera vez³⁹.

Además de iniciarse de una determinada forma, puede que las mujeres tengan unos motivos específicos para consumir determinadas sustancias. En la investigación realizada por EDIS para el Instituto de la Mujer se señala que la principal motivación aducida, tanto por el global de las mujeres como por las escolares, para el consumo de drogas sería la búsqueda de placer y diversión.

Los motivos que se han recogido para iniciarse en el uso de heroína por autoras como Rosenbaum, Taylor o Meneses han sido la curiosidad, buscando excitación y euforia. Al igual que en el caso de los varones, se ha constatado cómo el uso de heroína puede ofrecer una estructura a su vida diaria, y la venta de drogas puede ofrecer acceso a dinero, status e identidad. La investigación realizada con usuarias de éxtasis revela motivos similares, y las consumidoras refieren experiencias con el éxtasis que suelen reflejar curiosidad, búsqueda de sensaciones positivas y placenteras y el deseo de experimentar. La mayoría de los motivos expresados por este tipo de usuaria de drogas coincide con los expresados por los varones. Las mujeres que usan sustancias como el éxtasis parecen llevar a cabo un rol muy activo en los primeros consumos, remarcando su interés por conocer y experimentar con nuevas sensaciones. Todos éstos son elementos del contexto que rodea los usos de drogas y que

explican y matizan algunos de los datos epidemiológicos que requerirían distintas investigaciones para alcanzar una perspectiva feminista.

Susceptibilidad a los efectos secundarios adversos derivados del uso de drogas

En la investigación clínica se ha señalado que, dadas las diferencias fisiológicas, el grado de seguridad en el uso de una sustancia es menor para las mujeres que para los varones. El cuerpo femenino contiene diferentes proporciones de grasa y de agua que el de los varones, lo que afecta a los índices de absorción y al efecto acumulado del alcohol, del cánnabis y de algunas benzodiazepinas, precisamente las sustancias que más consumen las mujeres. En el caso del uso de heroína, esta diferente forma de distribución de la grasa y la tendencia a tener venas más pequeñas y menos prominentes que las de los varones hace que tengan más problemas a la hora de encontrar venas inyectables⁴⁰.

También se ha señalado que, quizás porque usen cantidades equivalentes de drogas, las mujeres tienden a desarrollar problemas de salud relacionados con el uso de drogas antes que los varones⁴¹. En este sentido, algunos autores/as del ámbito anglosajón han mantenido que, comparadas con los varones, las carreras de las mujeres que usan drogas son más «comprimidas», y que las mujeres se hacen dependientes y buscan tratamiento antes que los varones⁴². La experiencia etno-



gráfica pone de manifiesto, sin embargo, un uso más espaciado y cauteloso por parte de las usuarias de éxtasis, ya que toman las sustancias fraccionando las pastillas y prolongando el uso a lo largo del tiempo. Las usuarias de heroína parecen generar estrategias similares, probablemente de cara a minimizar los efectos secundarios adversos de las sustancias que consumen.

La literatura clínica señala cambios hormonales provocados por el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia como alteradores de los efectos del uso de drogas por parte de las mujeres. En este ámbito de la investigación, el uso de drogas por las mujeres se ha relacionado con el cáncer de mama y con problemas ginecológicos^{43,44}. Estos datos están por revisar desde una perspectiva de género que incluya los discursos de las propias mujeres, cuestionándose el androcentrismo y el modelo criminalizador al que hemos tendido al estudiar los distintos usos de drogas.

Reflexionando sobre el género de los usos de drogas

Las mujeres siguen consumiendo en proporciones mínimas las drogas ilegales de mayor rechazo social. El consumo de drogas ilegales entre las mujeres lleva consigo una carga emocional de disgusto y miedo a lo público, quizás por su rol todavía predominante en nuestras sociedades como esposa dependiente y cuidadora. Usar una sustancia ilegal supone para las mujeres no sólo ser clasificadas de desviadas por sus usos de

drogas, sino también por contraponerse a la definición social de lo que debe de ser el comportamiento «femenino»⁴⁵. Incluso entre los propios usuarios de drogas las mujeres consumidoras generan rechazo, de manera que éstos manifiestan su preferencia por parejas femeninas «libres de drogas». El carácter legal o ilegal de la sustancia psicoactiva que se use parece interaccionar con el sexo provocando una relación particular de las mujeres con las «drogas», decantando sus preferencias por el uso legal, si es posible prescrito desde el ámbito médico. Siguiendo a Ettore, para acercarnos a los usos de las mujeres quizás sería más apropiado hablar de sustancias y no de drogas para poder referirnos a esta realidad.

Si nos fijamos en los usos de drogas «ilegales» entre las mujeres como grupo, quizás lo menos importante sea señalar que son «una minoría», «menos» o «insignificantes» y recalcar que son mayoría en «otras sustancias» que pueden tener diferentes consecuencias adversas para la salud, y que únicamente se diferencian en que son «legales» y, por tanto, aceptadas socialmente y en muchos casos prescritas por el sistema sanitario. Quizás necesitemos un cambio de mirada ya que, en general, esta asunción bien establecida ha llevado a evitar el estudio de los usos de drogas entre las mujeres o a considerarlos anecdóticos.

Retomando el tema de la importancia del contexto social y cultural para comprender el uso de las distintas sustancias psicoactivas, puede que sea en este contexto donde las diferencias entre varones y mujeres que usan



drogas ilegales se generen y sean exacerbadas por la estructura de las relaciones de género. Por ejemplo, el mayor número de problemas familiares referidos por las mujeres tiene relación con diferentes factores: el comportamiento apropiado que se espera de los distintos sexos; el estigma y la desaprobación del uso de drogas por las mujeres, etc. De hecho, algunos de los datos que hemos mostrado sobre la forma de inicio y mantenimiento en el uso de drogas ilegales se matizan y comprenden cuando nos remitimos al contexto en el que estos usos tienen lugar.

La estructura de género puede ayudar a explicar las motivaciones específicas entre las mujeres para iniciarse, continuar en el uso o en las consecuencias tras el uso. Entender mejor los factores contextuales, y entre ellos los de género, supone relacionar los usos de sustancias psicoactivas con la posición socioeconómica y otras diferencias entre las propias mujeres, sean de edad, clase o grupo étnico, que suelen darse por supuestas y nos llevan a hablar con frecuencia de «las mujeres» como de un colectivo sin fracturas.

Supone también ahondar a través de metodologías de investigación comprensiva en los motivos, razones y sentimientos de las mujeres que usan sustancias psicoactivas.

Todos éstos son ámbitos en los que hemos de desarrollar investigaciones en el futuro buscando generar esa «mirada feminista». En este sentido, sería importante dejar de considerar los análisis de género como un «aspecto marginal» o «cosa de mujeres» y pasar a entenderlo también como un aspecto fundamental de la comprensión de los com-

portamientos de los varones: varones y mujeres que consumen sustancias psicoactivas que repercuten en sus tipos de usos y en las consecuencias para su salud.

Referencias bibliográficas

1. Grup IGIA y colaboradores. Documento marco sobre reducción de daños. Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad. GRUP IGIA, 2001.
2. Romaní O. *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel, 1999.
3. Vega Fuente A. Drogas. Qué políticas para qué prevención. En: Vega Fuente A (coord.). *El fenómeno de las drogas como cuestión política*. Donostia: Gakoa, 2002.
4. McDonald M (ed). *Gender, drink and drugs*. Vol. 10. (Cross-cultural perspectives on women). Oxford: Berg, 1994.
5. McDonald M (ed). *Gender, drink and drugs*. Vol. 10. (Cross-cultural perspectives on women). Oxford: Berg, 1994.
6. Scott JW. Gender: a useful category of historical analysis. *American Historical Review* 1986; 91(5):.
7. Harding S. Is there a feminist method? En: Tuna N (ed). *Feminism and Science*. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press, 1987.
8. Alvesson M, Sköldbberg K. *Reflexive methodology. New vistas for qualitative research*. London: Sage, 2002.
9. Sánchez D. Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso. En: Barral MJ, Magallón C, Miqueo C, Sánchez MD (ed). *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de las mujeres*. Barcelona: Icaria, 1999.
10. Inhorn MC, Whittle KL. Feminism meets the «new» epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Social Science and Medicine* 2001;53:553-67.



11. Romo Avilés N. Género y etnografía entre personas usuarias de drogas: el caso del «éxtasis en la cultura del baile». *Trabajo Social y Salud* 2001;39:321-33.
12. Järviluoma H, Moisala P, Vilkkio A. *Gender and qualitative methods*. London: Sage, 2003.
13. Kandall SR. The history of drug abuse and women in the United States. En: Wetherington CL, Roman AB (ed). *Drug Addiction research and the health of women*. U.S. Department of Health and Human Services: National Institute on Drug Abuse, 1998.
14. Burin M. Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En: Burin M, Dio Bleichmar E (ed). *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós, 1996.
15. Littlewood R. Symptoms, Struggles and Functions: What does the overdose represent? En: McDonald M (ed). *Gender, drink and drugs*. Oxford: Berg, 1994.
16. Escototado A. *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Forum, 1998.
17. Usó Arnal J-C. *Génesis y desarrollo del «problema de las drogas» en España: 1850-1993*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1994.
18. Meneses Falcón MC. De la morfina a la heroína: el consumo de drogas en las mujeres. *Miscelánea Comillas* 2002;60:217-43.
19. Meneses Falcón MC. *Mujer y heroína: un estudio antropológico de la heroínomanía femenina*. Granada: Universidad de Granada, 2001.
20. Rosenbaum M, Murphy S. Women and addiction: process, treatment and outcome. En: Lambert EY (ed). *The collection and interpretation of data from hidden populations*. Rockville: US Department of Health and Human Services, 1990. (NIDA Research Monograph; 98).
21. Klee H. Women, family and drugs. En: Klee H, Jackson M, Lewis S (ed). *Drug misuse and motherhood*. London and New York: Routledge, 2001.
22. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Informe nº 6 del Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2003.
23. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
24. Rubio G, Santo Domingo J (comp.). *Guía práctica de intervención en el alcoholismo*. Madrid: Agencia Antidrogas de la Comunidad de Madrid e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, 2000.
25. Sánchez L. El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española. *Transtornos Adictivos* 2002;4(1):12-9.
26. Calafat A, Amengual M. *Educación sobre alcohol*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 1999.
27. Gómez Moya J. *El alcoholismo femenino: una perspectiva sociológica*. Valencia: Universitat de Valencia. Dpt. de Treball Social i Serveis Socials, 2003.
28. EDIS. *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.
29. Romo Avilés N, Vega A, Meneses C, Gil E, Márquez I, Poo M. Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias* 2003;28(4):372-80.
30. Inciardi JA, Lockwood D, Pottieger AE. *Women and crack-cocaine*. New York: MacMillan Publishing, 1993.
31. Council of Europe. *Women and Drugs: proceedings of the seminar held in Prague*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 1993.
32. Parker H, Measham F. Pick 'n' mix: changing patterns of illicit drug use amongst 1990s adolescents. *Drugs: Education, Policy and Prevention* 1994;1(1):5-13.
33. Wright S. Women's use of drugs. Gender specific factors. En: Klee H, Jackson M, Lewis S (ed). *Drug misuse and motherhood*. London and New York: Routledge, 2001.
34. EDIS. *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.
35. Hser Y, Anglin MD, Booth M. Sex differences in addict careers: Addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987;13(3):231-51.
36. Rosenbaum M. *Women on heroin*. California: Rutgers University Press, 1981.
37. Taylor A. *Women drug users: an ethnography of a female injecting community*. Oxford: Clarendon Press, 1993.



38. Meneses Falcón MC. ¿Una atención específica para mujeres drogodependientes?: reflexiones para el debate. *Revista Proyecto* 2002; 43: 5-9.
39. Romo Avilés N. *Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile*. Donostia: Gakoa, 2001.
40. Hsu LN. Drug and gender issues. Gender in development. 9 January. UNDCP: Focal point on women, 1995.
41. Powis B, Griffiths P, Gossop M, Strang J. The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared. *Subst Use Misuse* 1996;31(5):529-543.
42. Hser Y, Anglin MD, McGlothlin WH. Sex differences in addict careers: initiation of use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987;13(1&2):33-57.
43. Blume SB. Chemical dependency in women: important signs. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1990;16:297-307.
44. Lex BW. Women and illicit drugs: marijuana, heroin and cocaine. En: Gomberg ESL, Nirenberg TD (ed). *Women and substance abuse*. Norwood: Ablex Publishing, 1993.
45. Ertorre E. *Women and substance abuse*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992.

Lecturas recomendadas

Sobre género y salud

- Wilkinson S, Kitzinger C (comp). *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós, 1996.
- Barral MJ, Magallón C, Miqueo C, Sánchez MD (ed). *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de las mujeres*. Barcelona: Icaria, 1999.

Etnografía sobre uso de drogas por mujeres

- Meneses Falcón MC. De la morfina a la heroína: el consumo de drogas en las mujeres. *Miscelánea Comillas* 2002;60:217-43.
- Taylor A. *Women drug users: an ethnography of a female injecting community*. Oxford: Clarendon Press, 1993.



DROGAS, CONSUMO Y CULTURAS JUVENILES

JOAN PALLARÉS GÓMEZ

*Doctor en Antropología Profesor de Antropología. Facultad de Ciencias de la Educación.
Universitat de Lleida. Lleida (España)*

Introducción

Gracias a las investigaciones de antropólogos e historiadores podemos afirmar que el consumo de drogas es una conducta casi universal. También que existe variabilidad en las formas y en las etiquetas de consumo de estas sustancias, por lo que cada sociedad y en cada momento histórico adopta modalidades de consumo distintas. Partiendo de estas aportaciones consideraremos la importancia y relevancia del contexto en el que se producen los consumos de drogas entre los jóvenes, lo cual no significa olvidar a las sustancias ni a los sujetos, sino dimensionarlos en relación a factores contextuales concretos, reconociendo la complejidad y el dinamismo de las posibles relaciones que pueden darse entre ellos¹.

En general se dan diferencias en los usos que de las distintas drogas se hacen: respecto de los efectos que se buscan, de las perso-

nas o grupos que las utilizan, de las situaciones en que lo hacen, y de las motivaciones y los objetivos que se pretenden conseguir con su consumo.

Este recordatorio a modo de introducción no es baladí, puesto que las reflexiones que siguen, que pretenden aproximarse a los consumos actuales de drogas por parte de los jóvenes, se hacen aun a sabiendas de que éstos son sólo un segmento de nuestra sociedad y de que, si bien es evidente que determinadas sustancias tienen más difusión entre los jóvenes, también lo es que los adultos utilizan drogas, aunque en la mayoría de los casos lo hacen de forma, en contextos y con motivaciones y objetivos distintos. Al centrarnos en las culturas juveniles no queremos esconder el consumo de los adultos y sobredimensionar el de los jóvenes, contribuyendo así a la labor de tantos discursos estigmatizadores sobre la juventud, sino que por razones analíticas y de espacio vamos a centrarnos en los jóvenes, pero entendiendo que desde un momento histórico concreto, tanto por los comportamientos de algunas culturas juveniles como por las respuestas sociales y otros factores, los consumos juveniles tienen unos espacios, una significación y unos contenidos propios.

Doctor en Antropología por la Universitat Rovira i Virgili. Profesor de la Universitat de Lleida. Estudiante del tema jóvenes y drogas, de sus funciones y consecuencias. Director del Observatorio sobre nuevos consumos de drogas y estilos juveniles en Cataluña (Instituto Genus).



Culturas juveniles y drogas

En las cuatro últimas décadas se han producido ciclos y cambios que han afectado a la forma de construir socialmente a los jóvenes, a las sustancias utilizadas por algunos de ellos y, cómo no, a los discursos interpretativos sobre el fenómeno.

A pesar de que la juventud como condición social y como imagen cultural aparece a principios del siglo XX, es en la segunda mitad del siglo cuando irrumpe «ya no como un sujeto pasivo sino como actor protagonista en la escena pública»². En este sentido, es en la década de 1960 cuando se empezará a hacer patente en la mayoría de los países desarrollados la aparición de «culturas juveniles», muchas veces vistosas y estridentes.

El movimiento juvenil de los 60 en EEUU, con la revuelta contracultural iniciada en las Universidades de California, el ecologismo, el feminismo, el antimilitarismo, etc., y el mayo del 68 en Francia, facilitaron que la juventud emergiese como un tema central y que se hablase de culturas, subculturas y contraculturas juveniles, vistas con preocupación por las contradicciones sociales que desvelaron y pusieron de manifiesto. Algunos elementos de estos movimientos juveniles, desprovistos de su carácter más radical, han perdurado en el tiempo y han sido más o menos integrados; otros han sido readaptados por el mercado y ofrecidos como elementos de consumo juvenil, y otros han sido relacionados con el consumo de drogas y a veces con la marginalidad.

En la mencionada década de los 60 se reforzaron los tratados internacionales rela-

tivos a la fiscalización y control de determinadas sustancias, impulsados por EEUU, tratados que no consiguieron hacer desaparecer el consumo de drogas, pero sí contribuyeron, entre otras cosas, a generar cambios en las sustancias consumidas y en el tipo de consumidores. Coincidió con la apreciación en aquel país de la difusión de determinadas drogas en los entornos de ciertas culturas juveniles y con una serie de cambios en la condición juvenil que se difundieron progresivamente entre los jóvenes de los países desarrollados. De estos cambios queremos subrayar aquellos que consideramos fundamentales: el retraso en la edad de incorporación al trabajo de los jóvenes y el aumento de su período de escolarización. Paralelamente se estaba fraguando una cierta autonomía de los jóvenes respecto a las obligaciones adultas que, junto a una mayor disponibilidad de tiempo y dinero, les permitirá una relativa independencia del mundo adulto y la búsqueda de espacios y maneras de actuar jóvenes. Este fenómeno tendrá diferentes consecuencias, de las cuales nos interesa constatar:

- La ambivalencia en la forma de ver a la juventud desde los discursos sociales. Por una parte, la juventud será vista como un valor positivo proyectado hacia el futuro: se hablará de la juventud como factor de cambio; pero, por otra parte, algunos comportamientos serán vistos como claras desviaciones y analizados en términos de alarma social (consumo de drogas, antimilitarismo,



etc.), por lo que se reforzará una visión preocupante respecto de los jóvenes.

- Fin del modelo de autoridad patriarcal que respondía a otro momento económico, político y cultural, con lo cual se producirá mayor flexibilidad en los procesos de socialización.

- Eco creciente de los jóvenes en los medios de comunicación de masas, que como ha señalado Feixa (1998) permitirá crear una cultura juvenil internacional-popular, que irá articulando un lenguaje universal con los «mass media» (televisión, radio, discos, cine) que hará que los jóvenes se identifiquen más con sus coetáneos que con los de su clase o etnia.

- Creación de un mercado específicamente juvenil. La llamada sociedad de consumo en su proceso de modernización se ha caracterizado por la creciente ampliación de bienes de consumo, viendo en los jóvenes un sector con capacidad para comprar y para producir innovaciones que hicieran necesario el surgimiento de nuevos productos. Así la «moda juvenil» consigue introducir todo un conjunto de componentes: música, ropa, películas, locales de ocio, revistas, etc., que al ser consumidas generan una identidad: ser joven, y en cierta forma consiguen que determinadas expresiones contra el sistema sean convenientemente integradas y vendidas por el mismo sistema al que pretendían sustituir.

- Relacionar, a partir de la difusión de ciertos comportamientos de la contracultura americana, jóvenes y consumo de drogas ilegales. Independientemente de que en aque-

llos momentos eran una minoría de jóvenes los que en EEUU utilizaban la marihuana, el LSD y la heroína, en el imaginario social se empezó a fraguar la relación jóvenes y drogas que perdurará en el tiempo.

Drogas y culturas juveniles en España

En España el franquismo consiguió, en cierta forma hasta los setenta, aislar a los jóvenes de los procesos culturales que acaecían en Europa y EEUU, reflejado en una tardía presencia de la oferta de drogas ilegales y en la existencia de minorías poco visibles de consumidores³.

A finales de los años setenta en España se produjo un rápido proceso de «modernización», que entre otras cosas incidió en cerrar la etapa autárquica, abriéndonos al exterior, y en la creciente presencia de las drogas, especialmente las ilegales, que jugarán el papel de «marcador social» del cambio acaecido en los jóvenes, introduciéndonos de lleno en el complejo cultural de las drogas ilegales implantado en otros países desarrollados⁴.

En la medida en que los jóvenes empezaron a visualizarse se irán produciendo profundos cambios en las formas, manifestaciones y espacios de ocio juvenil, especialmente nocturno⁵. Paralelamente, dispondrán cada vez de más espacios y tiempo separados de los adultos, lo cual favorecerá la aparición y recreación de culturas específicas, algunas de las cuales utilizarán diferentes drogas como símbolos de identidad, cumpliendo funciones muy distintas.



El alcohol y el tabaco son las drogas que más rápida y ampliamente se difundirán. El cánnabis⁶, entre las catalogadas como ilegales, marcador de la identidad contracultural e «izquierdista», se difundirá en estos contextos, aunque a partir de 1978, desvinculado ya de estas percepciones, lo hará entre el conjunto de la juventud que lo aceptará como un producto más de la sociedad de consumo.

A finales de los 70 y especialmente en los 80 se produce la difusión de la heroína, cuyo impacto hace crecer la alarma y preocupación social respecto a las drogas y vuelve opacos otros consumos de sustancias legales e ilegales⁷, especialmente alcohol y cocaína, generando una crisis que algunos han comparado a una epidemia. Los ochenta finalizaron con la aparición de las sustancias de síntesis (MDMA y análogas)⁸ y dieron paso a una década en la que empieza a flexibilizarse la «cuestión drogas» con una cierta normalización institucional y social⁹ en comparación a la cerrazón de los discursos anteriores, quizás porque el modelo de consumo problemático de heroína que tanto se había aireado tocó fondo al disminuir su incidencia y prevalencia, y porque dejó de ser visible el consumo más o menos abierto en determinados entornos, aunque las respuestas asistenciales y bastantes políticas institucionales han continuado instauradas en la realidad de la «crisis de heroína». La difusión de la filosofía de la «reducción de daños» también ha contribuido notablemente a la flexibilización a la que nos estamos refiriendo.

Drogas y jóvenes: tendencias actuales

Nuestra reciente historia en lo que se refiere a la relación drogas y culturas juveniles adquiere significados relativamente distintos en la última década, generando la aparición de nuevas pautas de consumo sobre las cuales vamos a reflexionar. Pautas que, aunque han sido definidas con el calificativo de «nuevas pautas de consumo», en algunos aspectos no lo son tanto, ya que implican una redefinición de algunas existentes anteriormente.

Jóvenes y culturas juveniles

La mayoría de veces hablamos de los jóvenes como si se tratase de un grupo unificado, aunque en realidad siempre han sido un colectivo diverso y heterogéneo; a pesar de ello, muchas aproximaciones teóricas y metodológicas tienden a considerarlos como un todo homogéneo a partir de la edad o de otras variables, o bien a elaborar divisiones que muchas veces no responden a sus características reales, algunas de las cuales son caricaturizadas bajo el calificativo de estilos juveniles para elaborar así categorías excluyentes entre ellos.

La experiencia de los últimos años en el campo de la investigación sobre jóvenes y consumos de drogas¹⁰ nos ha llevado a dejar de considerar los diferentes estilos juveniles como elementos que permiten discriminar y establecer diferencias significativas respecto a los consumos de drogas, y a adoptar abor-



dajes más realistas para entender la variabilidad de consumos existentes. Por otra parte, los jóvenes son cada vez más permeables y heterogéneos, por lo que se hace difícil encastrarlos a partir de indicadores estéticos (música, ropa, presentación) o de otro tipo, que siempre tienden a reafirmar unas determinadas características en confrontación con otras, que luego en la práctica los distintos grupos intercambian de mil formas y atendiendo a gustos y percepciones no sólo grupales sino también individuales. Las modas cambian con rapidez y las exigencias del mercado y otros aspectos que pueden pasar inadvertidos introducen notables variaciones en las características y presentaciones de las culturas juveniles.

Más que hablar de tipologías y culturas juveniles para intentar entender los consumos actuales hay que hablar de determinadas diferencias y tendencias entre los jóvenes que sí resultan significativas. Nos referimos a variables como la edad, el género y el tipo de ocupación.

Las sustancias más difundidas¹¹

Los jóvenes, como cualquier otro grupo, utilizan las drogas buscando en ellas unos efectos y funcionalidades acordes con las actividades que desarrollan en cada contexto y con sus percepciones sobre cómo deben comportarse en cada situación. Además de las características farmacológicas de las diferentes sustancias, deben tenerse en cuenta las apreciaciones grupales sobre sus efectos

y consecuencias, para entender sus funcionalidades y la manera en que las utilizan. En este sentido, cada vez más los consumos deben entenderse enclavados en contextos de fiesta nocturnos y separados de los mundos adultos, en los cuales la diversión, la exhibición, la comunicación, la búsqueda de contactos sexuales y la euforia son objetivos fundamentales.

El alcohol es la sustancia más utilizada y la más importante para los jóvenes. Valorada positivamente por la inmensa mayoría de ellos, está presente en todos los contextos, situaciones, e itinerarios juveniles. Los jóvenes le suponen no sólo efectos desinhibidores que permiten abrirse a los demás y que facilitan la comunicación, sino que gracias a él pueden llevar a cabo comportamientos que en su ausencia serían mucho más difíciles (exhibición, intentos de ligar, etc.), y creen que es la sustancia que mejor combina con otras drogas; de ahí que sea la base de las mezclas, prácticamente con todas las otras drogas, potenciando o ayudando a secuenciar sus respectivos efectos. También la valoran por su accesibilidad, ya que se encuentra en todos los contextos de fiesta (y en otros) y porque se presenta poco adulterado.

Los cambios legislativos que prohíben la venta de alcohol a los menores de 18 años no han evitado su acceso al alcohol y en todo caso han propiciado formas de consumo más intensivo fuera de los locales que intentan controlar la edad de los bebedores, con lo que el denostado «botellón» se ha vuelto cada vez más atractivo en la etapa de la adolescencia.



Cada vez más los jóvenes, excepto aquellos que beben entre semana y en las primeras salidas del fin de semana, optan por bebidas de alta graduación, en detrimento del vino y la cerveza.

El tabaco, si se compara con la alta aceptación del alcohol y de la cánnabis, es visto más negativamente, a pesar de que más de la mitad lo consumen. Sus efectos psicoactivos no son valorados como positivos, por lo que el consumo es un gasto que restringe el presupuesto disponible y además está difundida la apreciación de que perjudica seriamente la salud.

El consumo de cánnabis (hachís y marihuana) está en expansión, aunque no alcanza los porcentajes del de alcohol y tabaco. Los jóvenes la ven como una sustancia polifuncional y está difundiéndose en todos los contextos, situaciones y estilos juveniles. En cierta manera, entre semana, en algunos contextos y en espacios públicos de reunión, es más utilizada y apreciada que el alcohol.

Así como respecto a la mayoría de las drogas que estamos describiendo, sin tener en cuenta el tabaco, el consumo se concentra en el contexto festivo y excepcional, cada vez más la cánnabis se aparta de este modelo, excepto en los que se están iniciando. Por ello crecen los consumos diarios y en cualquier situación.

También crece la percepción de inocuidad de la cánnabis, sobre todo porque suele compararse con el tabaco. Muchos jóvenes no la consideran una «droga», lo cual, junto a otros factores, está incidiendo en un aumento del autocultivo de la marihuana.

Las drogas de síntesis tipo MDMA y especialmente las presentaciones en forma de pastillas, que habían estado de moda en gran parte de los años noventa, han entrado en retroceso y están muy contextualizadas en el ambiente de baile.

La cocaína y en parte el «speed» (aunque con menor difusión) están en constante expansión, aunque la mayoría de los consumidores lo utiliza de forma discontinua. Ambas están ganando en popularidad en todos los contextos y situaciones de fiesta, especialmente entre jóvenes que han dejado la adolescencia y en fiestas muy señaladas. Son las más valoradas junto al alcohol, aunque el precio de la cocaína es disuasorio para muchos. Se mezclan, sobre todo con alcohol, ya que así continúan bebiendo y se puede alargar e intensificar la fiesta.

Alucinógenos, GHB, ketamina, fármacos y otras, aunque en difusión, responden a patrones de uso más experimentales.

Consumos y culturas juveniles. Claves interpretativas

Cada vez más, respecto a los comportamientos juveniles y el consumo de drogas, se puede hablar de la existencia de ciertas tendencias generales en expansión en el contexto europeo, puesto que las innovaciones en el ocio juvenil y en las funcionalidades de las drogas se difunden con rapidez, debido principalmente a las nuevas tecnologías de la información, al aumento de la movilidad espacial de los jóvenes sobre todo en vacaciones, y porque se está



consolidando y extendiendo un mercado juvenil con formas de ocio que se propagan sin importar de dónde son originarias.

En este sentido, el sector privado de la moda y del ocio juvenil es muy dinámico y se adapta perfectamente a las posibles innovaciones que surgen de las culturas juveniles, especialmente de aquellas minorías que marcan tendencias vanguardistas. A la vez incide introduciendo entre los jóvenes nuevas pautas y formas de consumo.

No obstante, no todos los jóvenes siguen con la misma intensidad estas innovaciones y tendencias y, como hemos dicho anteriormente, existen diferencias muy significativas que tienen que ver con determinadas variables, especialmente respecto a las edades y al género de los jóvenes.

A este respecto se perfilan dos modelos de jóvenes relacionados con la fiesta y el consumo de drogas. Uno, mayoritario, compuesto por jóvenes que salen con una asiduidad variable, pero no todos los fines de semana, que consumen alcohol, una parte también cánnabis y muy ocasionalmente otras sustancias. Un segundo grupo, compuesto por jóvenes que salen asiduamente (casi todos los fines de semana), que alargan las salidas y que consumen las drogas referenciadas si cabe en mayor cantidad, así como estimulantes, y que ocasionalmente experimentan con alucinógenos, GHB y ketamina. Este último grupo es el que presenta más riesgos y en el que suelen concentrarse más problemas derivados del consumo.

Las mujeres en general se inician cada vez más a las drogas en edades y circuns-

tancias parecidas a las de los hombres, pero la mayoría, luego, no llegan a los niveles de consumo de ellos, ni en la intensidad ni en la frecuencia de los consumos y, exceptuando alcohol y tabaco, tienen niveles de prevalencia mucho más bajos. Presentan también frecuencias de salidas de fiesta algo más bajas y suelen retirarse antes que los chicos.

Para los adolescentes el inicio en el consumo de drogas está jugando un papel muy importante y en parte explica que en los últimos años se estén adelantando las edades de inicio. Consumir drogas (alcohol y cánnabis) se relaciona con la percepción de que se ha ganado cierta independencia respecto a los padres, por lo que pueden escenificar mayor autonomía y libertad en el grupo de iguales. Por eso reciben muchas presiones para consumir, puesto que el consumo tiene un carácter diferenciador y de identidad (ser adolescente y diferenciarse de los niños), por lo que el inicio en el consumo de alcohol (y algunos cánnabis) es como un «ritual de paso». Además el alcohol está presente en sus primeros escauceos «amorosos», de manera que ayuda a vencer los miedos e inseguridades que se sienten en los primeros juegos sexuales, y la inmensa mayoría cree que el alcohol los predispone en contextos de reunión y de fiesta a sentirse menos cohibidos y a «lanzarse» con mayor seguridad, ya que pueden decir aquello que piensan y hacer aquello que sin el alcohol no se atreverían a realizar. La cánnabis puede estar sustituyendo al tabaco en estos rituales de paso.

Cuando finaliza la adolescencia, una parte de los jóvenes escenifica su tránsito a la



juventud iniciándose al consumo de estimulantes y algunos de otras drogas.

Alrededor de los 25 años, no tanto por la edad (aunque puede utilizarse como indicador) sino porque se asumen compromisos «de los adultos» (trabajo, pareja estable, búsqueda de vivienda, etc.) disminuye la prevalencia en el consumo de drogas, aunque un grupo de mayores de esta edad que no han adquirido estos compromisos puede intensificar las salidas y los consumos.

El consumo de las diferentes sustancias se concentra en los fines de semana. Durante la semana sólo tiene presencia masiva el tabaco, una minoría consume alcohol moderadamente y algunos cánnabis. Los consumidores diarios de cánnabis están aumentando y se apartan del modelo de uso festivo de las otras drogas. La noche de los fines de semana es el tiempo más importante para el ocio compartido con los iguales y es el momento en que se aglutinan los consumos de drogas. En las primeras horas de las salidas nocturnas hay más presencia de alcohol y cánnabis, y a partir de la media noche se intensifican estos consumos y aparecen las sustancias estimulantes y de otro tipo.

La mayoría de los consumos de drogas juegan un papel recreativo en los contextos relacionales y de ocio juvenil. Tienen un carácter normalizado no sólo para los consumidores sino para la mayoría de los jóvenes y, cada vez más, para la sociedad en general, que aunque mantiene un discurso contradictorio tiende a aceptarlos como algo propio y transitorio de los jóvenes. Los consumos de drogas están integrándose en las pautas de

comportamiento juveniles, alejados de los referentes de consumo problemático de drogas (el de la heroína de los 80) y están enclavados en pautas consumistas más generales, ya que cada vez más se percibe en los jóvenes la «transición desde la centralidad del trabajo a la centralidad del ocio»¹².

Sus salidas, los itinerarios que siguen y los consumos, entre ellos los de drogas, están muy relacionados con la disponibilidad de dinero. Cuanto más dinero disponen se aprecia un aumento de los comportamientos consumistas en general, y de los de ocio en particular. La importancia que para su identidad juvenil tiene el consumo de determinados productos, considerados juveniles, incide en que se vean presionados a trabajar de forma temporal y en que acepten con facilidad trabajos poco cualificados, mal pagados e inestables. Estas características coinciden con el tipo de ofertas de trabajo que reciben y contribuye a aumentar su precariedad laboral. Además, el sector de ocio nocturno les ofrece una oferta laboral atractiva, que muchas veces incide en un aumento de sus salidas y de sus consumos de drogas.

Los jóvenes ven en el consumo de drogas, legales e ilegales, un modo de aumentar los lazos grupales, de mejorar sus relaciones interpersonales y potenciarlas, y de buscar estados de ánimo individuales según el contexto en el que se encuentran. Por esta última razón puede explicarse el incremento en los últimos años de las mezclas, que significan una búsqueda calculada para regular, potenciar y secuenciar los efectos de distintas drogas.



El consumo de las distintas drogas está estrechamente relacionado con la diversión y la fiesta y sólo para una minoría de jóvenes que frecuentan más asiduamente los espacios de diversión y fiesta llega a ser un elemento central de su estilo de vida, lo cual puede ocasionarles problemas de distinto tipo. Para la gran mayoría, sus consumos de fin de semana no siguen modelos problemáticos o de riesgo. No obstante, las consecuencias negativas del consumo de drogas no siempre son conocidas o valoradas, especialmente entre los más jóvenes y entre los hombres; ellas suelen tomar en más consideración los riesgos, y especialmente los de tipo psíquico, que resultan menos valorados por los hombres.

Conclusión

Los consumos de drogas por parte de los jóvenes son heterogéneos y están en constante transformación desde las últimas tres décadas, aunque los cambios son relativamente lentos, a pesar de que se habla de «nuevos consumos».

Deben explicarse con las transformaciones que desde los años sesenta ha sufrido la juventud, y están relacionados con una mayor independencia de las culturas de los adultos, mayor disponibilidad de tiempo y dinero, la existencia de espacios e itinerarios de ocio y fiesta eminentemente juveniles, la importancia de las actitudes consumistas, la difusión de modas juveniles que escenifican unas formas de ser joven, cada vez más glo-

balizadas, y toda una serie de funcionalidades que los jóvenes atribuyen a las drogas, según las cuales creen que les facilitan las relaciones sociales entre ellos y les predisponen a la fiesta, contribuyendo a aguantar los ritmos y los tiempos del ocio nocturno, que cada vez se alarga más hasta aproximarse a la mañana, superándola en algunas ocasiones.

Notas

1. Ver en Díaz (1998) los aspectos fundamentales de la relación droga-sujeto-contexto.
2. Feixa (1998:41).
3. Ver en Navarro (2002) la evolución de los consumos en España.
4. Comas (1994, 2002).
5. Ver Pallarés y Feixa (2000); Laespada y Pallarés (2001) y Pallarés y Cembranos (2001).
6. Ver su difusión en Romaní (1999).
7. Ver el caso de la cocaína en Díaz, Barruti y Doncel (1992) y el del alcohol en Comas (2000).
8. Ver Gamella y Álvarez (1997).
9. Comas (2002).
10. Ver Díaz, Pallarés y Barruti (2004); Pallarés y Feixa (2000); Pallarés (2001); Pallarés y Cembranos (2001); Laespada y Pallarés (2001); Elzo, Laespada y Pallarés (2003).
11. Me refiero sin citarlos continuamente a los datos obtenidos en Díaz, Pallarés y Barruti (2004) referentes a Cataluña y a Pallarés, Díaz, Barruti y Espluga (2004), referentes al País Vasco.
12. Comas (2003).

Bibliografía

Díaz A. *Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca*. Barcelona: Servicio de Publicaciones Universidad Autónoma de Barcelona, 1998.



USO DE DROGAS Y DROGODEPENDENCIAS

- Feixa C. *De jóvenes, bandas y tribus*. Barcelona: Ariel.
- Navarro J. El consumo de drogas. En: FAD y colaboradores. *Sociedad y Drogas. Una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD, 2002; 15-29.
- Comas D. *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Madrid: INJUVE, 1994.
- Comas D. La percepción social de los problemas. En: FAD y colaboradores. *Sociedad y drogas. Una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD, 2002; 77-94.
- Pallares J, Feixa C. Espacios e itinerarios para el ocio juvenil nocturno. *Revista de Estudios de Juventud*. 2000;50:23-41.
- Laespada MT, Pallarés J. Qué hacen. *Revista de Estudios de Juventud*. 2001;54:47-62.
- Pallarés J, Cembranos F. La marcha, la pugna por el espacio. *Revista de Estudios de Juventud*. 2001;54:35-45.
- Romaní O. *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel, 1999.
- Díaz A, Barruti M, Doncel C. *¿Las líneas del éxito? Un estudio sobre la naturaleza y extensión del uso de la cocaína en Barcelona*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, 1992.
- Gamella JF, Álvarez A. *Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas, 1997.
- Comas D. La percepción social de los problemas. En: FAD y colaboradores. *Sociedad y drogas. Una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD, 2002; 77-94.
- Díaz A, Pallarés J, Barruti M, Espulga J. *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2003*. Barcelona: Genus, 2004. (documento policopiado).
- Elzo J, Laespada MT, Pallarés J. *Más allá del botellón. Análisis socioantropológico del consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes*. Madrid: Comunidad de Madrid, 2003.
- Pallarés J, Díaz A, Barruti M, Espulga J. *Informe 2003. Sistema de Observación continua sobre el consumo de drogas entre los jóvenes en el País Vasco (SOC)*. Barcelona: Genus (documento policopiado), 2004.
- Comas D (coordinador). *Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Madrid: FAD-INJUVE, 2003.



CRACK-COCAÍNA Y ECONOMÍA POLÍTICA DEL SUFRIMIENTO SOCIAL EN NORTEAMÉRICA

PHILIPPE BOURGOIS

Department of Anthropology, History and Social Medicine. University of California, San Francisco. San Francisco, CA (EEUU)

Introducción

La historia reciente del crack y de la cocaína inyectada en los Estados Unidos y en Canadá nos enfrenta al hecho de lo poco que comprendemos el fenómeno del abuso de determinadas sustancias desde una perspectiva macrosociológica o antropológica. No hemos elaborado una teoría coherente y útil que ofrezca las explicaciones más básicas sobre el quién, cuándo y porqué de las drogas. Necesitamos vincular los patrones de preferencias por las drogas y los grados de adicción a las mismas a las grandes fuerzas estructurales históricas que crean grupos sociales vulnerables, y hemos de documentar las consecuencias no pretendidas de las políticas disfuncionales del sector público y de las instituciones gubernamentales que agravan los daños provocados por las drogas. Esto requiere exami-

Phillippe Bourgois es antropólogo cultural y autor de *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio* (Cambridge University Press, 2003). Actualmente trabaja en el tema de la etnografía de los mendigos adictos a la heroína y de los fumadores de crack de San Francisco, sobre el que está preparando el libro *Righteous Dopefiend* que será publicado por la University of California Press.

nar en detalle la experiencia del racismo, tanto institucional como interpersonal, de los consumidores de droga, así como su ubicación histórica en los mercados laboral y de la vivienda. Al mismo tiempo, estas experiencias macrosociales de exclusión social no son lineales en sus costes, puesto que forman parte de un proceso social histórico que, por definición, opera a múltiples niveles con frecuentes efectos tanto sinérgicos como contradictorios sobre el abuso de sustancias.

Etnografía comparativa y teoría económica política

El análisis histórico y transcultural revela enormes diferencias en los patrones de duración e intensidad de los ciclos epidémicos de las drogas. Las cualidades farmacológicas de las drogas son virtualmente insignificantes fuera de sus contextos político-económico y sociocultural. La extraña trayectoria global del crack en los años 90 lo ilustra de manera llamativa. Mientras realizaba un trabajo de campo de observación-participante entre traficantes de crack y adictos a la heroína en el barrio



neoyorquino de East Harlem¹, en un momento temprano de la epidemia (a comienzos de la primavera de 1985), pensaba que había una explicación simple para determinar quién es vulnerable a la adicción: el crack, como droga de abuso preferente sólo resulta atractiva para los subgrupos de población desesperados que son víctimas de formas extremas de violencia estructural. Esto explica la enorme escala proporcional de la epidemia en los Estados Unidos, país en el que el consumo intensivo y crónico del crack continúa haciendo estragos entre los afroamericanos y puertorriqueños del ámbito urbano, así como en grupos más diversos y reducidos de trabajadores emigrantes latinos y caribeños, en la primera década del siglo XXI. En los ambientes urbanos de los Estados Unidos, a mediados de la primera década de este siglo, el crack sigue aparentando ser una función de lo que yo llamo «apartheid del núcleo urbano». Se encuentra desproporcionadamente concentrado en los edificios que rodean a los albergues públicos, en los lugares en los que se ejerce la prostitución y en solares quemados y abandonados. Esta explicación es sólida y resulta atractiva desde una perspectiva de economía política. A través de cualquiera de los sistemas disponibles de medición del bienestar social o económico, los grupos de población más explotados, que sufren las formas más intensas de discriminación racial y de segregación espacial sistemáticas, son, como era previsible, los que representan la proporción más elevada de fumadores de crack. Presumiblemente, este simple modelo puede servir para Europa. No ha habido suficiente refuerzo es-

tructural del apartheid en el interior de las ciudades, así como explotación e inequidades en la Europa occidental, para que el crack se establezca como la primera droga de preferencia entre los adictos callejeros urbanos al margen de los pocos enclaves marginales.

Farmacología y exclusión social

Esta sencilla economía política marxista de modelo de exclusión social necesita, por supuesto, perfilarse mejor para explicar la duración relativamente corta de la fase de la epidemia de crack más intensa en los Estados Unidos. Desde el punto de vista farmacológico, la droga es tan destructiva para los individuos que la consumen compulsivamente, que se autorregula dentro de un ciclo de adicción más corto de lo que lo hacen las drogas que son física y emocionalmente menos destructivas, como la marihuana o incluso los opiáceos y las benzodiacepinas. Aunque desde la perspectiva farmacológica el crack es muy diferente del polvo de ángel, un tranquilizante para los animales que fue popular entre la juventud urbana pobre entre finales de los años setenta y principios de los ochenta en los Estados Unidos, quizás sí es más comparable desde una perspectiva social, dada su capacidad destructiva del estilo de vida. Como ocurrió con el polvo de ángel, las generaciones más jóvenes de afroamericanos y latinos de los núcleos urbanos de las grandes ciudades aprendieron de manera relativamente rápida a evitar el crack cuando vieron el efecto cáustico que éste tuvo en sus hermanos mayores, pa-



dres y vecinos. Por el contrario, a la juventud urbana de los sesenta y principios de los setenta le llevó mucho más tiempo aprender a evitar la heroína, porque es una droga de efecto socialmente destructivo menos inmediato, aun cuando en el plano físico es notablemente más adictiva a nivel celular.

Durante esta primera década del siglo XXI, en los Estados Unidos podemos sentirnos afortunados de que la epidemia combinada de marihuana, malta, licor y cerveza, cuyo inicio se data a finales de los ochenta, se haya prolongado hasta ahora con pocos signos de remisión. También ha habido, por supuesto, brotes localizados de speed, éxtasis y heroína mezclados en este ciclo de más larga duración y enormemente popular de la marihuana entre la juventud urbana, pero entre la mayoría de los alumnos de instituto que no están empleados sigue habiendo conatos de apreciación de la marihuana como la droga más prestigiosa y divertida que consumir y/o de la que abusar. Además, los grupos de subpoblación que han dado continuidad a diferentes ciclos de la droga son por lo general excepciones que confirman la regla: punks blancos extravagantes y homosexuales blancos que actúan en clubs, que se inyectan speed, o jóvenes blancos (hippies) que se inyectan heroína, o ravers blancos que toman éxtasis, son subgrupos culturales relativamente específicos y aislados, que son en su mayoría distintos, o están incluso alienados respecto a la mayor parte de su cohorte generacional. Además, tras un análisis más exhaustivo, la inmensa mayoría de los jóvenes blancos que consumen heroína y speed inyectados en los

Estados Unidos provienen de ámbitos en los que las circunstancias económicas son desfavorables. Un número desproporcionado lo componen niños «abandonados», por ejemplo, aquéllos que han sufrido el rechazo de su familia y/o algún tipo de violencia doméstica o abusos sexuales en el seno de la misma, y un número significativo de ellos son consumidores compulsivos de segunda generación².

Los mecanismos de autoadministración de la droga

La forma en que las personas se autoadministran su droga de elección es un aspecto importante de los ciclos de la droga que con frecuencia se pasa por alto. Esto es especialmente cierto en el caso de las epidemias de crack y cocaína. Inicié la puesta en marcha de un trabajo de observación-participante en East Harlem justo en el momento de transición (1984-1985), cuando los consumidores de cocaína abandonaron la costumbre de inyectársela o esnifarla para empezar a fumarla. Cuando me mudé para establecer mi residencia a tiempo completo en el barrio en marzo de 1985, muchos jóvenes afroamericanos y latinos todavía esnifaban polvo de cocaína de alta calidad a un bajo coste. En mi manzana había puntos de venta de cocaína que ofrecían papelines por cinco, diez o veinticinco dólares. Al margen de la cocaína había también diferentes puntos de venta de marihuana con nombres de marca activos. También era fácil adquirir heroína en las calles, pero este tipo de compra lo realizaban fundamentalmente



personas de más de treinta años. Los pocos adolescentes y veinteañeros que pude ver comprando heroína habitualmente la esnifaban. Además, por lo general, intentaban esconder ese tipo de consumo a sus colegas. Los jóvenes que consumían heroína por vía intravenosa eran pocos en ese medio y en su mayoría blancos. La palabra «crack» no corría todavía por las calles, aunque los jóvenes hablaban entusiastamente sobre el «*free-basing*». Ellos mismos procesaban su producto de base, en cualquier caso, a partir del polvo de cocaína, y había cierta confusión sobre cómo hacerlo exactamente. A finales de 1985, la palabra «crack» ya estaba reconocida, y en 1986 esta droga había pasado a formar parte de la vida de la mayoría de las personas a las que yo conocía, que anteriormente habían esnifado cocaína. Incluso afectó a muchas personas que en etapas precedentes habían limitado su consumo de droga a la marihuana. Mis visitas más dramáticas fueron las que tuvieron lugar en los puntos de consumo del vecindario, las llamadas «galerías para pincharse». Al principio observé a clientes que se inyectaban heroína o «speed-ball» (mezcal de heroína y cocaína), mientras una significativa minoría se inyectaba sólo cocaína. Sin embargo, en 1990 no había galerías dedicadas exclusivamente a la heroína o la cocaína. Se habían convertido virtualmente en fumadores de crack de facto, además de ser galerías para pincharse. En estos lugares en los que se practicaba la inyección de drogas, los heroinómanos más mayores siguieron consumiendo su heroína por vía inyectable, pero por lo general dejaron de inyectarse cocaína. En su lu-

gar, muchos de ellos optaron por fumar crack tras sus inyecciones de heroína. Encontré a bastantes adictos a la heroína, en la mayoría de los casos individuos que seguían un tratamiento a base de metadona, que a través de esta nueva moda suya de fumar crack se habían desintoxicado de manera fortuita de los opiáceos. De la manera más drástica, en 1990 el propietario de la franquicia de fumadores de crack en los que llevé a cabo el trabajo de observación-participante dejó de ofrecer cocaína en polvo como uno de los dos productos que vendía. No había suficiente cuota de mercado para él en East Harlem como para que se molestara en preparar los envoltorios de la cocaína en polvo. Empezó a vender crack exclusivamente. Pronto, durante la epidemia de crack, el término «cabeza de crack» se convirtió en un insulto. Los adolescentes a veces vendían crack, pero no lo fumaban, al menos públicamente. Estos jóvenes formaron el nuevo núcleo de la generación de «rudos y cuarentones» fumadores de marihuana, empaquetada en puros vacíos conocidos como «rudos», y bebedores de botellas de licor de malta de cuarenta onzas («cuarentones»). Ellos han persistido a través de estos primeros años del siglo XXI. Mientras tanto, la generación de la heroína simplemente continuó envejeciendo. Muchos perecieron a causa del sida, de sobredosis o de enfermedad hepática provocada por el VHC; otros fueron encarcelados; y otros alcanzaron su madurez al margen de la heroína. Estos individuos fueron reemplazados, por supuesto, por consumidores de droga inyectada más jóvenes, pero no en la misma proporción en la que lo había hecho la



generación que ya tenía una cierta edad a finales de los sesenta y principios de los setenta, que todavía representaban el núcleo demográfico de los adictos a la heroína en los Estados Unidos alrededor de 2003⁴.

La excepcionalidad canadiense

El trabajo de campo etnográfico preliminar que llevé a cabo en Canadá⁵ me obliga a introducir mayor complejidad en mi forma de entender cómo la farmacología de las drogas interactúa con la economía política de la exclusión social; de ahí la utilidad de centrarse en la experiencia íntima de las fuerzas estructurales o de lo que puede llamarse la economía política del sufrimiento social. Para mi sorpresa, en Canadá se ha dado una prolongada epidemia urbana de cocaína inyectada que perduró desde finales de los ochenta hasta finales de los noventa. Por alguna razón, el fumar crack no reemplazó a la inyección de cocaína. Dada la relativa solidez del sistema de apoyo al bienestar social en Québec y en la Columbia Británica, yo había imaginado que sería difícil que el crack se estableciera como droga de elección. Lo que seguramente no hubiera anticipado, sin embargo, es que la cocaína inyectada hubiera podido persistir como la droga de elección durante más o menos una década en Canadá, y menos aún que fuera especialmente popular, teniendo en cuenta su extrema destructividad farmacológica, y dada la inversión institucional del gobierno para la promoción de la integración social de los grupos de población marginados.

Sólo puedo aventurar una hipótesis para explicar la excepcionalidad canadiense. Puede que se deba a la estructura particularmente disruptiva de la migración rural-urbana, encabezada por los nativos americanos en Vancouver y por los francófonos en Québec, exacerbada por lo etnocéntrico, excesivamente centralizado y condescendiente de los servicios de bienestar social. La provisión de jeringuillas y de servicios de acogida y sanitarios se ven a menudo concentrados en centros únicos de multiservicio, situados dentro de las ciudades, en los barrios con bajos niveles de renta y pobres viviendas, aislados por las estructuras económicas de la clase acomodada que les rodea. Significativamente, la historia canadiense ha sido testigo de las imposiciones que este país ha ejercido en las reservas de nativos americanos, absorbiéndolos en su sistema de servicios sociales centralizados, de manera que han obligado a unos pueblos cazadores y recolectores a establecerse de manera inadecuada en hábitculos urbanos que destrozan su cultura, su independencia económica y su dignidad. Los ejemplos extremos de la forma en que Canadá asaltó a pueblos nativos vulnerables, invocando la eficiencia de la provisión de servicios públicos destinados a ellos en sus reservas, arrojan luz sobre cómo han manejado los servicios de atención a los drogadictos en el interior de las ciudades.

Cualesquiera que sean las causas precisas de tipo económico, político, histórico, y de la política contemporánea, nunca antes he visto, en el mundo industrializado, un grupo de población urbana tan vejado durante un período



de tiempo tan largo por una forma de consumo tan destructiva como la que se daba en el barrio Downtown Eastside de Vancouver y, en menor grado, en el barrio de Sainte Catherine de Montreal⁷. Vancouver presentó los niveles más altos de seroconversión para el VIH entre los consumidores de droga por vía intravenosa en Norteamérica -si no en el mundo industrializado- a pesar de contar con un activo sistema de provisión de jeringuillas⁸. Esto se debió probablemente al estricto límite que impusieron sobre el número de consumidores a los que se permitía tener acceso a este programa en Vancouver, y señala la importancia de la previa distribución de jeringuillas, antes de que se produzcan epidemias de infección por VIH como las que a menudo acompañan a las de cocaína inyectada, en lugar de recurrir, como se da en estos casos, al reparto individualizado.

Las personas adictas a la cocaína inyectada en Canadá sufren también la política contra la droga conducida por el modelo carcelario de sus vecinos estadounidenses. Están esquizofrénicamente atrapados entre lo peor de los dos ámbitos políticos: por un lado, la represión neoliberal y, por el otro, los autoritarios servicios biomedicalizados de bienestar social. La mano izquierda del estado trata de suavizar la represión de la derecha a través de servicios sociales y sanitarios altamente tecnificados, prestados de manera ineficaz. Esto ha resultado en una destructiva epidemia de cocaína que se prolonga en el tiempo, en la que ha intervenido el «concurso» institucional. Puede considerarse que el modelo canadiense de servicio de atención a los drogadictos es análogo al comportamien-

to de los padres abusivos, que azotan y consienten a sus hijos alternativamente. Por utilizar una metáfora náutica, a los consumidores de droga canadienses unos rescatadores les han lanzado un endeble flotador, a la vez que los golpean en la cabeza con sus remos cada vez que los primeros intentan sacar la barbilla del agua, por no hablar de subir a bordo del barco de la vida.

A diferencia de esto último, en los Estados Unidos no se le lanzan flotadores a la población que está ahogándose; prefieren, en su lugar, golpearla sin piedad y de manera definitiva en la cabeza desde una distancia de seguridad. Los residentes de los núcleos urbanos de las grandes ciudades en los Estados Unidos tocan fondo rápidamente. Cuando no son encarcelados durante largos períodos de tiempo, a menudo mueren por haber estado expuestos a algún peligro a causa de la violencia interpersonal o del sida, en la calle, sin haber tenido acceso real a los servicios de asistencia. El sistema canadiense de refuerzo del bienestar social reduce la destructividad farmacológica de la cocaína inyectada, pero no es sustancial o lo suficientemente coherente en ofrecer a los drogadictos urbanizados y marginales una alternativa viable e integrarles de una manera digna en el mercado laboral.

La exacerbación del sufrimiento social a través del encarcelamiento

La bipolar política canadiense contra la droga ilustra la importancia de analizar las consecuencias no intencionadas de la política



estatal a la hora de dar forma a las epidemias de droga. Los historiadores han documentado bien cómo el modelo carcelario de la política estadounidense hacia las drogas ha tomado forma a partir de fobias, que a menudo van unidas a estereotipos raciales promovidos por políticos oportunistas^{9,10}. Desde una perspectiva teórica de la economía política, estas fobias morales, evidentemente, tanto reflejaban como ofuscaban las más profundas contradicciones estructurales de la sociedad, que hizo vulnerables frente a la adicción a grupos de población específicos. Así, a la vuelta del siglo XX, en el sur profundo, podemos reinterpretar el centro de atención del refuerzo médico y legal de la comunidad cuando encontramos que «en este momento los negros que eran inofensivos y respetuosos con la ley...devienen conflictivos» y sus «...deseos sexuales son mayores y están pervertidos» debido a la cocaína¹¹, como expresión de la disrupción estructural de la represión de Jim Crow en el contexto de la titubeante economía de los aparceros de algodón. Los sheriffs del sur profundo justificaron aumentar el calibre de sus armas amparándose en el «incremento de la vitalidad de los negros enloquecidos por la cocaína»¹². El mismo análisis puede aplicarse a los temores frente al opio chino en la California de finales de la década de los ochenta del siglo XIX, cuando la cantidad de puestos de trabajo disponibles hubo de reducirse tras la finalización del ferrocarril transatlántico; o la persecución en 1930 de trabajadores mejicanos por consumo de marihuana en el suroeste, cuando la Depresión provocó un desempleo masivo^{9,10}.

La epidemia de crack entre los afroamericanos, los latinos (especialmente puertorriqueños), la clase trabajadora y personas de raza blanca pertenecientes al mundo del lumpen (mayormente descendientes de italoamericanos), fue el producto lógico de la política neoliberal de Ronald Reagan, que dismanteló la red de seguridad del bienestar social y la reemplazó por la «redada carcelaria»¹³. En realidad, cualquier explicación actual de las epidemias de droga en curso en los Estados Unidos ha de examinar el extraordinario fenómeno de la expansión exponencial del complejo carcelario-industrial. El número de personas encarceladas prácticamente se ha cuadruplicado entre 1975 y 2000¹³. Según la mayor parte de las definiciones públicas de salud, estos presos son adictos, y la mayoría de estos adictos están cumpliendo condena por delitos no violentos relacionados con la droga.

Este incremento en el número de presos en los Estados Unidos se debe al draconiano endurecimiento de las leyes contra la droga. Desde 1980 hasta 1997, se multiplicó por doce el número de presos que cumplían condena por cargos relacionados con la droga¹⁴. Quizás más sorprendente es la actual política de los Estados Unidos relativa a la epidemia de marihuana que afecta actualmente a su juventud urbana. A veces, algunas personas destrozán sus vidas a través del abuso crónico de marihuana, pero, comparada con otras drogas que han devastado comunidades urbanas, entre ellas sustancias legales como el alcohol, la marihuana es el menor de los males desde una perspectiva farmacológica.



Desde una perspectiva tecnócrata y de coste-beneficio relativa a la salud pública, es irracional que los departamentos de refuerzo de la ley estatal y federal dediquen recursos a la prevención de la droga, al arresto de consumidores y vendedores de marihuana ocasionales. Para mayor sorpresa, alrededor de un 80% de los arrestos relacionados con la marihuana en los ochenta y noventa (87% en 1997) se justificaron por la mera posesión de la misma, no por su venta o manufactura¹⁵.

Desde una perspectiva antropológica, la política carcelaria sobre drogas en los Estados Unidos es yatrogénica y está convirtiendo a adolescentes relativamente poco agresivos en criminales alienados y curtidos, y condenando a los contribuyentes estadounidenses a cargar con el peso de otra generación de adultos desempleados, enfurecidos y violentos. En el distrito de Haight-Ashbury de San Francisco, afectado por una escalada en espiral del valor de los inmuebles a principios de este nuevo siglo, la policía local arrestó de manera agresiva a jóvenes que vendían pequeñas cantidades de marihuana por cuantías de dinero que oscilaban entre los cinco y los veinte dólares. Para nuestro asombro, estos jóvenes, la mayor parte de los cuales eran adictos a la heroína o a la metanfetamina y habían sobrevivido a abusos infantiles, fueron enviados a la cárcel para cumplir condenas bastante largas por haber vendido cantidades triviales de marihuana a turistas de clase media en el parque². El sistema penitenciario de California se ha convertido en el escenario perfecto para reclutar,

entrenar y disciplinar a jóvenes vulnerables para que se conviertan en miembros curtidos de sindicatos del crimen organizado, desde grupos callejeros insignificantes, hasta aquellos que llevan a cabo importantes operaciones de contrabando y latrocinio. Irónicamente, el departamento de salud pública de San Francisco va haciendo uso de una progresiva retórica del «tratamiento según demanda» y de los «tratamientos alternativos al encarcelamiento» pero, en la práctica, la marihuana se convierte en el portal de la droga para la socialización en el crimen organizado, debido al recrudescimiento de las leyes contra la droga del sector público -otra consecuencia no pretendida de una política contra las drogas disfuncionalmente represiva.

Agradecimientos

La investigación para este artículo fue financiada por el NIDA R01-DA 10164. Los datos comparativos también fueron obtenidos a partir de NIDA R01-DA 12803, NINR R01-NR08324, NIMH R01-54907, la Russell Sage Foundation 87-03-04, la Wenner Gren Foundation para el programa de becas para la investigación antropológica. Le estoy también agradecido a mis colegas de trabajo Jeff Schonberg, Bridget Prince, Dan Ciccarone y Jennifer Liu. Ann Magruder trabajó codo con codo para editar y reeditar los múltiples esbozos preliminares de este artículo. Una versión anterior de este material apareció en *Addiction, Research, Theory* 2003:11:31-37.

Referencias bibliográficas

1. Bourgois P. *In search of respect: selling crack in El Barrio*, Updated 2nd Edition. Cambridge, New



CRACK-COCAÍNA Y ECONOMÍA POLÍTICA DEL SUFRIMIENTO SOCIAL EN NORTEAMÉRICA

- York: Cambridge University Press, 2003;xxiii, 407.
2. Bourgois P, Prince B, Moss A. Everyday Violence and the Gender of Hepatitis C Among Homeless Drug-Injecting Youth in San Francisco. *Human Organization* 2004;63:253-264.
 3. Bourgois P. Just another night in the shooting gallery. *Theory, Culture, and Society* 1998;15:37-66.
 4. Bourgois P. U.S. inner city apartheid and the war on drugs: Crack among homeless heroin addicts. En: Castro A, Singer M (ed). *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek, CA: Altamira Press, 2004; 303-313.
 5. Bourgois P, Bruneau J. Needle exchange, HIV infection, and the politics of science: Confronting Canada's cocaine injection epidemic with participant observation. *Medical Anthropology* 2000; 18:325-350.
 6. Shkilnyk AM. *A poison stronger than love: the destruction of an Ojibwa community*. New Haven: Yale University Press, 1985.
 7. Bruneau J, Lamothe F, Franco E, et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study [see comments]. *Am J Epidemiol* 1997;146:994-1002.
 8. Strathdee S, Patrick DM, Currie SL, et al. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS* 1997; 11:F59-65.
 9. Morgan HW. *Drugs in America: a social history, 1800-1980*. Syracuse: Syracuse University Press, 1981.
 10. Musto DF. *The American disease; origins of narcotic control*. New Haven: Yale University Press, 1973.
 11. Williams EH. The Drug-Habit Menace in the South. *Medical Record* 1914;85:247-249.
 12. Williams EH. Negro Cocaine «Fiends» New Southern Menace. *New York Times*, New York City, 1914.
 13. Wacquant L. From Slavery to Mass Incarceration, Rethinking the 'Race Question' in the US. *New Left Review* 2002;13:41-60.
 14. Human Rights Watch. United States: Punishment and Prejudice, Racial Disparities and the War on Drugs. <http://www.hrw.org/reports/2000/usa/2000>. Consultada el 14 de septiembre de 2004.
 15. Thomas C. Marijuana Arrests and Incarceration in the United States: A Preliminary Report. Marijuana Policy Project. <http://www.mpp.org/arrests/prisoners.html> 1998. Consultada el 17 de septiembre de 2004.



DROGAS, ENFERMEDAD Y EXCLUSIÓN. ¿CAN TUNIS (BARCELONA) COMO PARADIGMA?

ENRIQUE ILUNDAIN

Enfermero y antropólogo. Grup Igia. Enric Granados 116, 1º. 08008 Barcelona (España)

Introducción

Si buscamos un ejemplo de hasta dónde han sido relegadas las estrategias de reducción de daños relacionados con el uso de drogas, difícilmente se nos podría ocurrir otro tan claro como el de Can Tunis, en Barcelona. La desaparición reciente de este barrio -conocido escenario abierto de venta y consumo de drogas- y de los programas de reducción de daños de su área han retrotraído a la Ciudad Condal a un panorama de crisis sociosanitaria como no se había visto en al menos los últimos diez años.

Actualmente, mientras se escriben estas líneas, cientos de inyectores de drogas arrostran una vida de espantosa miseria y recurren a estrategias como el uso compartido de jeringuillas y sustancias, incluso recogidas del suelo, por culpa de las dificultades actua-

Enfermero en Atención Primaria, antropólogo y secretario de la asociación Grup Igia. Fue miembro del equipo de reducción de daños de Can Tunis. Colaborador docente en temas de enfermería y antropología en varias universidades, es autor de artículos críticos sobre drogodependencias y reducción de daños en revistas nacionales e internacionales.

les de acceso a este tipo de materiales. Estas prácticas habían sido virtualmente erradicadas entre la población inyectora de drogas de la ciudad en los últimos años mediante la acción de equipos de calle avisados, preparados y voluntariosos. Igualmente, la mortalidad por sobredosis está volviendo a niveles que no se conocían desde hacía cuatro años¹.

He aquí que una sola acción urbanística de envergadura -la devolución de los terrenos de Can Tunis al Puerto de Barcelona- ha dado al traste con años de intervención paciente de varios equipos de reducción de daños, de aprendizaje y toma de conciencia de muchos drogodependientes, de vinculación entre afectados e interventores en salud pública... ¿Cómo se ha llegado a este punto? Descubramos en cuanto sigue el desarrollo del proceso que desembocó en la crisis humanitaria y sociosanitaria que, calladamente, está hoy viviendo una parte 'invisible' de Barcelona.

La espalda de Barcelona

La historia de Can Tunis tiene siglos, pero queda oscurecida por sus últimos años



de existencia. En tiempos, un poblado de pescadores conocido por la capilla de la Mare de Déu del Port, en la Edad Media, había sido caladero del gusto de piratas tunecinos, de donde le viene su nombre original. El crecimiento de la ciudad en el siglo XIX lo marginalizó progresivamente; así, por ejemplo, a inicios del siglo XX se sabía de prácticas de prostitución de menores en torno a los barracones que rodeaban los muros del cementerio de Montjuïc². La marca de la desgracia siguió perenne hasta finales del siglo y hasta nuestros días. En los años setenta se decidió emprender una urbanización, que se pretendía modélica, para reubicar a las familias gitanas que vivían en docenas de chabolas pegadas al cementerio. Este proyecto se denominó *Polígono Experimental «Avillar Chavorros»*, y con este nombre aparecía el barrio 'nuevo' en la Guía de Barcelona hasta su penúltima edición, de hace dos años.

Con las últimas reformas urbanas, Can Tunis quedó en la configuración que ha conocido hasta su reciente derribo: aislado entre el cementerio de Montjuïc, las estribaciones del puerto mercante, la Ronda Litoral y los polígonos industriales de la Zona Franca, era una 'tierra de nadie', sólo que habitada hasta hace bien poco por unas ciento veinte familias gitanas en condiciones insalubres y de hacinamiento en apenas cincuenta construcciones con servicios públicos casi inexistentes, y por cientos de 'sin-techo', desesperadamente enganchados a las drogas que trataban de afrontar su situación mediante estrategias muy por debajo del concepto de infravivienda.

La definitiva degradación de Can Tunis - proyecto urbanístico que fue galardonado con un premio FAD- comenzó algún tiempo después del asentamiento en el nuevo barrio de Avillar Chavorros («Venid, niños», en caló, que es el nombre con que se bautizó la escuela de Primaria del barrio) de las familias que anteriormente habían sido chabolistas en los muros del cementerio. Un excelente libro de María Teresa Codina³, que fue durante años directora de la escuela, narra detalladamente el proceso que llevó a la construcción de este nuevo barrio y las vicisitudes que se vivieron después, cuando se inició la decadencia.

Para mediados de los años ochenta, empezó a asentarse en el barrio la venta al menudeo y el consumo de droga, principalmente la heroína por entonces. Las oportunidades de integración social para los vecinos del barrio ya eran por entonces muy lejanas de lo que prometió el sueño original del nuevo Can Tunis. Una deficiente y conflictiva gestión había echado a perder poco a poco los suministros públicos al barrio. La venta de droga se constituyó en fuente de ingresos mucho más garantizada que otras posibles alternativas, y más tratándose de un barrio donde nadie miraba, que parecía haber sido ya olvidado por completo. Con el tiempo, Can Tunis llegó a ser uno de los peores (o quizá el peor) reductos de marginalidad de Barcelona y Catalunya y, en cuanto tal, con cierto renombre en el resto de Europa. Además, ha permanecido en tal condición por la conveniencia generalizada de que toda una bolsa de población marginal, con sus problemas de



drogodependencia, delincuencia precaria y problemas de salud en constante aumento, se mantuvieran lejos de los escaparates de la pujante Barcelona postolímpica.

El programa de reducción de daños de Can Tunis

Breve historia del desarrollo del programa

El programa Can Tunis^{4,5} tuvo su inicio tras las Olimpiadas, en torno a 1994. Por aquel entonces, y hasta 2001, se hizo cargo de él, con modesta financiación por parte del Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona, la asociación Àmbit Prevenció. El programa contaba con muy escasos medios, tanto materiales como humanos: el equipo habitual solía consistir en dos personas que, trasladándose al barrio con una pequeña furgoneta, montaban un punto de intercambio de jeringuillas (PIJ) en torno a tres horas matinales, cada día de lunes a viernes. Con el tiempo se añadió un equipo 'de guardia' que proporcionaba el mismo servicio las tardes de los sábados, con una pequeña financiación de la Diputació de Barcelona.

Asimismo, hasta 2001 hubo un equipo de Médicos sin Fronteras que estuvo acudiendo a prestar el mismo tipo de asistencia por las tardes de lunes a viernes, durante dos horas diarias, con medios propios -un vehículo con equipamiento sanitario adecuado, en el que trabajaban profesionales y voluntarios-, con un mínimo soporte desde la administración pública, consistente en la provisión de *kits* de intercambio de jeringui-

llas por parte de la Dirección de Drogodependencias de la Generalitat de Catalunya. Igualmente, la iniciativa de la asociación de usuarios de drogas y profesionales ASUT (Asociación Somos Útiles) dio cobertura de intercambio de jeringuillas en Can Tunis en domingos y festivos durante una larga temporada entre 2000 y 2001, en protesta y reclamación de que las actividades de reducción de daños entre usuarios de drogas de la zona se hicieran extensivas a estos días en que precisamente aumentaban mucho más el consumo y las sobredosis en el barrio. Este equipo estrictamente voluntario consiguió sorprendentes resultados en su breve singlatura, ya que en su estrategia de intercambio 'entre iguales' consiguió recuperar un número mucho mayor de jeringuillas contaminadas que el de *kits* que dispensó.

En junio de 2001, y debido a la carencia de ciertas acreditaciones como empresa por parte de la asociación Àmbit Prevenció, ésta quedó fuera del concurso de adjudicación de este servicio establecido por el Pla d'Acció sobre Drogues. Fue entonces ABD (Associació Benestar i Desenvolupament) la que ganó la concesión, que ha mantenido hasta el día de hoy.

Estructura y funcionamiento del programa

El programa ofrecía un servicio sociosanitario que trasladaba cada día su equipo a Can Tunis para atender a diversas necesidades de los usuarios de drogas por vía inyectada, frequentadores habituales del barrio. El Progra-



ma Can Tunis se gestionaba mediante los fondos de una subcontrata de servicios públicos establecida entre el Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona y la asociación ABD.

Un equipo de catorce profesionales y seis voluntarios de ABD, por turnos, mantenían en marcha el dispositivo móvil que contaba con: a) un gran autobús de línea que albergaba un despacho para las trabajadoras sociales, una enfermería, un pequeño puesto de intercambio de jeringuillas y una cocina-almacén; b) un camión-autobús más pequeño con un puesto de intercambio de jeringuillas, un pequeño habitáculo que servía de almacén, y una sala de consumo -el EVA: Espacio de Venopunción higiénica Asistida de drogas ilegales; y c) una furgoneta que hacía de 'lanzadera' para traer y llevar a personas y materiales entre nuestra ubicación y un pequeño almacén del que disponíamos en el barrio de Zona Franca. El calendario de actividad abarcaba todos los días del año, en un horario de 9 a 15 horas.

Normativas y relación con el usuario

Quizá la principal preocupación del programa consistió en la promoción de normativas claras y estrictas acerca de cómo sus usuarios y equipo deberían relacionarse. Había un constante esfuerzo, tanto en el trabajo diario como en las reuniones semanales del equipo, por revisar las normativas y estrategias, mejorando las relaciones mutuas, así como la convivencia entre el colectivo al que atendíamos. Todo ello sin querer asumir

una posición demasiado directiva; nuestra aspiración fue siempre que la relación, en ambas direcciones, fuera la de adultos normales con sus iguales, y que esta actitud se extendiera y generalizara fuera del ámbito de nuestra relación asistencial. Aun no ocultando las constantes dificultades que este esfuerzo conllevaba, hay que decir que realmente merecía la pena, y que traía consigo pequeños pero constantes y sólidos logros.

Al tiempo, también teníamos que preocuparnos por establecer medidas autoprotectoras, especialmente en lo referido a la gestión de conflictos con/entre los usuarios de nuestro servicio. Dado que prácticamente a diario afrontábamos situaciones conflictivas, habíamos de apoyarnos en medidas de sentido común para poder abordarlas. En tal sentido, y dada la progresiva relación de confianza establecida con los usuarios del servicio, y el apoyo percibido de su parte, frecuentemente podíamos contar con su ayuda para resolver incidentes que surgían con personas concretas. Y con bastante éxito: muchos de nuestros habituales estaban siempre 'al quite' para recordar a otros las normas básicas que sostenían la convivencia en torno a nuestro programa. Aunque pueda sonar irónico, tuvimos mucho más éxito en la relación con los usuarios de nuestro programa para drogodependientes marginales del que solíamos tener con otros sectores 'normales' de la ciudadanía como pudieran ser los vecinos de Can Tunis o del distrito de Zona Franca, las autoridades municipales de cuya subvención dependíamos, o la dirección de la empresa para la que trabajábamos.



El punto de intercambio de jeringuillas (PIJ)

En lo tocante a reducción de riesgos, el PIJ se constituyó en columna vertebral del programa. Tres personas eran habitualmente quienes se encargaban del funcionamiento de esta parte del programa, dedicada a distribuir equipos estériles de inyección y otros materiales preventivos, así como a recuperar materiales biocontaminados. Llegamos a tener medias de más de 200 visitantes diarios en el PIJ, y a distribuir en torno a 2.200-2.500 equipos de inyección diarios, cifras que se disparaban más aún durante el verano, cuando cientos de turistas y viajeros que consumen drogas llegan a la ciudad. Además, el PIJ de Can Tunis llegó a recuperar casi el 90% de los materiales de inyección que repartía.

Los materiales para inyección repartidos eran: jeringuillas de 1 cc con aguja (de dos tipos: las de insulina, con aguja encastrada, conocidas como 'insulinas' o 'americanas', y las de tuberculina con aguja desmontable, llamadas 'españolas'); minitoallitas empapadas en alcohol para limpieza de la piel; ampollas de agua bidestilada para preparar la mezcla a inyectar; sellos de ácido cítrico en polvo (para preparar la heroína base o 'marrón' en forma de sal inyectable); torniquetes de goma para hinchar las venas y facilitar el acceso venoso; y cacitos de acero para la preparación higiénica de la mezcla a inyectar. También se entregaba papel de aluminio para los fumadores de 'chinos' de heroína o para quienes fuman base de cocaína en pipas de agua autoconfeccionadas; para la prevención de riesgos en actividades

sexuales (notoria presencia de prostitución de carretera en el barrio y sus alrededores), se aumentó en los últimos años la dispensación de preservativos masculinos. Los condones femeninos y lubricantes genitales estaban disponibles en ocasiones, aunque normalmente escaseaban.

En la estructura del programa y el equipo, el área principal de contacto se centraba en el punto de intercambio de jeringuillas (PIJ), por tratarse del servicio más solicitado del programa. Aquí otorgábamos a cada nuevo usuario un código numérico, de modo que no se manejaran registros en los que figuraran las identidades. Si surgía alguna duda sobre identificación, podíamos acceder a nuestra base de datos controlada, y continuamente actualizada, para verificar. Desde el PIJ se podía derivar/orientar al usuario, en caso de plantear alguna demanda añadida, hacia otras áreas del programa con funciones específicas.

Equipo social

Tres trabajadoras sociales, un educador y los voluntarios se hacían cargo de las siguientes funciones:

- Valoración y seguimiento psicosocial.
- Trámites de documentación.
- Información, derivaciones y acompañamiento de usuarios a otros servicios sociales y/o sanitarios.
- Actividades ocupacionales, como limpieza de los alrededores, recogida de mate-



riales de inyección abandonados, y/o educación sociosanitaria, individualizada o en forma de talleres grupales.

- Distribución de alimentos básicos.
- Útiles básicos de higiene personal.
- Distribución de ropa.

Todas las áreas de actividad del programa pretendían ir más allá de dar soluciones 'in situ' a problemas que fueran surgiendo, buscando y adaptando constantemente nuestras estrategias para ayudar a que nuestros usuarios 'normalizaran' sus esfuerzos hacia la salud, y que pudieran canalizarlos a través de las redes de asistencia social y sanitaria públicas. Cumplir con tales objetivos era la parte más laboriosa en el desempeño de nuestro programa, pero sin duda también la que mejor podía garantizar la solidez de los logros que, muy poco a poco, se van obteniendo en un programa de este tipo. Se ha de señalar muy especialmente que es por tal razón de la mayor importancia para reducir riesgos y daños el tipo de trabajo de integración y normalización que llevó a cabo en Can Tunis el equipo de trabajadoras sociales, cuya labor pocas veces se ve ponderada en la justa medida de su enorme contribución. Dicho de otro modo: todo avance en normalización social es el primer elemento *sine qua non* para poder hacer algo medianamente efectivo en lo que se refiere a intervención sanitaria. Sin el concurso de la asistencia social, en los entornos de exclusión social la intervención sanitaria no conseguiría nada más allá de remiendos o apaños momentáneos.

Equipo sanitario

Un médico, tres enfermeras y una auxiliar de enfermería turnaban sus actividades para hacer frente a los problemas de salud de los drogodependientes de Can Tunis, estructurando su labor en torno a dos ejes principales:

- Asistencial.
 - Asistencia básica a casos de enfermedad común, heridas, seguimiento de tratamientos, y sobre problemas relacionados con el uso de drogas y/o la situación de marginalidad.
 - Pruebas médicas elementales: análisis de sangre y orina, pruebas de embarazo.
 - Asistencia urgente en crisis, sobredosis y accidentes.
 - Valoración de derivaciones a hospitales, centros de Atención Primaria y/o especializados.
- Preventivo.
 - Educación para la salud: talleres grupales, consejo individual, mensaje puntual estandarizado (*tips*).
 - Servicios educativos especiales: entrenamiento en primeros auxilios básicos, específicos para usuarios de drogas (intervención en crisis, actuación en casos de sobredosis, reanimación cardiopulmonar básica, y uso de naloxona).
 - Vacunaciones (hepatitis B, tétanos, gripe, pneumococo).
 - Sala de inyección higiénica con asistencia sanitaria (EVA), que proporciona



un espacio seguro y equipo de inyección estéril para el consumo de drogas compradas en el mercado ilegal, junto con permanente educación en la prevención de riesgos.

Revisando el uso de la enfermería del programa, diremos que un 80% eran varones y un 20% mujeres. La media de edad de los asistidos era de 31 años; media que tendía al alza en invierno y a la baja en verano, cuando había incorporación masiva de población más joven. El 65% de ellos vivían en la calle o en alojamientos precarios y un 71% no disponía de cartilla sanitaria y/o acceso normalizado a la sanidad pública, datos que apuntan directamente a los déficits generados por el modelo económico neoliberal de los últimos años.

Los problemas de salud entre nuestros usuarios se correlacionaban con lo habitual para los usuarios de drogas en todo el Estado español: 31% eran seropositivos a VIH, 22% lo eran a hepatitis B, y un 70% a VHC (datos de 2002). Un tercio de ellos no había completado primovacunación antitetánica, y la mitad no había completado la de hepatitis B. Al menos un 15% padecía enfermedades crónicas no infecciosas, principalmente trastornos mentales.

En cuanto a cuestiones de asistencia sanitaria básica (tabla 1), aproximadamente el 50% de los usuarios de la enfermería padecían problemas de salud relacionados con el modo de vida marginal y las actividades desarrolladas para conseguir drogas; cerca de un 40% de los problemas atendidos tenían relación con prácticas de inyección no higiénicas,

TABLA 1. Porcentajes medios de actividad de la Enfermería, 2001-2002

Actividades	%
Curas: inicial/seguimiento	35,0
Consulta médica/enfermería	14,7
Problemas podológicos	14,2
Flebitis/reacciones alérgicas a drogas	7,8
Educación Salud, intervenciones individualizadas	6,4
Sobredosis opiáceos	4,7
Problemas odontológicos	4,5
Pruebas y vacunaciones	3,0
Drenaje de abscesos	2,6
Desparasitaciones	2,4
Trauma/agresión/autólisis	2,3
Demandas programa desintoxicación	1,9
Reacciones agudas a la cocaína	0,5
Otros datos	
Media diaria de actividades: 11	
Uso de medicamentos: 41% de casos	

nicas, que aumentan durante el verano, cuando hay más tendencia a abandonar tratamientos de metadona y reiniciar el consumo de drogas ilegales. Como ejemplo, véase la distribución anual comparada de casos de sobredosis (fig. 1).

En un estudio que llevamos a cabo -entre enero de 2001 y marzo de 2003- sobre 377 casos de sobredosis asistidos por nuestro equipo⁶, el 52% de ellas conllevaron parada respiratoria. No obstante, ninguna de las sobredosis asistida por nosotros, en el área de Can Tunis o en nuestra sala de consumo, re-



FIGURA 1. Evolución de casos de sobredosis atendidos. Can Tunis (diario, 9 a 15 horas)



sultó en muerte. Del total de asistencias por sobredosis, 12,5% fueron casos de reacción aguda por cocaína: un problema que aumenta día a día, y que se caracteriza por crisis de ansiedad, distrés respiratorio, ataques de pánico, arritmias, convulsiones y síntomas neurológicos asociados.

De nuestras intervenciones en sobredosis, el 80% se resolvieron por actuación independiente de las enfermeras, contando el resto con el concurso añadido del médico y/o nuestros compañeros no sanitarios. Sólo el 9% de casos de sobredosis atendidos precisaron traslado en ambulancia a un servicio de Urgencias. La abstinencia, que reduce el grado de tolerancia a la droga, resultó el único factor de riesgo estadísticamente significativo para las sobredosis graves -las que cursan

con parada respiratoria y/o cardiaca- según el estudio que llevamos a cabo para Can Tunis. Cada día de abstinencia previo a un nuevo episodio de consumo aumenta las probabilidades de sobredosis grave en un 1,3%. Por su parte, la mezcla de sustancias -diferentes drogas, incluido el alcohol- se asocia estadísticamente a la ocurrencia de sobredosis no graves, sin parada respiratoria.

Intervenciones especiales

Entrenamiento en reanimación básica y uso de naloxona en sobredosis

La disponibilidad del fármaco antagonista naloxona, para nuestro personal y entre



usuarios del servicio entrenados ex profeso, logró reducir significativamente las tasas de mortalidad por sobredosis para Barcelona y Cataluña. Nuestro equipo solía administrar entre 0,4 y 0,8 mg del fármaco por vía intravenosa en casos de sobredosis; nuestros usuarios preferían administrar dosis -intramusculares o intravenosas- de 0,4 mg para evitar problemas de síndrome de abstinencia, aunque no dudaban en aumentar la dosis ante la evidencia de los casos más severos. En cualquier caso, aun contando con la naloxona como arma terapéutica clave, se garantizaba el soporte respiratorio como primera estrategia y la vigilancia en el período posterior a la crisis como manera de evitar recaídas.

Esta estrategia de intervención es innovadora y corre pareja a apenas un puñado de programas similares en el panorama internacional. Su puesta en marcha fue rigurosamente fruto de la extrema necesidad, teniendo en cuenta que Barcelona, y con ella Cataluña, figura a la cabeza en cifras de mortalidad por sobredosis en el conjunto del Estado español desde hace años. La escasa cobertura horaria de servicios con los que afrontar este problema forzó al equipo a plantear nuevas formas de actuar contando con el concurso de los propios usuarios de drogas expuestos a tan ominosos riesgos. Se ha de señalar que en todo este tiempo la cobertura legal para esta práctica, por parte de administraciones públicas que dieron su visto bueno tácito, brilló por su ausencia. La formación en uso de medidas de reanimación básica y uso de naloxona dirigida a

usuarios de drogas, y la dispensación de este fármaco, no se han asentado en ningún documento oficial que valide la intervención de cara a posibles responsabilidades profesionales.

Espacio de venopunción higiénica asistida (EVA)

El EVA de Can Tunis tenía capacidad para cinco usuarios simultáneos, que podrían consumir drogas inyectables en condiciones higiénicas y bajo supervisión de personal sanitario preparado para atender de inmediato episodios de sobredosis y cualesquiera incidencias relacionadas con el consumo. Funcionaba sólo cuatro horas por la mañana de lunes a viernes, debido a ineludibles limitaciones en medios y personal del programa Can Tunis, al que no se había asignado presupuesto para la cobertura de este servicio. Simplemente, se dio permiso al personal para que pusiera en marcha con su propio esfuerzo una intervención que la evidencia del trabajo diario pedía a gritos.

La sala para consumo de drogas ilegales -‘narcosala’ en el lenguaje de los medios de comunicación- sigue viviendo una situación anómica a día de hoy. Aunque la primera sala española de este tipo -el D.A.V.E. de Las Barranquillas, en Madrid- empezó a funcionar hace más de cuatro años, hace tres el EVA de Can Tunis, y hace un año las salas de Munduko Medikiak en Bilbao y SAPS en Barcelona, estos dispositivos siguen en un estatus de excepción a la ley -marcada por la filosofía prohibicionista- que todavía hoy no



se ha resuelto con disposiciones o reglamentos adecuadas.

Para el caso de los dispositivos de consumo de Barcelona, además, se ha de destacar que son los únicos *en todo el mundo* que han sido ocultados celosamente al escrutinio público, lo que da una medida del recelo de las administraciones públicas hacia el ciudadano de a pie y hacia su capacidad de comprensión. En *todos* los casos, el resto de las cerca de sesenta salas de consumo que existen en el mundo han sido objeto de presentaciones y debates en los medios de comunicación, y la polémica de su establecimiento no ha hecho sino contribuir a la larga a su solidez, aceptabilidad y viabilidad en el entorno social y político que les ha rodeado. En Barcelona, simplemente, nada de eso. Justamente la ciudad erigida en Meca del diálogo social durante su Fòrum, se ha negado a sí misma durante años un debate ciudadano abierto acerca de qué se ha de hacer con sus ciudadanos y ciudadanas con problemas por consumo de drogas, y ha sometido a éstos a relegación y persecución en el ínterin.

Discusión

Estrategias de reducción de daños: entre las políticas del ‘mal menor’ y la perpetuación del statu quo

Lo expuesto hasta aquí aporta tan sólo breves trazos acerca de la historia y características de las estrategias de reducción de daños desarrolladas en el barrio de Can Tu-

nis de Barcelona en los últimos años: ya se han descrito en otras partes, con más detalle, todas esas vicisitudes. Lo procedente aquí es desarrollar apuntes de reflexión sobre las realidades sociopolíticas que estos procesos revelan, e intentar dilucidar el verdadero lugar que tal panorama asigna a estos enfoques de intervención sociosanitaria dentro del sistema social y sus estructuras asistenciales.

El retorno a la ética de la beneficencia en el mundo del ‘déficit cero’

En la involución que vive el desarrollo -nunca completado en nuestro país- del Estado del Bienestar, las administraciones públicas devuelven a la iniciativa de los actores sociales la atención a problemas sociales que les resultan más conflictivos y onerosos. Sea cual sea el ideario de las diversas organizaciones no gubernamentales (ONG), cuyo número y diversificación aumenta día a día, desde la perspectiva de la *cosa pública* este sector se acaba estableciendo como una suerte de ‘neo-beneficencia’ auxiliar que alivia sus cargas y pesares, y parece que pudiera aspirar a exonerarla de sus más difíciles responsabilidades, quizá a cambio de una paulatina adquisición de parcelas de poder dentro de la sociedad.

El modelo economicista neoliberal que rige al mundo globalizado y constriñe las políticas públicas parece dejar fuera de los circuitos de rentabilidad la atención a quienes se pueden considerar *no-productivos* y, por tanto, *no-asistibles*. Así pues, simbólica, política y económicamente, encontramos que



hay bolsas de población completas que no cuadran en los balances. La forma de que las cuentas se equilibren, por tanto, es hacer *separata* con ellos: un capítulo aparte que otros se encarguen de gestionar, para que la máxima política y simbólica a que nuestro modelo socioeconómico rinde culto, el «Déficit Cero», sea cumplimentada.

Ojos que no ven...

Ese mismo prurito por cuadrar cuentas hace imperativo que no afloren los déficits y erratas sociales en los balances. Quizá sea por eso que la asistencia a las bolsas de población no-asistibles se produzca también en los espacios, físicos y simbólicos, no-inventariables de la sociedad: los poblados chabolistas, las carreteras o solares donde se prostituyen las 'sin-papeles', lo más oscuro de la noche, los comedores para pobres, etc. Así acaba resultando muy conveniente que estas filosofías del acercamiento se vean forzadas a salir extramuros para atender eficazmente, in situ, a todas esas personas descatalogadas de la sociedad. Lamentablemente, cuanto se hace oficialmente por favorecer estrategias como las de reducción de daños relacionados con drogas tiende a la vez a fijar y sostener esos espacios de exclusión, con pocas excepciones.

Excepción, por ejemplo, sería ubicar un centro de tratamiento, un albergue nocturno o una sala de consumo, como sería el caso de la de Bilbao, en el centro de una ciudad; también lo es hacerlo en conocimiento de la ciudadanía, generando un debate social am-

plio y controvertido. A sabiendas de que conllevará inevitables polémicas, medidas de este tipo traen los problemas de la sociedad al centro de sus presupuestos y debates, en lugar de dejarlos para siempre en la periferia, y se trata por tanto de estrategias integradoras, antiexcluyentes. También son, por ello, iniciativas anti-economicistas; muchos las tildarían además de *antieconómicas*, pero cualquier acción contra la exclusión, en un concepto humanista de la economía, debería por el contrario considerarse como una inversión a largo plazo.

... corazón que no siente

Una carencia fundamental en muchos programas de reducción de daños es la de auditoría metodológica y económica de los proyectos. Aun sonando irónico, son muchos los programas de reducción de daños que desearían verse sometidos a escrutinio y valoración de resultados, como no hace mucho señalábamos en un artículo sobre el Programa Can Tunis⁷. Ser auditado implica, aparte de las normales molestias o suspicacias que puede suponer el verse fiscalizado, la constatación de que la labor que el equipo desarrolla tiene importancia y ha de obtener algún resultado que beneficie a la sociedad. Hoy por hoy, son muchos los programas de reducción de daños viciosamente acostumbrados a autoevaluarse anualmente, por la sencilla razón de que nadie externo fiscaliza su intervención más allá de la revisión de sus cuentas, que justamente es lo más fácil de cuadrar cuando



el interés por la intervención dista de ser profundo. Aunque haya quien se pueda sentir cómodo por esta falsa apariencia de autonomía o *laissez faire*, cualquier intervención sociosanitaria investida de tales carencias de control está periclitada, prácticamente tiene firmada un acta de defunción a la que sólo falta poner fecha.

Desde el margen, para los marginales

Además, descubrimos en seguida que los equipos de reducción de daños relacionados con drogas -como otras estructuras que atienden a los marginales y funcionan como estructuras separadas de la asistencia pública-, acaban siendo por sí mismos perpetuadores de un *statu quo* que excluye de la gran sociedad a bolsas enteras de población. Carentes de fiscalización pública y deficitarios en coordinación con las estructuras asistenciales de la población general, estos programas acaban siendo, ellos mismos, marginales y en cierto modo agentes de marginación. Sostenidos por fondos paulatinamente menguantes, sus trabajadores en general disponen de peores condiciones laborales que los de centros públicos o concertados, están más expuestos a *burn-out*, etc. En general, la calidad esperada de la intervención, dejando aparte la cuestión de la no fiscalización, tiende a ser la que 'razonablemente' se puede imaginar que ha de ser la de la asistencia con/para/entre marginales: algo que cubra el expediente y que mantenga lo más feo de la sociedad fuera del alcance de la vista del ciudadano medio.

Y, sin embargo...

Pero ocurre que la intervención en reducción de daños atiende a personas que, nos guste o no, son ciudadanos y ciudadanas, son o han sido productivos socialmente, y tienen familias, amigos y vecinos que también lo son. La responsabilidad de atenderles es de toda la sociedad, y por delegación lo es de las administraciones: es una responsabilidad pública, y pública ha de ser, por tanto, la asistencia que se les proporcione. Es por ello responsabilidad fundamental la de la sociedad que ha de asegurarse de que así sea, y ello convierte el debate social sobre los usos de drogas y sus problemas en una cuestión política de primer orden, en necesidad social inaplazable. Para ello, es absolutamente necesario que todos los elementos de juicio estén disponibles y a la vista de la opinión pública, y que desde las instancias técnicas y políticas se publiciten todos los conocimientos y decisiones, evitando ocultaciones. También es necesario que las iniciativas sociales se orienten cada vez más a exigir el cumplimiento de estas responsabilidades. En definitiva, el uso de drogas y sus problemas se han de convertir, ya y de una vez por todas, en *cuestión política*.

¡... se mueve!

A día de hoy, el panorama descrito en torno a la intervención de reducción de daños relacionados con uso de drogas en Can Tunis y su reciente desaparición está cambiando gracias a la fuerza de las circunstan-



cias. Desplazados los escenarios de consumo de drogas, y la población de drogodependientes habituales hasta hace poco en ese barrio, a barrios más ‘normalizados’ de la ciudad como Ciutat Vella o Nou Barris, el nuevo panorama de conflictos de la ciudad está forzando un replanteamiento de estrategias. El surgimiento de protestas vecinales estruendosas en estos barrios, la publicación de un manifiesto de protesta por la gestión del proceso de desalojo del barrio firmado por numerosos profesionales y entidades ciudadanas⁸ -el que denominamos Manifiesto Can Tunis 2004-, y el eco de todo ello en los medios de comunicación están dando como resultado el diseño de nuevas estrategias adaptadas de intervención entre el colectivo de drogodependientes, en el interior de Barcelona. Actualmente se ha reforzado y mejorado discretamente el acceso a programas de tratamiento, se plantea la creación de albergues nocturnos para esta población -inexistentes hasta ahora- y de tres centros de acogida con espacios para venopunción de menor riesgo. Aunque lleguen tarde, puesto que en los últimos meses la situación para este colectivo ha sido de pura catástrofe humanitaria -baste, por ejemplo, saber que la mortalidad por sobredosis en la ciudad se ha retrotraído a los niveles de hace cuatro años: un evento cada tres días-, es evidente que la presión de la opinión pública ha servido para reactivar una política pública sobre drogas que llevaba años estancada, y que ha devuelto la ‘cuestión droga’ al centro del debate público, al menos en el marco local.

Comentario final

Durante años en Can Tunis la mayor penuria vivida por los profesionales que trabajábamos allí era la marginalidad de nuestra labor, percibida en el desinterés de una administración que financiaba un tipo de programa asistencial sostenido en definitiva por un equipo joven y entusiasta que se enfrentaba a una tarea desbordante, a veces descorazonadora, y que en general sólo parecía ‘parchar’ los terribles problemas de un gran colectivo de personas con problemas de drogas, en algunos casos en situaciones de absoluta miseria imposible de describir con palabras.

Hoy, la esperanza, que aún no es confianza, de quienes promovimos y firmamos el Manifiesto Can Tunis, está depositada en que el nuevo panorama social y político, y la remodelación de la escena de drogas en Barcelona, efectivamente impulsen una renovación en las políticas que han de hacer frente a este problema, en el que todos somos afectados y corresponsables. Nuestra llamada, por tanto, se dirige a la sensibilidad tanto de responsables políticos como de ciudadanos de a pie, a fin de que los grandes principios de la democracia se traduzcan en el nivel práctico en prácticas efectivas y eficientes de diálogo social, participación y solidaridad. Y junto a ello, la esperanza de que los procesos sociohistóricos y de intervención vividos en Can Tunis nunca lleguen a convertirse en paradigma de cómo se ha de actuar en el campo de las drogodependencias.



Referencias bibliográficas

1. Mena J M, Fiscal Jefe de Catalunya. Información publicada en *20 Minutos Barcelona* (17/IX/2004).
2. Fabre J, Huertas JM. *Tots els barris de Barcelona, IV. Els Tres Turons i els barris de Montjuïc*. Barcelona: Edicions 62, 1976; 199-220.
3. Codina MT. *Gitanos de Can Tunis, 1977-1983. Crònica de un proceso educativo*. Barcelona: Mediterrània, 2000.
4. ABD Associació Benestar i Desenvolupament. Memoria anual 2001, programa Can Tunis. Barcelona, 2002 [Documento interno, no publicado].
5. ABD Associació Benestar i Desenvolupament. Memoria anual 2002, programa Can Tunis. Barcelona, 2003 [Documento interno, no publicado].
6. Anoro M, Ilundain E, Rodríguez R, et al. Factores asociados a presentar parada respiratoria en las sobredosis por opiáceos atendidas en un escenario abierto de consumo de drogas en Barcelona. *Revista Española de Salud Pública* 2004;78:601-608.
7. Anoro M, Ilundain E, Santisteban O. Barcelona's safer injection facility -EVA: A harm reduction program lacking official support. *Journal of Drug Issues* 2003;33:689-712.
8. En varios 'sitios web', como: <http://www.grd.red2002.org.es/imag/ManifiestoGlobal.pdf>



CAMBIOS SOCIALES, CAMBIOS EN LOS TRATAMIENTOS

TRE BORRÀS I CABACÉS* Y ARTUR SARDÀ I GARCIA**

**Psiquiatra-Psicoterapeuta. Coordinadora del SMD. **Psicólogo Adjunto del SMD. Psicoterapeuta. Servei Municipal de Drogodependències (SMD), Hospital Universitari Sant Joan. Reus (España)*

El Sistema Droga y los conflictos que disfraza

En los años 80 del pasado siglo se crearon diferentes redes de centros de atención a las drogodependencias y a los drogodependientes en todo el estado español, muy a menudo a partir de las iniciativas locales de profesionales interesados en este tema y con la suficiente influencia institucional como para canalizar los recursos generados por el creciente clamor social. Muchos de estos profesionales parecían responder a un perfil de-

Tre Borràs i Cabacés es Psiquiatra, Máster en Terapia Familiar Sistémica y Master en Mediación Familiar Sistémica por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Docente de l'Escola de Terapia Familiar de L'Hospital de Sant Pau-Fundació Dr.Robert-UAB. Miembro de la junta directiva de Grup Igia y miembro de la Secretaria permanente de la Coordinadora de CAS. Coordinadora del CAS de Reus.

Artur Sardà i Garcia, se licenció en Psicologia en la Universitat Autònoma de Barcelona en 1989. Obtuvo el Máster en Terapia Familiar Sistémica en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Ha realizado diversas colaboraciones con el Departament d'Antropologia de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Desde 1993 ejerce como Psicoterapeuta en el Servei Municipal de Drogodependències (SMD) de Reus.

terminado, a tenor del cual se dejaban fascinar por aquellos «nuevos» trastornos, relacionados con el uso y consumo de ciertas drogas (básicamente la heroína), que parecían extenderse como una epidemia y que comportaban toda una florida sintomatología conductual. En el imaginario popular se atribuía toda esta sintomatología a los efectos entre mágicos y siniestros de dichas sustancias que, pese a contar con un uso milenario en sus distintas combinaciones y preparados, se percibían como si acabaran de hacer su primera aparición en la historia. En realidad, lo que ocurría era que se mezclaban toda una serie de conflictos de diferente orden (sociales y personales, generales y particulares), y se concebían como un solo tipo de conflicto universal, casi irresoluble pero de descripción simple: la droga.

Los rasgos definitorios de este fenómeno, casi totalmente imaginario, nos los describe Baratta (1989) en un artículo de aquella época. Según él, se basa en cuatro generalizaciones que resumimos aquí:

1.- El consumo de drogas siempre acaba en dependencia; y de las drogas blandas se



pasa necesariamente a las duras (el llamado fenómeno de la escalada).

2.- Los toxicómanos tienen otra concepción de la realidad diferente de la de la gente «normal»: pertenecen a una subcultura desviada.

3.- Los toxicómanos son delincuentes, incapacitados para ganarse la vida trabajando, y sólo pueden vivir en la marginalidad.

4.- La drogodependencia es una enfermedad psicofísica irreversible.

Si bien ésta sería la expresión más exagerada de este tipo de creencias, en aquel momento era ampliamente compartida por diversos y amplios sectores de la sociedad. Además, y mientras el debate social se articulaba aún en torno a si se trataba de una enfermedad o de un vicio, la red de servicios de Salud Mental no se mostró preparada o dispuesta para asumir esta problemática, quizá por falta de recursos o quizá por el miedo a lo desconocido, a afrontar nuevos retos, como a veces les ocurre a algunos profesionales acomodados en una larga trayectoria, o bien porque en aquel momento la red de Salud Mental tenía otras cuestiones prioritarias a resolver. Paralelamente, como ya se ha dicho, otros profesionales de la salud y de lo social, generalmente más jóvenes (y generacionalmente más próximos a los denostados toxicómanos), encontraban aquí una puerta abierta para poder desarrollar su vocación a la vez que una salida profesional en el contexto de un mercado difícil. Quizás para algunos sólo contaba esto último.

Es así, para cubrir este vacío, como empiezan a crearse centros especializados, aquí y allá, luchando por el reconocimiento y la subvención, hasta que, con distintos ritmos y particularidades, van organizándose en redes que coordina la Administración Pública (o diversas administraciones públicas a la vez). En Cataluña, por ejemplo, confluyen en la XAD (Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya), que se articula en 1986 a través del Òrgan Tècnic de Drogodependències del Departament de Sanitat de la Generalitat. Y a nivel estatal, los diferentes planes autonómicos se impulsan y coordinan desde el Plan Nacional Sobre Drogas.

En esa primera etapa, a nivel de representación social, aún se diferenciaba entre la adicción a drogas legales o ilegales (las primeras no eran consideradas drogas), y esta arbitraria diferenciación se recogía incluso en la definición de los centros pertenecientes a la XAD a mediados de los 80, considerados un servicio especializado, específico e interdisciplinario para atender a los alcohólicos, heroínómanos y otros tipos de drogodependencias, así como el tabaquismo¹. Los motivos por los cuales el alcoholismo y el tabaquismo no podían considerarse incluidos dentro de «otros tipos de drogodependencias» los desconocemos, pero solían justificarse en pro de una mayor claridad del mensaje social que pretendía traspasarse; es decir, que no surgía de una reflexión científica sino que se trataba de una licencia poética en favor de la legalidad vigente y del discurso social imperante, o también podría tener que ver con una representación social de ambos fenóme-



nos normalizada y atendida o desatendida en las redes existentes: Salud Mental y Atención Primaria de aquel momento.

A partir de la década de los 90 se extienden los centros prescriptores y dispensadores de metadona, surgidos de otra alarma social, secundaria a una realidad epidemiológicamente preocupante: el sida y la rápida extensión de los contagios por VIH entre los usuarios de drogas por vía parenteral. Estos dispositivos no son sino una muestra más de que se está produciendo un cambio de filosofía, primero entre los profesionales y, con el tiempo y muchas dificultades, en la sociedad general. Según P.A. O'Hare, el concepto de reducción de daños empezó a utilizarse a finales de los 80 en respuesta a determinados factores de presión:

«El primero fue el problema de la infección por VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). El segundo, la sospecha creciente de que las estrategias que habíamos adoptado para tratar el consumo de drogas no habían mejorado sino que exacerbaron el problema»².

En torno a la metadona se han generado mitos y controversias. Por una parte, muchos usuarios y, sobre todo, muchos de sus familiares e incluso algunos profesionales, la demonizaban, considerándola una droga más (sin concesiones a su condición de «medicamento») y, por tanto, quienes la tomaban continuaban siendo dependientes y enfermos, por lo que no se le reconocía ninguna utilidad. Es decir, que no se valora-

ban las evidentes mejoras en términos de estabilidad a todos los niveles, desde la disminución de los comportamientos disociales hasta el establecimiento de una relación más saludable con los recursos sanitarios, con el potencial de mejoría que ello supone. Por contra, tan sólo se hacía hincapié en si seguían tomando o no alguna cosa (aun cuando fuera indicada terapéuticamente), ya que eso significaba que no eran lo suficientemente fuertes como para dejarlo «a pelo» o «por huevos» (u otras expresiones por el estilo, claramente indicadoras del tipo de creencias y cosmovisiones que se escondían detrás de tan «sanas» ideas). Por lo que respecta a las ofertas asistenciales se distinguían claramente dos tipos de programas: los «libres de drogas» (aunque en ellos se utilizaran psicofármacos con fines terapéuticos) y los «que no», y se planteaba la diferenciación en términos excluyentes y categorizando los segundos como tratamientos casi compasivos. Pero, por otra parte, algunos pensaban que la metadona sería la panacea, ya que ningún toxicómano podría volver a justificar su comportamiento sobre la base de la insoportabilidad de la abstinencia.

Se trata de dos errores diametralmente opuestos, pero surgidos de la misma creencia de fondo: que lo que estábamos viendo eran tan sólo «problemas de drogas». Con el paso del tiempo se ha ido evidenciando que el problema de la metadona como fármaco sustitutivo en tratamientos por dependencia a los opiáceos es que ha bloqueado la investigación de otros tratamientos sustitutivos como puedan ser los de heroína, por ejem-



plo, probablemente más adecuados para algunos casos. Pero, sobre todo, lo que se ha ido demostrando es que lo que atendemos no son principalmente problemas de drogas, en el sentido de que los efectos de tal o cual sustancia sean, por sí solos o principalmente, la causa de tanta patología. Lo que atendemos, en realidad, son:

a) Problemas de salud mental o conflictos de orden psicológico: trastornos de personalidad, del estado de ánimo, adaptativos y por estrés postraumático, así como diversos tipos de neurosis, psicosis, historias de abusos en la infancia, etc. En los últimos años se ha rescatado el concepto de patología dual que, en este ámbito, describe a quienes padecen un problema de drogas y además otro trastorno mental. Según nuestra observación³, la mayor parte de nuestros pacientes pueden ser diagnosticados de duales y, por lo general, es el otro trastorno psiquiátrico el que nos explica las dificultades de control con las drogas y no al revés. En definitiva, el consumo de drogas constituye a menudo una forma de automedicación⁴.

b) Problemas relacionales, conflictos familiares: de pareja, entre padres e hijos, trigeracionales... Una buena parte de los profesionales de la XAD y de las redes específicas de atención a drogodependientes son conocedores del modelo familiar-sistémico, quizá porque en este campo hay una tradición de trabajar con las familias y buscar su implicación en los tratamientos, particularmente en la psicoterapia. El abordaje familiar de los problemas de drogas tiene su origen

en el trabajo de L. Cancrini (1982), a quien nos referiremos más adelante.

c) Emergencias sociales: pobreza, marginalidad, carencias básicas (techo, nutrición, afecto...), procesos migratorios difíciles, constituyen situaciones desesperadas en las que los consumos abusivos de drogas son habituales y podrían considerarse también una forma de automedicación orientada a soportar un ambiente social excesivamente hostil. Dichas situaciones se perpetúan a menudo en el seno de auténticas sagas familiares que recogen, mezclan y combinan todo tipo de trastornos y de dificultades, como una pesada herencia de carencias que pasan de generación en generación. Son las denominadas familias multiproblemáticas (Coletti y Linares, 1997), en alusión a la multiplicidad de conflictos que les afectan, o incluso familias multiservicios, en referencia a la diversidad de recursos sociales que utilizan.

Estos tres grupos no son mutuamente excluyentes, sino que a menudo coinciden en un mismo individuo o situación, o bien se entra y se sale de la precariedad varias veces a lo largo de una misma trayectoria vital.

Pero, por otra parte, el hecho de que los conflictos con las drogas coincidentes con situaciones de marginalidad o precariedad social son los más visibles y llamativos, apunta a una de las funciones no explicitadas de las políticas prohibicionistas en materia de drogas y de sus discursos autojustificativos (Baratta, 1989): la transformación de unos problemas sociales, que podrían evidenciar déficits o negligencia en las políticas sociales



de las administraciones, en unos problemas de drogas, la responsabilidad de los cuales es fácil que recaiga sobre el propio afectado o, si no, sobre unas redes más o menos abstractas de narcotraficantes y mafiosos, contra las cuales se supone que ya se está luchando obstinadamente. De esta forma, el debate se centra en la necesidad de reforzar o no la represión, evitando replantearse conceptos básicos del modelo social que vivimos o padecemos, como la desigual distribución de la riqueza y las oportunidades, la escasez de recursos sociales al tiempo que se bajan los impuestos, la capacidad de integrar socialmente a los más débiles o desfavorecidos... Y el pueblo llano, educado para no entrar a fondo en ningún debate, pide soluciones inmediatas, que se traducen en más presencia policial y más represión, sin plantearse si eso comportará menos recursos sociales, menos programas orientados a la integración, etc. Parece que preferimos gastar cien en represión que diez en prevención y educación. Es así como los problemas se perpetúan, y culpar a las drogas o a la mafia es la forma que tienen en muchas ocasiones las administraciones de eludir sus responsabilidades.

Este debate, planteado en estos términos, se ha ido trascendiendo en la última década. Cada vez más, el consumo de drogas se percibe de forma normalizada, es decir, despojada de ideología; cada vez más, los consumidores no conflictivos ni patologizados se han mostrado a la luz pública, y su mera existencia visible ha acabado de desmontar la ideología que Baratta denominaba Sistema

Droga. Cada vez más, se han ido creando recursos para atender las situaciones de precariedad más graves, si bien muchos de ellos han surgido como recursos específicos ligados a los programas y redes de atención a las drogodependencias y no como recursos ligados a los servicios sociales generales. Aun teniendo en cuenta que, a menudo, los usuarios de estos recursos (de acogida, de emergencias sociales...) no son básicamente toxicómanos que han llegado a tal situación como consecuencia de su adicción, sino todo lo contrario: el uso más o menos abusivo de drogas sería un recurso para soportar una precariedad desesperanzada, en la línea de la automedicación, como ya apuntábamos.

Además, con el paso de los años las profecías autocumplidoras⁵ tienden a hacerse realidad, y en estos momentos contamos ya con un amplio colectivo de personas de cierta edad que han dedicado su vida a representar el papel estereotipado de toxicómano, ya sea en la vertiente activa o en la vertiente «ex-drogadicto-cruzado antidrogas». Asimismo, han adquirido conciencia de colectivo afectado por preocupaciones similares y, desde esta autodefinición, les resulta más fácil reconocerse, integrarse y cohesionarse cuando se encuentran en torno a un recurso formalmente creado para ellos, entendiendo por «ellos» aquellas personas que se identifican con la autodefinición referida. Algunos han tenido hijos, los cuales han podido seguir o no sus pasos, pero han crecido empapándose de dicha «doctrina». Todo ello explica que, pese a que normalizar significaría crear recursos generales frente a la precariedad de



todo tipo, siguen siendo necesarios recursos específicos debido a las especificidades históricas; de la misma forma que, desde una perspectiva sanitaria, normalizar significaría que los problemas relacionados con drogas se hubieran atendido ya en su día desde las redes generales de asistencia a la enfermedad mental, pero se llegó a una situación en la que los recursos específicos para atender dichos problemas se hicieron necesarios. No obstante, el objetivo final de estos recursos específicos sería hacer de puente con los recursos generales, atender aquellos mínimos que facilitarían aquel contacto, aquel acoplamiento estructural (Maturana y Varela, 1984) que propiciará los cambios necesarios para acceder a ellos.

Hay que señalar también que es cierto que actualmente las demandas generadas en torno a la heroína tienden a descender (queda, eso sí, un remanente de históricos más o menos cronificados, y además todavía algunos jóvenes siguen iniciándose), aumenta notablemente la demanda relacionada con el uso y abuso de cocaína, pero no aumentan las demandas en torno a otras drogas de moda, como el éxtasis. También se incrementan, eso sí, las relacionadas con alcohol y tabaco, aunque no se puede deducir que aumenten los abusos de esas sustancias, ya que podría ser consecuencia del cambio de discurso social (ahora preocupan más que antes). También merecen consideración especial las demandas por cocaína combinada con alcohol en unas pautas de comportamiento determinadas, que permiten que la historia clínica pueda abrirse bajo uno u otro epígrafe⁶. A

menudo alcohol y estimulantes, malos tratos y violencia se encuentran juntos en la práctica clínica, si bien lo determinante continúan siendo los condicionantes socioculturales, que explican mejor tanto unos comportamientos como los otros. Sin embargo, las demandas por éxtasis (MDMA) o sustancias afines, siguen siendo insignificantes, pese a la alarma social expresada a menudo a través de los medios de comunicación. Por lo general, sus consumidores están más integrados socialmente, menos estigmatizados y, si lo precisan, son atendidos con más tranquilidad por diferentes dispositivos sanitarios y sociales, de forma que, a menudo, la tarea de los recursos específicos consiste en dar soporte a dichos servicios, sin realizar una intervención directa con los usuarios. La evolución de las demandas por cánnabis merece atención aparte y lo retomaremos más adelante en el capítulo de intervenciones y estrategias.

Por último, siguen encontrándose con serias dificultades de origen político quienes quieren investigar el potencial terapéutico de dichas sustancias⁷, aun cumpliendo con todos los requisitos de la ética científica. En contraste, existe otra realidad que con miles de jóvenes, cada fin de semana, en unas condiciones ambientales improvisadas y mucho menos seguras, «investigan» por su cuenta, sin poder beneficiarse de eventuales avances científicos que permitirían canalizar esta curiosidad, sana en sí, y disminuir sus riesgos. Todo ello constituye un amplio campo para la investigación científico-social, que permanece en buena parte bloqueada por absurdas inercias o por intereses oscuros.



Con quién estamos tratando

Ya hemos dicho que muchos de los conflictos que originan demandas focalizadas sobre los consumos de drogas son, ciertamente, problemas relacionados con el ámbito de la Salud Mental, pero con la presencia primaria de otros trastornos descritos en la literatura científica y respecto de los cuales el uso arriesgado o inadecuado de drogas constituiría un síntoma o manifestación externa.

A menudo, los criterios de diagnóstico psiquiátrico no son tan claros y objetivos como los de la medicina orgánica, dado que el grado de complejidad es mayor. Diagnosticar una apendicitis es cualitativamente diferente de diagnosticar un trastorno bipolar. Incluso el DSM-IV-TR (APA, 2002), elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana y adoptado internacionalmente como modelo y paradigma de la objetividad científica en materia *Psí*, deja amplios márgenes para la subjetividad, para la inventiva y, desgraciadamente, para el etiquetaje determinante, sobre todo cuando se diagnostican trastornos que ya portan en su propia denominación el trágico sello de la irreversibilidad, como los trastornos de personalidad. El diagnóstico como etiquetaje puede ser tan reduccionista como la etiqueta de toxicómano, la cual, por supuesto, también está recogida en un capítulo concreto del DSM-IV-TR con una denominación distinta para cada sustancia y para cada caso: Abstinencia, Dependencia, Abuso e Intoxicación.

En los dispositivos de drogodependencias se trabajaba tradicionalmente sin obsesio-

narse por los diagnósticos, centrando la atención en las características individuales de cada caso. Pero un sistema diagnóstico consensuado también permite operativizar, simplificar y contabilizar el trabajo. Y abre la posibilidad de intercambiar información entre profesionales formados en distintos modelos. El diagnóstico como simplificación, como ejemplo, como metáfora de la realidad, permite esta comunicación entre profesionales que trabajan en el mismo caso a un nivel mitad racional, mitad intuitivo; el soporte terminológico permite entenderse mejor y, en definitiva, revertir esta coordinación en favor del paciente.

Otra cosa distinta es considerar el diagnóstico como una sentencia que ha de acompañar a una persona toda la vida, constando en todos sus informes de salud, despertando todo tipo de fantasmas y de temores irracionales en torno a unos trastornos que quizá ni siquiera existen objetivamente, que son como espejismos, como lo son (o lo eran) los toxicómanos tradicionales, que sólo existían en tanto en cuanto se creía devotamente en el Sistema Droga.

Otros factores, como las necesidades de las industrias farmacéuticas que, para hacer encajar mejor sus nuevos fármacos, necesitan operativizar el sufrimiento humano, o procesos tan circunstanciales y específicos como la cuestión de los MESTOS⁸, pueden haber contribuido a «psiquiatrizar» los centros de drogodependencias. Que todo ello coincida en el tiempo con el «resurgimiento» de la Patología Dual (FEPSM, 2004) puede que no sea más que una coincidencia.



En nuestro caso, orientamos nuestras prácticas partiendo de un modelo relacional, constructivista y cognitivista⁹, del cual pasamos a describir algunos conceptos.

Hablamos de paciente identificado cuando trabajamos con sistemas familiares. El concepto describe aquel a quien todos los demás señalan como problemático, habitualmente quien da nombre a la historia clínica, si bien su comportamiento más o menos excéntrico, inadecuado o conflictivo, visto en una perspectiva de conjunto, encaja perfectamente con los comportamientos simultáneos de otros miembros de la familia, conformando un juego relacional con unas leyes y características que trascienden las propias intenciones y voluntad de los afectados. Por ello, entendiendo a la familia como un sistema, como una unidad disfuncional, enferma, bloqueada o como se le quiera llamar, concebimos al paciente como un síntoma del trastorno que afecta al conjunto, aun siendo aquel a quien los demás señalan como único problemático. Así, hemos visto parejas que, sin proponérselo, han «salvado» su matrimonio gracias a tener un hijo toxicómano, y éste, sin saberlo, les ha hecho este favor o esta jugarreta cuando quizás únicamente intentaba evadirse de la situación. También vemos parejas sustentadas por la enfermedad de uno de ellos, que da la oportunidad al otro de manifestar su abnegación vocacional: ¿que sería del uno sin el otro? Son aquellos que no tienen nada de que hablar sobre sí mismos o sobre su relación, porque todo está muy bien, y el único problema es la sustancia, respondiendo a la imagen estereotipada

sobre el «poder» de la sustancia a la que nos hemos venido refiriendo.

El modelo sistémico no trabaja con lo intrapsíquico, como el psicoanálisis o la hipnosis, ni exclusivamente sobre la conducta, como el conductismo; trabaja sobre las relaciones, sobre aquello que fluye entre los unos y los otros, y también sobre las cogniciones. No busca relaciones de causa-efecto, sino circularidad, bucles autoexplicativos, feed-backs; no interesa si fue primero el huevo o la gallina, sino que los huevos y las gallinas se explican mutuamente. Es un modelo que más bien rehuye los diagnósticos, pero habla de metáforas-guía.

Juan-Luis Linares (1996) describe los conceptos de conyugalidad y parentalidad y, en torno a ellos, propone todo un sistema diagnóstico que expondremos brevemente.

Conyugalidad hace referencia a la calidad de las relaciones entre los padres o aquellos que asumiesen las funciones parentales en la infancia del sujeto y se sitúan en un continuum desde la más armónica a la más disarmónica.

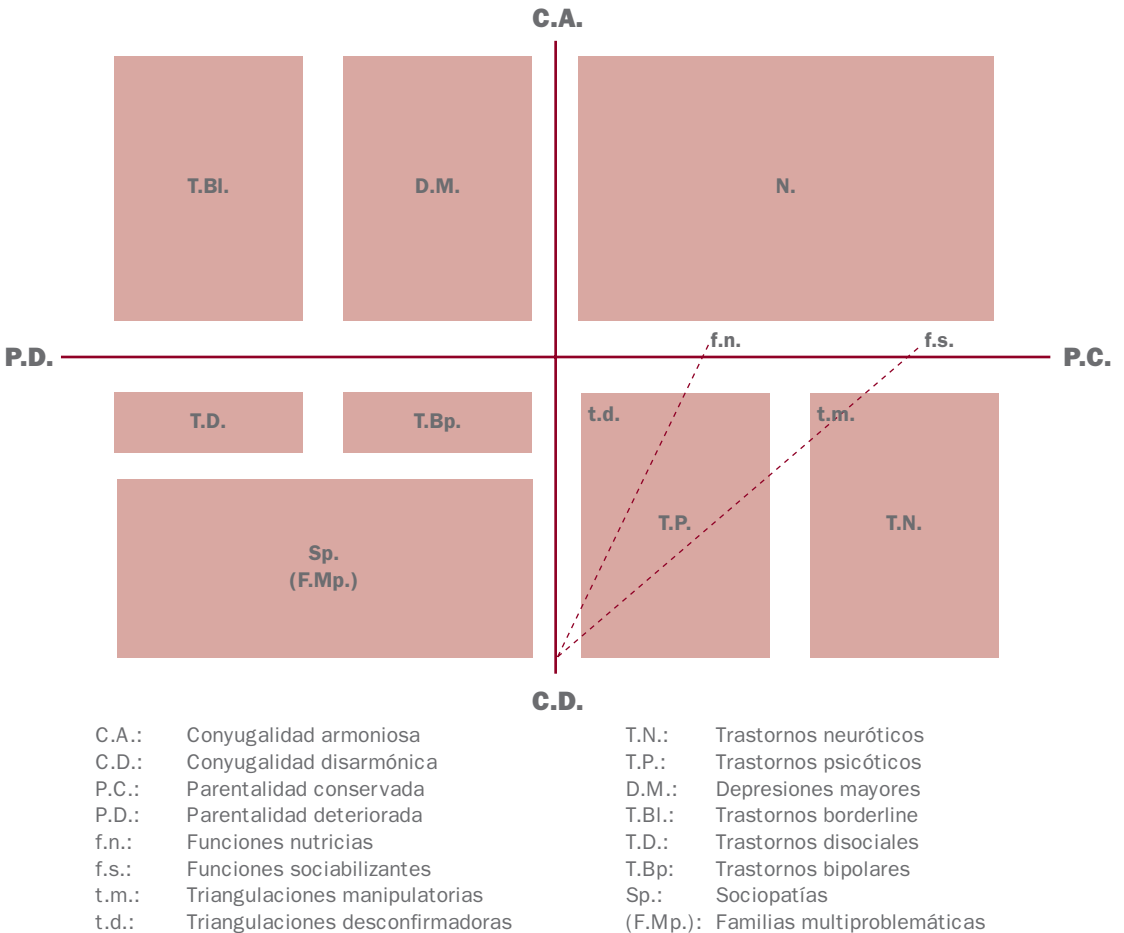
Parentalidad se refiere a la calidad de las relaciones entre aquellos y el propio sujeto, y tales relaciones también se sitúan en un continuum desde la más conservada hasta la más deteriorada.

Ambos ejes se cruzan y dan pie a diferentes posibilidades que describiremos en términos de DSM-IV (fig. 1):

1) Cuadrante CA-PC: Todo muy bien, normalidad. Pero hay trastornos que no tienen que ver con los acontecimientos de la infancia sino con situaciones traumáticas su-



FIGURA 1. Metáforas-guía para un diagnóstico sistémico



Extraído de Linares JL. *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós Terapia familiar, 1996; 112.

cedidas después, como los trastornos por estrés postraumático, adaptativos, algunos procesos psicossomáticos menores...

2) Cuadrante CD-PC: Los padres son funcionales como tales, aportan la nutrición ne-

cesaria, incluida la afectiva, pero tienen mala relación entre ellos y, de alguna manera, el hijo se ve involucrado en medio de un conflicto de lealtades, atrapado en lo que llamamos triangulación. Ésta puede ser sencillamente



manipulatoria, cuando uno de los progenitores, de forma explícita, propone al hijo coaliciones contra el otro; se relaciona con todo tipo de neurosis, concepto hoy en desuso y traducido de mil maneras en el DSM-IV. La triangulación también puede ser desconfirmatoria, cuando la propuesta no es explícita sino equívoca y contradictoria. Estos dobles mensajes se han relacionado en el modelo sistémico con la psicosis (Bateson, 1956).

3) Cuadrante CA-PD: La madre de todas las depresiones. Los padres se quieren -se ve claramente-, pero «no me quieren a mí», forman un frente de rechazo insuperable. Estas situaciones, junto a la hiperexigencia, se relacionan más con la depresión mayor. Pero si lo que predomina es el caos y la dejadez, se relacionarán más con trastornos de personalidad del grupo de los inmaduros, como el límite.

4) Cuadrante PD-CD: ¡Todo va mal! Suele relacionarse con situaciones de caos y emergencias sociales, como los citados al principio, falta de nutrición a todos los niveles, carencias heredadas, familias multiproblemáticas o multiservicios, trastornos antisociales y, para aquellos casos en los que hay un poco más de estructura pero persisten las carencias afectivas, trastornos bipolares.

Esta propuesta no se corresponde, por supuesto, con la realidad absoluta, pero es una buena guía o herramienta de trabajo, siempre y cuando estemos dispuestos a asumir que no siempre encajará.

En los años 70, L. Cancrini, a quien ya nos hemos referido, realizó también una cla-

sificación, específicamente para toxicómanos en su caso (identificados exclusivamente con los heroínómanos, en aquel momento). Su objetivo era profundizar en el conocimiento de tales situaciones, escoger las estrategias terapéuticas más adecuadas y pronosticar su evolución. Si bien no constituye más que una aproximación a la complejidad de lo real y hay que relativizarla en su aplicación, se debe reconocer su utilidad a efectos descriptivos en un momento en que el desconocimiento del fenómeno era general.

Cancrini las dividía en:

a) Traumáticos: Los que usan drogas de forma peligrosa o inadecuada como consecuencia de un trauma sufrido en algún momento de su vida. Hay más posibilidades de superar el conflicto si se puede identificar el trauma y trabajarlo psicoterapéuticamente de forma individual.

b) Neuróticos: Quienes se basan en su propia tendencia a acomodarse en la repetición de ciertas conductas, una comodidad relativa, puesto que el cuestionamiento es constante: «Mañana lo dejo» sería su frase preferida. Pero permanecen atrapados en dilemas imposibles, recorriendo bucles que les impiden avanzar pese a su constante movimiento, porque son isomórficos con el aprendizaje relacional que conocieron en su primer núcleo familiar.

c) Psicóticos: Las drogas ilegales no son sino otros fármacos más de los que definen su desdichada vida, etiquetados de enfermos incurables, rebosantes de neurolépticos y buscando, siempre buscando, algo que les



aligere de tanto sufrimiento, de tanta disforia. Se han formulado hipótesis en el sentido de que los opiáceos podrían tener efectos antipsicóticos sin los efectos displacenteros de los neurolépticos, lo cual explicaría la predilección de algunos de estos pacientes psiquiátricos por sustancias como la heroína (Casas M., 1991). Al mismo tiempo, pacientes psicóticos o bipolares ya medicados con neurolépticos consumen importantes cantidades de estimulantes y de alcohol para mejorar la sintomatología negativa de la enfermedad (aun a riesgo de activar la productiva) y los efectos adversos de la medicación prescrita.

d) Sociópatas: Las drogas son un elemento más de la cotidianeidad en su subcultura de origen; no son, ni de lejos, el principal problema de sus vidas ni ellos mismos lo consideran así. Pasan por temporadas que podrían describirse como de fuerte dependencia y por otras de abstinencia absoluta, cambiando con relativa facilidad, a menudo en respuesta a circunstancias externas muy variables: entrar y salir de prisión, encontrar uno u otro ambiente, o ninguno. Frecuentemente no tienen familia o, si la tienen, no pueden esperar apoyo adecuado. Paradójicamente, se cuentan entre ellos quienes mejor se han adaptado al discurso y comportamiento del toxicómano clásico, que describe el Sistema Droga, pese a que en sí constituyen un buen ejemplo de lo contrario. Pero son quienes mejor se lo han creído, tanto en su faceta activa como en la de ex, que suelen sucederse como parte de su propia historia interminable. En debates públicos solían

sentar cátedra, suponiendo que su experiencia era la única experiencia posible con la «Droga» y, por tanto, nadie sabía más que ellos, que la habían vivido en carne propia.

Pues bien, esta clasificación de L. Cancrini la podemos hacer encajar en los ejes de Linares, como ya hizo este mismo autor (fig. 2):

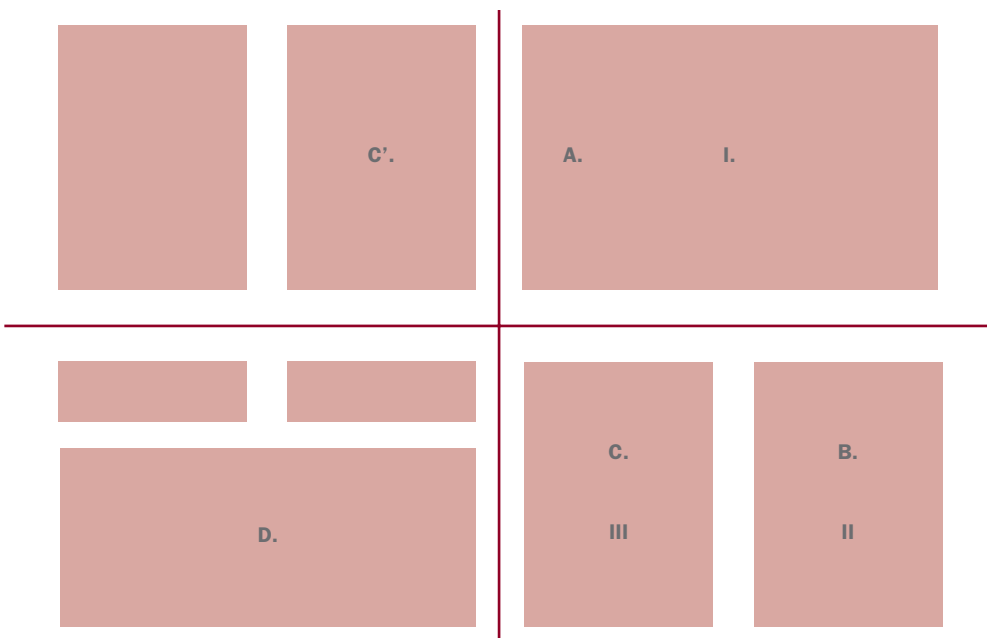
- a) Traumáticos: CA-PC.
- b) Neuróticos: CD-PC con triangulación manipulatoria.
- c) Psicóticos: CD-PC con triangulación desconfirmatoria.
- d) Sociópatas: CD-PD.

Quedaría aún el tercer cuadrante -CA-PD- en el que encajarían los alcoholismos depresivos, de los cuales constituían un buen ejemplo las mujeres que bebían solas y a escondidas en casa, perfil que actualmente se va modificando con la introducción de nuevas sustancias como la cocaína y los cambios en los roles sociales. Otro ejemplo lo constituirían algunos hombres en paro, que no acaban de encontrar su papel a nivel familiar cuando su pareja está laboralmente activa. Como se ha dicho, en la clasificación DSM-IV correspondería a la depresión mayor, ya que la distimia, que incluye comportamientos más provocativos, encajaría mejor en el perfil CD-PC con triangulación manipulatoria.

Extendernos en la descripción de este modelo diagnóstico, que no es, ni con mucho, el más utilizado en los centros de dro-



FIGURA 2. Metáforas-guía para un diagnóstico sistémico



- A.: Drogodependencias traumáticas
- B.: Drogodependencias neuróticas
- C.: Drogodependencias psicóticas
- D.: Drogodependencias sociopáticas

- I.: Alcoholismo “depresivo”
- II.: Trastornos psicósomáticos menores
- III.: Trastornos psicósomáticos psicóticos

Extraído de Linares JL. *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós Terapia familiar, 1996; 118.

godependencias, sino uno más, tiene el sentido de mostrar que es relativamente fácil construir categorías y clasificaciones diagnósticas y que, una vez bien definidos cuatro rasgos característicos, se pueden hacer encajar en otras construcciones similares de forma muy verosímil; tanto, que corremos el riesgo de acabar utilizando simples metáfo-

ras como realidades incuestionables y tangibles, tal y como ha ocurrido a lo largo de muchos años (y sigue ocurriendo aún en muchos sectores) con el tema de las drogas y el uso que de ellas hacemos. Este es el riesgo de confundir el mapa con el territorio o tomarse los diagnósticos demasiado al pie de la letra.



Estrategias de intervención: terapia, control y sus puntos de fricción

Este apartado no pretende describir exhaustivamente la amplia diversidad de actividades y servicios (educación sanitaria, tratamientos farmacológicos, psicoterapias, gestión de ayudas sociales...), que se ofrecen desde los distintos centros de tratamiento o desde las redes de salud comunitaria y de servicios sociales (áreas básicas de salud, centros de salud mental, servicios sociales de atención primaria, oficinas de farmacia, centros de formación y ocupación...) de una forma independiente o coordinada con los servicios específicos. Indudablemente, cada servicio tiene su importancia y relevancia, y en distintos tiempos de un mismo proceso terapéutico el referente para el usuario puede ir variando (actualmente se ha empezado a incorporar la figura del gestor del caso, término al que, en nuestra opinión, habrá que dotar de contenido en el ámbito de intervención real. Entre las nuevas incorporaciones en las redes de atención queremos destacar la de los farmacéuticos comunitarios y sus oficinas de farmacia como servicios de dispensación de tratamientos con agonistas opiáceos y otros tratamientos farmacológicos que puedan ser precisos, en estrecha colaboración con los servicios que prescriben y además realizando un soporte psicosocial continuado¹⁰.

Toda esta información puede consultarse en los distintos planes municipales, autonómicos o estatales¹¹.

Sí que nos permitiremos, no obstante, extendernos en algunos aspectos quizá más

delicados de nuestra actividad, por entrar en juego diversos dispositivos sociales, cada cual con sus funciones y características; y que constituyen a la vez situaciones más propias de los centros de drogodependencias que de otros recursos sociales o sanitarios.

Los objetivos de los centros de tratamiento son terapéuticos, definición con la que todo el mundo está formalmente de acuerdo. No obstante, es frecuente que estas funciones se confundan por parte de algunas instancias o de algunos particulares, y se formulen demandas de control y coerción, que no tan sólo no les corresponden sino que podrían ser contraproducentes para el objetivo esencial, que es curativo y que debe basarse en la confianza para ser eficaz.

También hay requerimientos que no pueden ser rechazados (como las demandas judiciales, por ejemplo). Así pues, se han ido generando modelos y estrategias que conjuguen el obligatorio respeto a la ley, la necesaria coordinación entre profesionales de distintos ámbitos y el mantenimiento de las condiciones básicas que permitan seguir ejerciendo con eficacia las funciones encomendadas.

Vamos a repasar algunos ejemplos:

a) *Informes judiciales*: Ya sea a propuesta del propio juez que instruye el caso o del abogado que lleva la defensa del paciente, a menudo se requieren informes, tanto para esclarecer la realidad en todos sus aspectos como para ser utilizados a favor de argumentaciones exculpatorias o atenuantes en la línea de alienaciones mentales transitorias



debido al efecto de las drogas o a las consecuencias del síndrome de abstinencia.

No hay un consenso acerca de cómo abordar este tipo de demandas ni tampoco existe ningún protocolo específico. Se tiende a incluir información bastante general y neutra, referida ante todo a la asistencia e implicación en los programas, pero sin desvelar información confidencial, a no ser que se nos pida explícitamente por parte del interesado y que sea, por tanto, en su beneficio. Además se comparte el contenido del informe con éste antes de entregarlo al juez o a quien proceda; pensamos que este tipo de intervenciones también deben implicar al paciente de una forma responsable y participativa.

b) *Libertad condicional*: Cuando un preso accede a ella y los servicios sociales penitenciarios o el propio juez de vigilancia penitenciaria piensan que va a tener dificultades para integrarse a la vida social en libertad, solicitan la intervención de los recursos sociales externos. Si el preso tiene antecedentes de toxicomanías, suelen derivarlo a un centro de tratamiento específico. Cuando el interesado discrepa de esta opinión y no desea contactar con dichos recursos, se puede llegar a exigir dicho contacto como condición para acceder a la libertad.

La intención de estas prácticas es positiva, en la línea de sustituir coerción por terapia, pero a veces su utilidad es escasa si no se trabaja teniendo en cuenta estos condicionantes contextuales.

Lo peor que puede ocurrir es que coincidan una excesiva rigidez por parte de los operadores sociales con un empecinamiento

desafiante por parte del afectado. En cambio, si existía una relación de confianza previa entre el usuario y el operador social, es más fácil llegar a un acuerdo de mínimos, con la suficiente flexibilidad y trascendiendo los recelos mutuos.

c) *Multas por consumo público o por tenencia de drogas ilegales*: Entre los profesionales se conocen popularmente como «multas por porros», ya que en su inmensa mayoría se aplican en torno a esta sustancia, ya sea porque su consumo es el más extendido (de entre las ilegales), ya sea porque sus consumidores son más propensos al consumo público, quizá porque no llama mucho más la atención que el hecho de fumar tabaco. El crecimiento de este tipo de demandas se ha disparado en los últimos años (Sardà et al., 2001). Puesto que la propia ley que permite sancionar el consumo público (o la simple tenencia detectada en el curso de registros más o menos arbitrarios) establece que la sanción no se hará efectiva si el afectado se «somete» a tratamiento, va en aumento el número de ciudadanos dispuestos a «someterse» (con la peor disposición posible) a las propuestas más o menos interesantes o en ocasiones incluso caprichosas de unos seres con bata blanca que pueden ser percibidos como un apéndice del aparato represivo oficial. La mayor parte de dichos demandantes no tiene una relación problemática con las drogas, sino que sus consumos son moderados, adecuados e incluso (hoy ya) socialmente aceptados. Pero si hipotetizamos que podrían llegar a tener problemas con las drogas en el futuro, las



condiciones de su primer contacto con los recursos públicos destinados a ayudarles no pueden ser más nefastas: ni interés personal, ni confianza; sólo obligatoriedad y «sometimiento». Una vez más, los operadores tenemos la oportunidad de darle la vuelta a esta situación, siempre y cuando tengamos claro que nuestra fidelidad la debemos a las funciones socialmente encomendadas y no a determinadas estrategias políticas cada día más cuestionadas.

Si bien cada centro asistencial resuelve estas situaciones a su manera, en algunos de ellos se ha acabado desarrollando un protocolo de actuación que referimos a continuación:

En primer lugar se realiza la anamnesis clínica. En ese momento se emite el primer informe certificando que dicho sujeto ha iniciado tratamiento, lo cual paraliza el procedimiento sancionador durante un tiempo, a la espera de los informes posteriores. Se le cita entonces para la exploración psicológica unos días después. Se emite un segundo informe y se le emplaza para contactar con nosotros si surge algún problema (con las drogas). Pasados algunos meses, si el sujeto no ha hecho ninguna demanda, deducimos que está bien, con lo cual se le facilita el informe final o de alta. Se evitan planteamientos que sugieran «sometimiento» del tipo que sea, se crea una atmósfera de confianza y complicidad terapéutica, que será, en definitiva, lo que favorecerá una pronta demanda si, eventualmente, la persona atendida tuviera algún día verdaderos problemas con drogas y no sólo problemas policiales o referidos a los derechos humanos.

El contenido de los informes es totalmente neutro y, en el ámbito estadístico, los casos constan en el apartado de «Otros» especificando «Multas», para evitar así hinchar las cifras de demandas de tratamiento por cannabis mediante artificios políticos.

d) *Grupos de usuarios*: Otro fenómeno desarrollado a lo largo de los años 90 ha contribuido a desmontar el Sistema Droga: la aparición de asociaciones antiprohibicionistas, la organización de grupos reivindicativos por parte de sujetos que habían sido definidos como incapaces de organizarse o de reivindicar nada como colectivo, ya que el deterioro provocado por la «Droga», les impedía, supuestamente, organizar su propia vida.

Contrariamente a tanta superstición, estos grupos, sobre todo los cannábicos¹², han sabido llegar a los medios de comunicación, a diversos sectores políticos y sociales, provocando una verdadera revolución en la percepción social del cannabis y de las drogas en general. En torno a la cultura cannábica han crecido empresas y editoriales, se han realizado congresos e investigaciones, llegando incluso a la cultura popular de la pequeña pantalla.

Paralelamente, e inspirándose en diversas experiencias europeas, desde los centros de tratamiento se ha potenciado y prestado apoyo a la creación de asociaciones de usuarios, concebidas como algo a medio camino entre el grupo de autoayuda y la asociación reivindicativa, oscilando entre una y otra opción según el momento, el lugar y las personas. El desarrollo de este tipo de grupos está dando buenos resultados a nivel terapéutico y comunitario (Borràs et al., 2000).



Podemos ejemplificarlo con la descripción de uno de estos grupos, que conocemos bien por proceder de nuestra realidad local, denominado ARSU:

ARSU significa *Associació Reus Som Útils*¹³, y sus integrantes, con un mínimo de infraestructura cedida por el Ayuntamiento, han creado una asociación que se coordina con otras similares del área de Barcelona y del resto de Cataluña, además de estar en fase de integración en la Federación Estatal de Asociaciones, FAUDAS. A escala local, han aparecido en ocasiones en los medios de comunicación debido a sus campañas de recogida voluntaria de jeringuillas en las zonas de consumo, así como también por su participación en el programa DIPI (Diversificación de Puntos de Intercambio)¹⁴, ocupándose del mantenimiento de una máquina de recogida y dispensación de jeringuillas y material higiénico para la inyección más segura y para la dispensación de preservativos. Con todo ello podemos decir que la red funciona desde los usuarios hasta la Administración a través de un entramado comunitario que incluye también los dispositivos asistenciales así como otros centros comunitarios, logrando con mayor o menor fortuna el objetivo de la participación y la interacción dialéctica.

Comentarios finales

La organización de las redes de atención a las drogodependencias en el estado español se ha desarrollado en los últimos 25 años y es, por tanto, relativamente joven.

Se construyeron como respuesta a una creciente presión social que demandaba respuestas urgentes ante un fenómeno nuevo, lo cual comportó que al principio las respuestas fueran simples, rígidas y, en ocasiones, inadecuadas. Faltaba tiempo para la reflexión, el análisis y la investigación y faltaba experiencia por parte de todos los protagonistas.

La irrupción del sida contribuyó al desarrollo de nuevos paradigmas de intervención, en la línea de la disminución de daños y riesgos, que favorecían la normalización de las relaciones entre el colectivo de usuarios (o consumidores) y el contexto social más amplio, permitiendo a su vez poner en marcha diferentes estrategias basadas en la prevención y la salud comunitaria, la asistencia terapéutica y los mecanismos de integración social, todo ello desde una postura más flexible, adaptada a la complejidad y a las diferencias entre los distintos usuarios.

Dichos cambios se relacionan también con la creciente experiencia de los profesionales, de los propios usuarios y de otros colectivos sociales, lo cual ha permitido desarrollar estrategias distintas de las meramente asistenciales, para así llegar a otros colectivos y otras pautas de consumo.

Los objetivos actuales de las intervenciones se relacionan con conceptos como la calidad de vida y el derecho a decidir. Partiendo del respeto a las ideas y estilos de vida distintos, podemos establecer relaciones de confianza que ya son terapéuticas en sí mismas y permiten llegar en cada caso lo más lejos que se pueda llegar (en términos de calidad



de vida) con la colaboración del interesado quien, cada vez más, debería vernos como asesores amables, respetuosos, próximos y generadores de confianza.

Notas

1. Esta visión inspira y se fundamenta en la «Lei 20/1985, del 25 de juliol, de Prevenció i Assistència en materia de substancies que poden generar dependència, de la Generalitat de Catalunya (DOG núm. 572, de 7/8/85».
2. Información básica sobre este concepto la podemos encontrar en O'Hare PA. «Introducción: Apuntes sobre el concepto de reducción de daños» (pág.17.»La reducción de los daños relacionados con las drogas». Barcelona: Grup Igja, 1995), en el que se incluye la siguiente definición: «...es una política social que da prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de drogas. Esta estrategia se está convirtiendo en la principal alternativa a los enfoques basados en la abstinencia, cuyo propósito principal es disminuir la frecuencia o la incidencia del consumo de sustancias tóxicas. Los antecedentes de la reducción de daños se sitúan en el modelo sanitario científico, con raíces más profundas en el humanitarismo y el libertarismo. Por tanto, contrasta con la teoría de la abstinencia, que se arraiga más en el modelo punitivo de aplicación de la ley y en un paternalismo médico y religioso.» (Opus cit., 1995, pag. 25).
3. Coordinadora de CAS de drogodependències de Catalunya. Patologia Dual als CAS. Realitats i canvis. Resum i Conclusions de la Jornada de Treball. Cabriels, octubre de 1999, p.15.
4. Diferentes autores se refieren a hipótesis de automedicación. Citamos a Miquel Casas y Stefano Cirillo en la bibliografía como representantes de dos paradigmas bien diferentes: las neurociencias y el modelo sistémico.
5. Baratta (1989) cita el teorema de Thomas y la profecía que se autorrealiza atribuyéndolo a W. y D. Swaine Thomas. «Situations defined as Real are Real in their Consequences». En: Gregory P. y Harvey A. *Social Psychology Trough Symbolic Interactions*. Massachussets-Toronto, pp. 154-155.
6. Datos del Plan Nacional Sobre Drogas.
7. Ahí está el reciente caso de José Carlos Bouso y Gregorio Gómez-Jarabo, que en mayo de 2002 tuvieron que interrumpir una investigación sobre el uso de MDMA como fármaco coadyuvante de la psicoterapia en mujeres con trastorno por estrés postraumático y víctimas de alguna agresión sexual, investigación que contaba con todos los permisos de las comisiones éticas correspondientes y que seguía la línea de otras investigaciones similares en Estados Unidos y otros países (MDMA para el TEP, psilocibina para depresión y ansiedad en enfermos terminales así como para el TOC, ibogaina y ketamina para las adicciones). El motivo de dicha interrupción es que no se les ha proporcionado un local adecuado; ningún centro sanitario ha querido albergarlos. ¿Se trata de algún tipo de objeción (u obsesión) corporativista o de la disciplinada respuesta a los intereses del poder? ¿De que poder? ¿Con que interés? Para más detalles sobre este caso, leer a los propios investigadores en la sección de Cartas al Editor de la publicación *Medicina Clínica* (Barcelona) 2003; 121: 316-9. Y para informarse sobre investigaciones en curso consultar <http://www.maps.org/research/>
8. El 25 de septiembre de 1999 se publicó en el B.O.E. el Real Decreto 1497/1999, en el que se abre un procedimiento especial para la regulación de la obtención de la titulación de médicos especialistas para aquellos médicos que, habiendo obtenido su licenciatura con posterioridad al 1982 y no habiendo optado a la obtención del título de especialista por la vía M.I.R. (médico interno residente), tengan la opción de dejar de ser llamados M.E.S.T.O.S. (médicos especialistas sin título oficial) y tras la acreditación de una dilatada experiencia profesional pudieran acceder a demostrar sus conocimientos en un examen. Ello conllevó, a nuestro entender, una importante psiquiatrización de la red de atención a las drogodependencias en detrimento de la interdisciplinariedad que había prevalecido hasta este momento.
9. Para más información sobre el modelo relacional-sistémico, consultar los clásicos citados en la bibliografía: Ausloos, Bateson, Cancrini, Linares,



- Madanes, Minuchin, Selvini, Sluzki, Watzlawick, Whitaker, White y otros.
10. *Intervenciones preventivas en drogodependencias desde las oficinas de farmacia (IPOF)*, proyecto financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Barcelona: Grup Igia y colaboradores, 1998.
 11. A modo de ejemplo, proponemos consultar el Plà Municipal de Drogodependències 2004 de Reus y el Plà de Qualitat dels Centres d'Atenció i Seguint a les Drogodependències, en los que se enmarcan los autores.
 12. Actualmente, en el estado español ya debe de haber más asociaciones legalizadas que comunidades autónomas. Entre ellas destaca ARSEC (Asociación Ramón Santos de Estudios sobre el Cannabis), la más antigua (data de principios de los 90), la que cuenta con mayor número de militantes (casi 4.000 en su último censo) y la más activa (campanas a favor del autocultivo, iniciativas para reformar las leyes al respecto, promoción de la investigación terapéutica...).
 13. Estatutos d'ARSU. Servei Territorial de Justicia a Tarragona. Generalitat de Catalunya. 21 de junio de 2004.
 14. *Diversificación de los Programas de Intercambio de jeringas*. Barcelona: Grup Igia y colaboradores, 1998.
- Bibliografía**
- Andrés de M et al. *I.P.O.F. (Intervenciones Preventivas en las Oficinas de Farmacia)*. Barcelona: Grup Igia, 1997.
- Andrés de M, Borràs T, Magrí N. *Los programas de reducción de daños. Análisis del desarrollo, funcionalidad e implementación a nivel social de: grupos de usuarios, tratamientos con heroína, educación a la salud*. Barcelona, 1996.
- Ausloos G. *La compétence des familles: temps, chaos, processus*. Ramonville Saint-Aigne: Ed. Eres, 1995.
- Baratta A. Introducción a una sociología de la droga. *Debats* 1989;29:58-69.
- Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland JH. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1956;1:251-264.
- Borràs T, Sesmilo M, Salmons R, Aparicio A, Sabater E. Del hospital a la farmacia comunitaria. En: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia, 2001; 403-413.
- Borràs T, Carbonell J, de Andrés M, Kjaer J, Kempfer J, Magrí N, et al. *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: Monografías n.7 CREFAT, 2000.
- Borràs T, Ilundain E, Rodes A, Manera P, Andrés de M. *Diversificación de los Programas de Intercambio de jeringas*. Barcelona, 1998.
- Baulenas G, Borràs T, Nieva P. *Centros de encuentro y acogida: documento de referencia*. Barcelona, 1994.
- Baulenas G, Borràs T, Magrí N. *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. Barcelona, 1998.
- Cancrini L. *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma: Nuova Italia Científica, 1982.
- Casas M. Trastorno por dependencia de opiáceos: la hipótesis de la automedicación y su repercusión en el debate sobre la legalización de la heroína. *JANO* 1991;40(943):11-12.
- Coletti M, Linares JL. *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Ed. Paidós, 1997.
- Comelles JM. *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. Barcelona: PPU, 1988.
- Escohotado A. *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial, 1989.
- Escohotado A. *La cuestión del cañamo. Una propuesta constructiva sobre hachís y marihuana*. Barcelona: Ed. Anagrama, 1997.
- FEPSA. *Consenso Patología Dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L., 2004.
- Fericgla JM. *Al trasluz de la ayahuasca. Antropología cognitiva, oniromancia y consciencias alternativas*. Barcelona: Los Libros de la Liebre de Marzo, 1997.
- Freixa F, et al. *Toxicomanías. Un estudio multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella, 1981.
- Funes J, Romaní O. *Dejar la heroína*. Madrid: Dirección General de Acción Social y Cruz Roja Española, 1985.
- Gamella J. *La historia de Julián*. Madrid: Ed Popular, 1990.
- Grup Igia et al. *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona y FAD, 2000.



- Grup Igia et al. *Drogas, legislación y sistema sociosanitario: propuestas desde una perspectiva no represiva*. Barcelona, 1994.
- Grup Igia et al. *Protocolo de actuación ante conflictos comunitarios asociados a la implantación de recursos sociosanitarios de atención a usuarios de drogas en Catalunya*. Barcelona, 2003.
- Grup Igia. *Bases conceptuales y metodológicas de los programas de disminución de riesgos: análisis de experiencias*. Barcelona, 1994.
- Grup Igia et al. *Gestionando las drogas*. Barcelona, 2001.
- Linares JL. *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Ed. Piados, 1996.
- Madanes C. *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Barcelona: Piados, 1993.
- Mayol I, Baulenas G. *Intervención municipal en drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia, 1988.
- Maturana H, Varela F. *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: O.E.A. (Programa de Comunicación Transcultural, 1984.
- Minuchin S, Fishman HCh. *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Ed. Piados, 1984.
- Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S. *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2000.
- O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia, 1995.
- Roca F, Villalví JR. Els grups d'ajuda mutua en el camp de la salut. *Revista de Treball Social* 1989;114.
- Romaní O. *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*. Barcelona: Ed. Anagrama, 1983.
- Romaní O. *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ed. Ariel, S.A., 1999.
- Romaní O, Baulenas G, Borràs T, Sánchez E, et al. *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: Grup Igia, 1996.
- Sardà A. Análisis crítico de las demandas de tratamiento relacionadas con el uso de cannabis en el CAS de Reus. En: *Gestionando las drogas. Conferencia de Consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad*. Barcelona: Grup Igia, 2001; 143-148.
- Sardà A, Borràs T, Gabriel M. *Análisis crítico de las demandas de tratamiento relacionadas con el uso de cannabis en el CAS de Reus - Clat-2*. Perpignan, 2003.
- Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Piados, 1990.
- Sluzki CE. Process, Structure and World Views: an Integrated View of Systemic Models in Family Therapy. *Family Process* 1983;22:469-476.
- Solomon J, Zimberg S, Shollar E (ed). *Diagnóstico Dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, S.L., 1996.
- VV.AA. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson, 2000.
- Viola A. Dossier MDMA. *Cáñamo, la revista de la cultura del cannabis* 1997;4: 38-48.
- Watzlawick et al. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder, 1986.
- Whitaker C, Bumberry WM. *Bailando con la familia. Un enfoque simbólico-experiencial*. Barcelona: Piados, 1991.
- White M. *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa, 1994.
- White M, Epston D. *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Piados, 1993.



LAS DROGODEPENDENCIAS TRAS LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

MIGUEL DE ANDRÉS* Y JOAN TRUJOLS**

Grup Igia. Enric Granados 116, 1º, 2ª. 08008 Barcelona (España)

Introducción

A finales de los años 80 se empezaron a desarrollar en España los programas de reducción de daños relacionados con las drogas. Provenían de algunas ciudades del norte de Europa y preconizaban la perspectiva de salud pública como modelo de actuación ante el uso inyectado de drogas. Señalaban que era posible prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas ofertando servicios adaptados y cooperando con los propios usuarios de drogas inyectables (UDI).

Muchos equipos y técnicos que intervenían en la atención sociosanitaria con UDI

(en aquel tiempo principalmente heroinómanos), empezaron a modificar sus modelos y prácticas de intervención. Los programas estrella fueron los tratamientos con metadona y la distribución de jeringas estériles, temas tabú entre los profesionales hasta ese momento y que desde entonces han alcanzado un importante desarrollo.

Este artículo pretende abrir la reflexión en torno a la evolución de la reducción de daños en España, analizando sus potencialidades y sus limitaciones. Especialmente se sugieren reflexiones sobre su riqueza como modelo de pensamiento y marco de actuación política.

Trayectorias

Sobre el año 1988 llegó a España la noticia de que en algunas ciudades holandesas e inglesas se estaban realizando actuaciones públicas que facilitaban jeringas a los que se inyectaban drogas, o tratamientos con metadona y heroína para proteger su salud.

En el sector de profesionales de las drogodependencias esta noticia ocasionó diver-

*Doctor en Medicina por la Universidad de Ginebra. Psiquiatra FMH (Suiza). Especialista en terapia sistémica por la Universidad de Lausanne. Ha trabajado en servicios de salud mental y drogas en Suiza y España, con especial dedicación a la promoción de la reducción de daños. Es director técnico de Grup Igia en Barcelona.

**Licenciado en Psicología. Máster en Drogodependencias y en Métodos y Técnicas de Análisis de Datos en Ciencias de la Salud. Diplomado en Investigación Cualitativa y Participativa en Ciencias de la Salud. Colaborador técnico de Grup Igia. Psicólogo clínico en la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.



sas reacciones: sorpresa, rechazo, aceptación, interés, etc. En aquellos tiempos el modelo de atención de los servicios dirigidos a toxicómanos era el de la abstinencia, en general de eficacia limitada. La cuestión única era eliminar el síntoma, que era considerado como expresión de un conflicto psicológico.

Resulta complejo analizar con detalle el encuentro entre ambos modelos, lo que precisaría una interesante investigación. Tan sólo trataremos de destacar algunos aspectos.

En el año 2005 la reducción de daños (RD) parece ser una idea confusa, difusa y ambigua, mezcolanza de significados y orientaciones diversas. La expresión se utiliza con sentidos y significados dispares y en direcciones contrapuestas. Por ello resulta prioritario clarificar su identidad y objetivos para evitar conflictos relacionados con el mal uso o comprensión de su significado.

Una de las primeras definiciones sobre la RD fue la establecida por Annie Mino, líder suiza con presencia en España en aquellos tiempos. En 1992 la definía como «un conjunto de acciones individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas, sin necesariamente eliminarlo, en un contexto sociocultural y político dado» (Mino, 1992, comunicación personal).

Esta definición fue de gran utilidad en su momento. Abría una nueva posibilidad, un nuevo camino para abordar los problemas de las drogas. Nos decía que podíamos alcanzar nuevos objetivos de salud sin buscar exclusivamente la abstinencia, cooperando con los propios consumidores en objetivos comunes.

Otra líder con gran influencia en España, Lia Cavalcanti, destacaba que al margen de los objetivos operativos iniciales dictados por la urgencia de la prevención de enfermedades (infección por VIH, hepatitis), la RD es una nueva filosofía, mucho más allá de objetivos de salud. Permite restaurar el diálogo con los propios usuarios de drogas, resituándolos como actores y ciudadanos responsables ante ellos mismos y ante la sociedad. Por ello plantea horizontes más ambiciosos para la RD, abriendo el debate con los diferentes niveles de la sociedad para promover mayor coherencia en otras políticas de drogodependencias que integren las cuestiones sanitarias, sociales y legales asociadas a los usos de drogas (Cavalcanti, 1992, comunicación personal).

Estos planteamientos representaban una ruptura conceptual con el modelo funcional de los servicios asistenciales de la época, poco interesados en los usuarios «desmotivados» o «desinteresados», desconectados de los servicios públicos. El «sector» que vivió en directo la llegada de la RD fue principalmente el de los técnicos de la planificación y de la asistencia sociosanitaria a drogodependientes heroínómanos, especialmente los que se inyectaban, y que desempeñaban un papel clave en la epidemia de sida que por entonces nos azotaba. Es de destacar que este colectivo de profesionales ha estado frecuentemente integrado en servicios y sistemas organizativos y administrativos poco normalizados, es decir, orgánicamente diferentes de otras especialidades, tanto de la medicina como de los servicios sociales. En este senti-



do no es desacertado señalar que en diversos territorios españoles estos profesionales han estado precarizados y considerados como de segunda fila, con todas las repercusiones que ello conlleva. Lamentablemente, en algunos territorios esta «alteridad» sigue existiendo y debería ser redefinida.

La RD se operativiza en España en forma de programas para prevenir el sida en UDI.

La gravedad de la epidemia del sida en este colectivo representaba en los años 90 una situación de urgencia ante la que era necesario actuar con rapidez y eficacia. No se puede decir que en España la reacción ante el sida fuera rápida, sino todo lo contrario: fue tardía, de baja magnitud y cargada de las prisas y ligerezas propias de la improvisación. Tal como muestran De la Fuente et al.¹, en el año 1986 ya se disponía de una evidencia epidemiológica suficiente para permitir un diagnóstico sobre la realidad de la epidemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en UDI y su futuro inmediato en España. No obstante, en dicha fecha no se produjo ninguna modificación relevante en las políticas sobre drogas o de prevención y control de la infección por el VIH. Los programas de mantenimiento con metadona no llegaron a desempeñar un papel importante hasta 1993-1994 y el desarrollo de los programas de intercambio de jeringuillas fue prácticamente paralelo¹.

Algunas administraciones, ONG y equipos se pusieron a desarrollar una diversidad de programas de tratamientos con metadona y de intercambio de jeringas, que poco a poco se han generalizado en la mayoría de

Comunidades Autónomas. De pronto se puso de moda salir a la calle, contactar con los excluidos, atraerlos a los servicios... La metadona recuperó cierta identidad de medicamento y la disponibilidad de jeringas adquirió significado de prevención. Este proceso se ha desarrollado de manera muy dispar en los diferentes territorios, administraciones y colectivos de profesionales y equipos de terreno.

Muchos equipos de primera línea, especialmente aquellos que están trabajando desde ONG en contacto directo con los consumidores «en la lumbre», han sido precarizados dentro de la precariedad, alterizados dentro de la alteridad, formando parte de redes subsectorizadas, con poco reconocimiento técnico, laboral, económico y simbólico de su trabajo. Podemos decir que muchos equipos de RD están «guetizados».

La adscripción política concreta no ha sido clarificadora, de manera que se han observado diferentes posiciones, acciones y reacciones en gobernantes y partidos políticos, tanto en el ámbito local, autonómico y estatal como en el europeo e internacional. Incluso dentro del mismo partido. La reducción de daños no parece ser patrimonio de ningún partido político. En España, el apoyo a la RD en los últimos 8 años ha sido tímido. El nuevo gobierno ha mostrado buena predisposición, aunque no parece que las drogas sean un asunto prioritario.

Se han desarrollado programas basados en otras formas de relación con los usuarios de drogas, tratados como personas responsables y competentes, con realidades concre-



tas y dispares, con serias carencias y problemas.

El marco político prohibicionista ha sido letal para muchos usuarios de drogas y dramático para sus allegados. El marco sociojurídico en el que tiene lugar el consumo de drogas es sin duda determinante y debe ser repensado.

La reducción de daños ha movilizado a diversos colectivos de profesionales y colectivos que de esta manera han «llegado a las drogas», produciendo una ampliación del sector. Entre ellos epidemiólogos, planificadores, políticos, politólogos, enfermeros, educadores, economistas, estadísticos, sociólogos, antropólogos, consumidores, familiares, vecinos, etc.

Los movimientos de afectados por los daños de las drogas no han encontrado una identidad colectiva, manteniéndose separados en grupos de usuarios, familiares, vecinos, a menudo con ideales dispares.

Las respuestas innovadoras de los municipios ante los problemas locales que se les plantean han sido escasas, a pesar de que existen municipios con excelentes iniciativas y acciones. Se observa una baja capacidad local de producir respuestas basadas en sus realidades.

Las actuaciones en otros ámbitos, sustancias y tipos de consumidores han sido puntuales y no han alcanzado mayor nivel que el simbólico, aunque no por ello dejen de ser importantes. El consumo recreativo en contextos festivos es un buen ejemplo para observar buenas prácticas que no se han multiplicado.

El movimiento cannábico español ha conseguido ciertos avances, muy admirados en Europa, pero sus desorientaciones e intereses comerciales, militantes, políticos o individuales parecen señalar que ha tocado cierto techo.

Fundamentos e identidad

Hoy parece que la reducción de daños ha establecido algunos principios incuestionables que fundamentan su identidad. Son los siguientes:

1) Millones de personas usan o abusan de diversas drogas (legales o ilegales), de diferentes maneras y con variados fines, viviendo realidades específicas y diversas. Los usuarios de drogas no son un grupo homogéneo.

2) El placer es un componente fundamental del uso y abuso de drogas, por lo que debe considerarse ante toda reflexión o actuación.

3) Las drogas son sustancias diferentes, consumidas de diversas maneras y con variados fines. Toda generalización es desajustada.

4) Las políticas dirigidas a eliminar el consumo de drogas han fracasado y no darán resultados en el futuro. Vivimos en una sociedad con drogas, y éstas no desaparecerán.

5) Los daños asociados a los consumos pueden producirse en la persona usuaria de drogas, en su entorno inmediato (familia, amigos, vecinos) y en la sociedad en general.



6) Los daños pueden ser de diversa índole: sociales, legales, económicos y relacionados con la salud.

7) Es posible prevenir daños relacionados con los usos de drogas sin necesariamente eliminar el consumo.

8) Las desigualdades sociales y la discriminación social de algunos escenarios afectan a la vulnerabilidad de las personas y a su capacidad para disminuir los daños.

9) Las políticas de drogas establecen modelos de intervención que pueden generar daños.

10) La agenda política no considera el fenómeno del uso y consumo de drogas como una prioridad.

11) La investigación desde las ciencias sociales y humanas basadas en el comportamiento de los individuos es fundamental y debe favorecerse como complemento a otras investigaciones de carácter más epidemiológico.

12) Es necesario replantear las formas de actuar de nuestra sociedad ante este fenómeno a través del diálogo, el debate y la reflexión con todos los sectores sociales, científicos y políticos para elaborar formas alternativas de actuación.

Estos 12 puntos no son más que una declaración de principios de la RD. Deben servir para abrir la reflexión, el debate y el diálogo. A su vez deben ser ajustados y operativizados en objetivos específicos diversos y en marcos consensuados de actuación, con una diversidad de fuerzas y movimientos sociales, instituciones, organismos, etc. y con una perspectiva internacional.

Investigaciones sobre la identidad de la RD

La revisión de la literatura sobre la evolución de la reducción de daños refleja dificultades en su implementación y desarrollo, ante la que los expertos aportan diversas interpretaciones y propuestas evolutivas, que aquí sintetizamos.

La moderación y el retraso en el desarrollo de estrategias de reducción de daños en España parecen estar vinculadas, como señalan Rinken y Romero-Vallecillos², con la ausencia de tradición en políticas preventivas y de salud pública. Estas políticas, como afirma acertadamente Barbero³, se construyen pensando en su impacto en la opinión pública (con sus distintas acepciones de moral, orden e imagen pública), en lugar de orientarse a prevenir los problemas de salud potenciales y reales de la población usuaria de drogas y con objetivos de salud pública.

Pensar las conductas adictivas bajo un modelo dogmático no es acorde con los conocimientos científicos de que disponemos en el año 2005. Tal como señala Annie Mino⁴: «una parte irracional de los humanos se ha cristalizado en una manera de abordar el fenómeno de las drogas, las conductas adictivas y sus repercusiones bajo un marco ideológico y operativo dogmático, propio de algunas sectas o religiones».

La preponderancia y dominación mundial del régimen prohibicionista promovido por los EEUU desde principios del siglo XX es un elemento clave que ha articulado la mayoría de las políticas internacionales y nacionales



bajo la bandera de *guerra contra las drogas*⁵. Revisar y repensar los viejos tratados internacionales es una línea defendida por diversos movimientos internacionales.

Analistas más conceptuales, como Friedman⁶, señalan que las políticas prohibicionistas se mantienen porque benefician a las necesidades funcionales del actual régimen socioeconómico. Considera que el precario desarrollo de la RD no es debido a la ignorancia de los políticos ni a la inercia burocrática, sino que se trata de una decisión meditada y políticamente útil para mantener los intereses de las clases dominantes. El elemento principal de esta argumentación es que reprimir, controlar, encarcelar..., posibilita y refuerza la identidad de «drogadicto» y el estigma que ello conlleva a diferentes niveles. Fragmentar las comunidades es disminuir su capacidad de oposición y resistencia a las políticas socioeconómicas dominantes y, a la vez, permite reforzar ideologías punitivas.

La perspectiva de la reducción de daños ha sido presentada como una aproximación al consumo de drogas eminente y manifiestamente progresista, humanista, pragmática y efectiva. No ha quedado claro en qué medida este progresismo está vinculado a planteamientos políticos de izquierda, de centro o de derecha. Todas las fracciones han colaborado y dificultado el desarrollo de la RD en diferentes lugares. La idea más operativa es que dentro de los propios partidos no existe un acuerdo claro sobre esta cuestión.

Diversos autores⁷⁻¹² señalan que las limitaciones del desarrollo y de los resultados alcanzados por la reducción de daños se deben

a su confusa identidad, marco ideológico, objetivos y métodos de acción.

Otra línea de pensamiento es la planteada por Hathaway⁷ y Keane¹², quienes critican el débil compromiso de la RD con la perspectiva de los derechos humanos y los valores basados en la libertad y el derecho a consumir drogas.

La noción de vulnerabilidad y mayor predisposición a los riesgos es defendida por Ezard⁸. Esta autora señala que el complejo conjunto de factores individuales y sociales que subyacen en algunos grupos de consumidores incrementan la predisposición al riesgo. Este planteamiento abre la reflexión sobre las intervenciones con colectivos con mayor riesgo de exclusión social. Obviamente en España uno de los colectivos con mayor realidad de exclusión social es el de los yonkies aparcados, inexistentes, a veces moribundos que existen en muchas ciudades españolas y que son invisibilizados por el sistema.

Focalizar la atención en los derechos humanos de los grupos más excluidos es clave. Permite destacar la responsabilidad de los estados, gobiernos, administraciones e instituciones para reducir la vulnerabilidad de las personas y los riesgos y daños relacionados con sus estilos de vida. En este sentido los contextos de exclusión, marginalidad y miseria en la que se encuentran algunos consumidores gravemente deteriorados precisarían implementar rápidamente tratamientos con heroína. No es necesario esperar los resultados del proyecto andaluz, pues los resultados de las investigaciones científicas al respecto demuestran claramente sus beneficios^{13,14}.



Keane¹² se muestra preocupado por el hecho de que la RD fortalezca la idea de que el consumo de drogas es algo inherentemente negativo o peligroso, relacionado con déficits individuales, lo que incrementa el estigma y la discriminación sobre las personas que consumen drogas.

Miller⁹ nos dice que los planteamientos y prácticas actuales de la reducción de daños tratan de imponer normas de conducta, estableciéndose como un régimen de conocimiento y poder que regula y disciplina a los individuos, poblaciones e instituciones, con el objetivo final de producir una población de ciudadanos más sanos, emprendedores y productivos.

Otros autores observan que la RD ubicada en el marco de una política prohibicionista y orientada a la abstinencia ha provocado que, lejos de un mayor liberalismo jurídico, se haya legitimado la extensión de los controles sobre los usuarios de drogas en un marco prohibicionista intacto, por lo que se precisa abordar seriamente la modificación de los tratados y acuerdos internacionales^{10,11}.

Por un futuro optimista

La RD ha abierto un espacio para repensar el fenómeno de las drogas. Nos ha permitido interesarnos en las realidades, necesidades y disposiciones de las personas que consumen drogas de muy diversas maneras. Sin embargo, las experiencias, procesos e investigaciones señalan dificultades de desarrollo de la RD en formas diversas y en múl-

tiples territorios. Parece ser urgente la necesidad de clarificar lo que significa RD y los niveles de actuación y objetivos que persigue. La RD debe disociarse de los programas dirigidos a prevenir la propagación del sida en UDI, pues eso es responsabilidad de la salud pública.

Es necesario desarrollar un nuevo paradigma de las drogodependencias a través de acciones estratégicas y colectivas dirigidas a favorecer el desarrollo de otras políticas de drogas.

Es innegable que vivimos en una sociedad en la que se consumen más drogas, en mayor cantidad y cada vez más pronto. La RD puede permitir desarrollar acciones para hacer frente a esta realidad. Cada institución debe asumir la responsabilidad que le corresponde.

Iniciar este proceso significa correr la cortina de la reducción de daños y empezar a ver y pensar lo que vendrá tras ella. No iniciarlo representaría mantener el modelo dominante, políticamente correcto e inmovilista, para seguir negando la evidencia.

Recomendamos considerar la reducción de daños como un concepto amplio, ambiguo, inespecífico, sin significado claro si no se explicita y asocia con un nivel de acción y con objetivos claros.

Por último, un halo de esperanza se abre ante los resultados de la evaluación de la Estrategia Antidroga de la Unión Europea (2000-2004). Los especialistas internacionales saben que esta estrategia sólo ha alcanzado uno de los seis objetivos que se había fijado. Esperamos, pues, que el rigor científico



esté presente en esta evaluación y que las líneas de actuación de la estrategia 2005-2012 sepan enriquecerse de los fracasos obtenidos.

Referencias bibliográficas

1. De la Fuente L, Bravo MJ, Barrio G, Parras F, Suárez M, Rodés A, Nogueira I. Lessons from the history of the human immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clin Infect Dis* 2003;37 (Suppl 5):S410-S415.
2. Rinken S, Romero-Vallecillos M. The evolution of Spanish HIV prevention policy targeted at opiate users: A review. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2002;9:45-56.
3. Barbero J. Los programas de sustitución a la luz de los enfoques éticos consecuencialistas: ¿Opinión pública o salud pública? En: Fundación de Ciencias de la Salud (ed). *Las drogas a debate: Ética y programas de sustitución*. Madrid: Ediciones Doce Calles, 1999.
4. Mino A. Quelques considérations personnelles. En: Rihs-Middel M, Clerc J, Stamm R (ed). *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: Recueil d'études et d'expériences*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1995. [Traducción castellana en: Casas M, Gutiérrez M, San L (ed). *Avances en drogodependencias: Tratamientos farmacológicos*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias].
5. Nadelmann E, McNeely J, Drucker E. International perspectives. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (ed). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. (3rd ed). Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1997.
6. Friedman SR. The political economy of drug-user scapegoating and the philosophy and politics of resistance. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 1998;5:15-32.
7. Hathaway AD. Shortcomings of harm reduction: Toward a morally invested drug reform strategy. *International Journal of Drug Policy* 2001;12:125-137.
8. Ezard N. Public health, human rights and the harm reduction paradigm: From risk reduction to vulnerability reduction. *International Journal of Drug Policy* 2001;12:207-219.
9. Miller PG. A critical review of harm minimization ideology in Australia. *Critical Public Health* 2001;11:167-178.
10. Carrier N. Une dépolitisation hygiénique: Les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits. *Déviance et Sociétés*. 2003;27:59-76.
11. Carrier N, Quirion B. Les logiques de contrôle de l'usage de drogues illicites: La réduction des méfaits et l'efficience du langage de la périllisation. *Drogues, Santé et Société* 2003;2:4-34.
12. Keane H. Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy* 2003;14:227-232.
13. Perneger TV, Giner F, del Rio M, Mino A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ* 1998;317:13-18.
14. Van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Koeter MW, van Zwieten BJ, van Ree JM. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: Two randomised controlled trials. *BMJ* 2003;327:310-312.

Lecturas recomendadas

- Cross JE, Saunders CM, Bartelli D. The effectiveness of educational and needle exchange programs: A meta-analysis of HIV prevention strategies for injecting drug users. *Quality and Quantity* 1998;32:165-180.
- Ksobiech K. A meta-analysis of needle sharing, lending, and borrowing behaviors of needle exchange program attendees. *AIDS Education and Prevention* 2003;15:257-268.
- Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: A meta-analysis. *Addiction* 1998;93: 515-532.



EL ESPACIO URBANO COMO DISPOSITIVO DE CONTROL SOCIAL: TERRITORIOS PSICOTRÓPICOS Y POLÍTICAS DE LA CIUDAD

LUÍS FERNANDES* y MARTA PINTO**

**Profesor de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación. Universidad de Porto. Porto (Portugal).*

***Psicóloga Clínica. Centro de Atención a Toxicodependientes (CAT) de Cedofeita, Porto (Portugal).*

Introducción

Al análisis de las dimensiones psicológica, social y biológica del fenómeno droga debe sumarse el del espacio donde aquel ocurre, así como la interacción entre todos ellos. Con todo, una mirada sobre lo que la producción científica ha dicho en Portugal en cuanto al estudio de la psicoactividad ilegal (Fernandes y Pinto, 2002) puso recientemente al descubierto el desinterés por los

entornos territoriales. En este texto no es eso lo que ocurre. En él hay una mirada sobre las calles y callejuelas, los ángulos y los escondrijos, las esquinas y las escaleras donde la droga se sirve, se hace, se vende, se compra y se pasa, incluso a escondidas de quien por allí pasa.

El análisis presente es fruto de la combinación de dos formas de observación de las actividades marginales: investigaciones etnográficas y experiencias de campo en el seno de equipos de calle de reducción de daños asociados al consumo de drogas y a la práctica de la prostitución. Desde 1990, venimos realizando investigación etnográfica en contextos urbanos que el discurso dominante designa por «hipermercados de la droga»: barrios sociales periféricos e intersticios apropiados por *junkies* (Fernandes, 2000; 2001; Fernandes y Neves, 2002). El trabajo de calle en equipos de reducción de daños nos ha permitido, desde hace seis años, actualizar los datos de las investigaciones anteriores, extendiendo los contextos de obser-

* Luís Fernandes está Doctorado en Psicología del Comportamiento Desviado por la Universidad de Oporto. Miembro del Consejo Científico de Doctorado en Antropología Urbana del Instituto Superior de Ciencias del Trabajo y Empresa de Lisboa. Sus investigaciones se han centrado en el estudio etnográfico de la marginalidad urbana, especialmente la expresión de calle del fenómeno de la droga. Ha publicado en obras colectivas y en revistas científicas de Portugal, Canadá, Francia y España.

**Marta Pinto es psicóloga clínica, miembro de equipos de reducción de riesgos en las áreas de apoyo a trabajadoras sexuales y a usuarios de drogas. Es supervisora del Equipo de Calle G.I.R.V. Gaia en el Gran Porto.



vación a las áreas suburbanas del Gran Oporto, dando cuenta de la evolución de los territorios psicotrópicos y de las reacciones de control social que suscitan.

Como es común en otras metrópolis del capitalismo avanzado, son diversas las sustancias psicoactivas ilegalmente consumidas en Oporto. Todas ellas poseen matices particulares en la forma como toman vida en el seno de las dinámicas sociales, así como en su vertiente espacial. En estas líneas abordaremos aquellas que frecuentemente hacen de la calle su casa y que fueron el blanco preferente de la problematización en las últimas décadas: la heroína y la cocaína.

En términos simbólicos, ambas fueron objeto de un recorte selectivo en relación a los consumos que de ellas se hacen y al estilo de vida a ellas asociado: se destacaron sus facetas más problemáticas y se omitieron las relaciones más funcionales que es posible establecer con ellas. Quien consiguió consumirlas de esta forma se escondió de las miradas ajenas, y quien no lo hizo se tornó visible por su degradación. El *junkie* vendría a ser la figura corpórea de este tipo de decadencia, y la heroína y la cocaína fueron asociadas a su imagen haciendo, en gran parte, suyos los lugares del *junkie*.

Es de esos lugares de los que ahora nos ocuparemos: los lugares urbanos de vida de la heroína y de la cocaína en su expresión de la calle. Les hemos llamado, a lo largo de nuestros trabajos etnográficos, *territorios psicotrópicos*: seductores de individuos que tienen intereses en torno a las drogas, con un programa comportamental orientado ha-

cia los aspectos instrumentales ligados a un estilo de vida en el que aquéllas tienen un papel importante. Se configuran como territorios a través del reconocimiento de las funciones que desempeñan y de los comportamientos de defensa en relación a extraños por parte de los actores que se apropian de dichos territorios. Se estructuran como intersticio espacial, constituyendo el eslabón final de la maquinaria de distribución de las drogas. Un territorio psicotrópico es un escenario de conducta de acuerdo con el concepto propuesto por la psicología ambiental: tiene como función importante clarificar los papeles y las expectativas de los actores en presencia, a través del reconocimiento de su repertorio comportamental. El escenario de conducta concibe a los individuos como anónimos y equipotenciales, no dependiendo para su funcionamiento de algún actor en concreto, lo cual explica su resistencia a las embestidas del control social.

Comenzaremos por interrogar a la geografía psicotrópica portuense. Se trata de describir la anatomía de estos territorios y las relaciones que la ciudad establece con ellos, dando cuenta también de la existencia de una nueva figura de marginalidad: el *aparcacoches*. Enseguida exploraremos la producción simbólica que el discurso dominante ha difundido insistentemente a través de la comunicación social a propósito de estos lugares y la consecuente reacción de los poderes públicos en relación a aquello que entienden por transgresión y desorden.



Territorialidad *junkie*

Los actores del psicotropismo, para poner en práctica las actividades ligadas al mundo de la heroína y la cocaína, se apropian de determinados lugares de la ciudad cuyos perfiles ecosociales se revelan como los más adecuados. Utilizando como criterio esa territorialización funcional de los espacios, podemos enunciar tres tipos de zonas de «labor» psicotrópica: puntos de mercado; puntos de consumo; zonas de adquisición de fondos.

La división entre estos tres tipos de áreas no es rígida ni su funcionalidad es obligatoriamente exclusiva: en algunas zonas de confluencia se desenvuelven simultáneamente las tres actividades -venta, consumo de drogas y adquisición de fondos. No obstante, principalmente en lo que respecta a los puntos de mercado, es habitual que se trate de lugares claramente connotados por sólo una de esas actividades. Son secciones territoriales donde una función remite a un segundo plano todas las otras que el lugar podría asumir. Pasan a ser espacios de eso y no de otra cosa cualquiera¹. Enclaves de función que se distinguen, por lo que en ellos se hace, de todo el espacio circundante, atravesando límites físicos bien definidos. La territorialidad de las actividades psicotrópicas crea, pues, divisiones claras en los espacios urbanos y esta segregación puede ser fina hasta el extremo de, por ejemplo, distinguir las zonas de consumo fumado de las de consumo inyectado -la discriminación a la que los fumadores de heroína y cocaína someten

a los que se «pinchan» corresponde, en esos casos, a una segregación espacial.

Puntos de mercado

Habitualmente, están ubicados en las zonas más pobres de la ciudad, aquellas que constituyen su periferia social y hasta espacial, y donde el control social informal perdió fuerza. Hay cerca de 40 barrios sociales en Oporto, pero sólo algunos de ellos asumieron esta funcionalidad -los que reunieron las condiciones socio-ecológicas ideales a la aparición de este tipo de mercado. Son esas idiosincrasias que explican el hecho de que los vendedores de heroína y cocaína a veces no sean autóctonos y sí «arrendatarios» que alquilan aquel espacio solamente para comercializar las sustancias y que, fuera del horario de venta, habitan en otras zonas de la ciudad. Los trazos ecológicos de determinado lugar le prestan, por eso, un valor comercial particular.

Las estrategias de venta, así como la cantidad y organización del personal implicado, dependen del volumen de negocio que se lleva a cabo diariamente. En Oporto, los puntos de venta tienen dimensiones muy variables -en una metáfora, algo que puede variar entre el ultramarinos de la esquina y una gran superficie... En núcleos urbanos y periurbanos, donde la censura social es fuerte y donde hay un interconocimiento razonable entre los residentes, la venta tiende a ser realizada de forma discreta en pequeños puestos (por ejemplo, en casas abandonadas) o a cielo



descubierto en espacios intersticiales. Los vendedores son frecuentemente toxicodependientes u otros actores que ven en esa actividad una alternativa económica tentadora, pero que lo hacen de manera poco estructurada, con un volumen de negocios modesto. Esta falta de profesionalismo es a veces tan grande que llegamos a presenciar la escena siguiente: varios clientes y el propio vendedor esperaban ansiosamente la llegada del producto. Entretanto se aproximaron dos personas con un aspecto algo distinto que, desde luego, no causó desconfianza y que permanecieron también allí a la espera, como si de compradores se tratase. Cuando las sustancias finalmente llegaron y el negocio se estableció, sucedió lo más imprevisible: los policías se identificaron como tales. Esto sería imposible en un mercado más «profesionalizado».

En paralelo a este comercio hay otro, de mayores dimensiones, que se instala casi siempre en los barrios sociales degradados y cuyo volumen considerable de negocios se debe a la totalidad de pequeñas dosis de heroína y cocaína vendidas a una enorme profusión de clientes. Supone la contratación de varios trabajadores (muchas veces drogadictos) y la existencia de jerarquías entre ellos: desde los «*capiadores*» (que atraen clientes buscando desviarlos de la competencia), a los *vigías* (que hacen sonar la alarma en caso de sospecha de presencia policial), a los *preparadores* (muchas veces niños que hacen, por ejemplo, el empaquetamiento del producto), a los *transportadores* (que recogen las sustancias de los abastecedores), etc.

Implica también una elección del lugar de venta en base a criterios específicos (por ejemplo, de acuerdo con la inaccesibilidad que tiene en relación a las redadas policiales), así como la contratación de servicios, como el del almacenamiento del producto de tal forma que el vendedor no tenga consigo enormes cantidades, en el caso de una embestida sorpresa por parte de la policía².

En el fondo, constituyen pequeñas empresas de trabajo informal que mueven miles de euros por día y alrededor de las cuales se monta también todo un circuito comercial paralelo, que beneficia financieramente a una parte de la población marginal que habita en las cercanías. Un ejemplo claro de eso: una de las vecinas de uno de los más conocidos *dealers* de Oporto aprovechaba la gran afluencia nocturna de *enganchados* y los largos períodos de tiempo que perdían en la cola de espera (que a veces serpenteaba por las escaleras desde el 5º piso hasta la calle) para venderles «*bifanas*» (conocida comida típica portuense). Otro ejemplo ilustrativo es la posibilidad que los autóctonos tienen de comprar a los *resacados* todo tipo de bienes por precios irrisorios. Para personas de pocos recursos esta es una oportunidad nada despreciable.

Estos mercados de mayor dimensión propician una clara diferenciación entre los que compran y los que venden, entre los *resacados* y los *camellos*, como se designan mutuamente. Estos, incentivados por la rivalidad con los vecinos que compiten en la misma actividad, ostentan muchas veces su poder económico, que contrasta nítidamente con la



degradación física de algunos de sus clientes³. Y este es uno de los factores que contribuyen en la compleja relación que se establece entre ambos actores: los consumidores de drogas manifiestan frecuentemente sentimientos de odio y de revuelta hacia las figuras que ven como explotadoras implacables de su dependencia, pero al mismo tiempo las defienden acérrimamente de la policía encubriendo con todo el esfuerzo necesario la ilegalidad de sus actividades. Es esta interdependencia mutua la que confiere gran solidez al mercado.

Los barrios sociales donde estos mercados funcionan tienen los mecanismos de control social formal debilitados. Las fuerzas policiales tienen una enorme dificultad para entrar allí, porque su presencia desencadena reacciones violentas (y, a veces, armadas) por parte de un número significativo de residentes. Es la propia representación de la policía en cuanto fuerza de mantenimiento del orden la que aquí se pone en causa: muchos de los habitantes de estos barrios ven en los agentes policiales figuras persecutorias y no de protección. Además, la percepción y los sentimientos negativos frente a los policías ya están tan enraizados en algunos lugares que podemos fácilmente encontrarlos en los niños más pequeños.

También el control social informal está debilitado. Los habitantes que no aceptan con facilidad la venta de drogas en su zona de residencia no consiguen, por eso, impedirlos. Nacen así rupturas sociales que se traducen en discontinuidades en el propio espacio. El mercado de calle queda entonces

circunscrito a una unidad territorial evitada por los que no participan en ese mundo. En uno de los barrios estudiados, constituido por cinco torres de pisos, todo el aglomerado poblacional se reorganizó de forma que no se quebrase este principio: para que la compra y venta de heroína y cocaína se concentrase en una sola torre se llegaron a permutar casas. Esa recomposición espacial permitió un reequilibrio de las dinámicas sociales y hoy, cuando por allí paseamos, encontramos una discontinuidad nítida entre un segmento espacial donde circulan casi exclusivamente los actores de las drogas en su frenesí cotidiano y otro donde son otros el tiempo y los actores. Donde las tradicionales mujeres mayores de delantal conversan entre sí, atentas a los nietos que juegan en la calle; donde se venden golosinas a los niños en mostradores improvisados; donde vecinas paran para tomar café en el centro social y charlar sobre la vida y sobre «los mocitos tan jóvenes y guapos que se pierden en la droga».

Puntos de consumo

Son lugares marginales que habitan el intersticio. Intersticios de espacio, intersticios de tiempo. Son lugares donde parar significa viajar. Lugares de discontinuidad con el frenesí que gira en el lado de fuera. Para la inyección y el humo se tiene que estar tranquilo, sin algazara ni agitación⁴. Es un momento que tiene que ser apreciado en cada milésima de segundo que lo constituye.



Un interregno de tiempo, de silencio, en el que el sujeto se dobla sobre sí mismo en un silencio autoindagador. Cada consumo es un fin, después de todos los medios utilizados para alcanzarlo. Es, por eso, íntimo, lento, lejano, solitario. No se compagina con interrupciones, ni ruidos, ni miradas furtivas. Mucho menos con los juicios morales de quien pasa. Hay, entonces, que vestirlo con muros, con vegetación. Los lugares públicos más recónditos y adecuados a este momento vienen siendo casas abandonadas y terrenos baldíos. Las fábricas que antaño acogían la labor industrial de la urbe constituyen también escenarios ideales al sosiego que se busca. El *junkie*, sólo con su jeringuilla, ya alejado, por degradación relacional, de los lugares en los que antes consumía, tiene por hábitat para el chute la ciudad en decadencia -lugares en ruina.

Estos espacios son casi siempre privatizados por alguien que pasa a ser su dueño, alguien que por la fuerza o por *usucapião*⁵ se impuso como propietario, instituyendo las reglas de convivencia en el lugar y usufructuando retribuciones por su utilización. Lo que este actor recibe por permitir el uso por parte de otro del espacio en cuestión puede ser lo suficiente para que no sienta la necesidad de salir de allí durante bastante tiempo. Además, por el valor comercial que poseen, estos lugares no deben ser abandonados ni que sea por poco tiempo: los robos se suceden (incluso se llevan las jeringuillas) y el espacio puede ser vandalizado o, peor, reocupado. Por eso, es frecuente que dos consumidores de drogas exploten en «sociedad co-

mercial» uno de estos lugares y se instalen en él de forma absoluta, dejando pasar varios años sin que salgan de allí⁶. Verificamos también este sedentarismo en relación a los vendedores, pero por motivos diferentes: por el recelo de sufrir represalias si abandonan el barrio.

A cambio de la prestación de servicios como la inyección, la prestación de material de inyección, o el simple permiso para la utilización de aquel espacio alejado de las miradas indiscretas, los consumidores que explotan estos lugares satisfacen sus necesidades de narcosis con los resquicios del producto que sus clientes les dejan. En uno de los barrios que estudiamos, uno de los consumidores más emblemáticos de la ciudad construyó una chabola en un terreno baldío fabricando una «casa comercial de chute» y a tal efecto construyó un mostrador donde atendía a los otros consumidores y donde creó toda la logística necesaria para ese negocio. Su apodo era, curiosamente, «Pico». Y una vez más se constata el poderoso valor comercial de un espacio propicio a la concretización de actividades marginales.

Zonas de adquisición de fondos

Porque la necesidad agudiza el ingenio, las maniobras usadas para la sustentación financiera de los consumos de drogas son innumerables. Del vasto universo de las actividades de adquisición de fondos hay, con todo, dos que se destacan por la forma como se volvieron representativas del «mundo de



la droga» en Oporto: la prostitución en el caso de las mujeres y «el aparcamiento de coches» en el caso de los hombres. Haremos un breve apunte acerca de su concretización topográfica.

La prostitución de calle asumió en los últimos años una transformación innovadora: a las tradicionales «mujeres de la vida» se juntaron recientemente otras, toxicodependientes, que adoptaron la misma actividad. El trabajo sexual se reveló como una forma más o menos garantizada y fiable de conseguir el dinero necesario para las dosis diarias, popularizándose entre las consumidoras de drogas. Pero la presión de la *resaca* hace que se debiliten sus exigencias a los clientes: si la necesidad se impone, no importa el precio, ni el lugar, ni la modalidad sexual elegida, ni siquiera si se usa preservativo o no. Lo que interesa es recibir el dinero rápidamente. Todas las reglas que antes se cumplían sin pensarlos dos veces se vuelven, en aquel momento, metas fútiles y lejanas. Principios de otros tiempos, que sólo en otros tiempos preocuparán. Allí se vive el presente. El pasado y el futuro sólo tendrán lugar en el después. Esta desregulación de la actividad es blanco de la furia de las prostitutas más tradicionales porque desregula el mercado. La coexistencia entre ambas es conflictiva por eso mismo. Porque la competencia es vista por las más antiguas como desleal, por un lado, y como perturbadora de un mercado que estaba hace mucho instalado con códigos de conducta propios. El hecho de que las toxicodependientes hagan sexo sin preservativo y bajen los precios hace que aquéllas vean dificultado

el mantenimiento de sus exigencias a los clientes. Es frecuente, por eso, que las prostitutas más tradicionales se unan para impedir la instalación de las toxicodependientes en sus zonas, o que les apliquen el tratamiento habitual que dan a las novatas que osan ocupar ese valioso territorio ya privatizado: la agresión del *chulo*. Éste, en las concepciones del ciudadano común, tiende a ser visto como un mero explotador del trabajo sexual de las mujeres, pero muchas veces asume la función de defensa de la(s) prostituta(s) que tiene bajo su protección (en relación a clientes violentos, por ejemplo) y del propio territorio que, por sus características (específicamente su ubicación en la urbe) tiene un valor comercial por el cual es necesario, literalmente, luchar.

Ahora, la prostitución tradicional se hace mayoritariamente en la parte central de la ciudad, en las zonas que rodean el centro histórico, donde hay una serie de pensiones en las cuales se ejerce esta actividad. Si las toxicodependientes no son aceptadas aquí, ¿a dónde van? A las carreteras concurridas del cinturón periférico de Oporto, en las proximidades de los barrios sociales de mayor actividad psicotrópica. Se posicionan típicamente en lugares algo sombríos y algo alejados de las zonas residenciales y comerciales. Atienden a los clientes en los coches en los que éstos se desplazan, no usando tanto las pensiones como es habitual en el otro mercado paralelo. Son prostitutas «sin despacho», que hacen lo que sea preciso, donde sea.

Estas mujeres paran donde los otros circulan. Hablemos ahora de los que circulan



donde los otros paran: los *aparcacoches*. Al contrario de estas prostitutas, se concentran casi siempre en el centro de la ciudad. Privatizan el asfalto. Lo vuelven suyo. Incluso cuando la entidad municipal cree que los lugares de aparcamiento son suyos y allí instala los parquímetros para rentabilizarlos, he aquí que los «hombres del asfalto» le hacen competencia: «Deme la moneda a mí. Si vienen los fiscales del Ayuntamiento yo pongo algún dinero en la máquina». Los *aparcacoches* no hacen más que privatizar un espacio que antes era público exigiendo, de forma más o menos evidente, más o menos educada, una retribución monetaria por la ocupación de aquel espacio ahora rentabilizado. Y esta privatización queda, además, sujeta a las leyes del mercado, de la oferta y de la demanda: las áreas de mayor interés estratégico desde el punto de vista del aparcamiento (por ser las más buscadas por los automovilistas) tienen una gran cotización en el mercado, llegando a ser alquiladas por el *aparcacoches* que detenta su propiedad a otros que de ella necesiten cuando él no está.

Puesto que son espacios altamente valiosos (que pueden generar ganancias diarias del orden de los 75 euros), no es raro que se hagan sociedades entre dos o tres *aparcacoches* que llevan a cabo entre ellos una gestión del sitio. Así el lugar nunca está desprotegido, a merced de una ocupación competencial. Para que esto no pase y para que no existan períodos de rentabilización nula del aparcamiento, mientras uno de los miembros de la sociedad va a comprar el producto, el otro permanece aparcando y, en

el momento de la compra siguiente, los papeles se invierten. Hay también reglas que aseguran la distribución igualitaria de los beneficios. Por ejemplo, la alternancia en el abordaje a los clientes.

El estudio de estas dinámicas revela una intrincada tela de reglas y trucos que son cuidadosamente aplicados con vista a la rentabilización de la actividad: desde la colocación, en ocasión de cada aparcamiento, de tablas que faciliten la subida a las aceras sin dañar las suspensiones de los coches, hasta la ropa que se viste (un aspecto cuidado es menos rentable). La presencia prolongada de un grupo de *aparcacoches* en una determinada zona habitualmente origina una ética y una metodología de trabajo comunes y la penalización de las transgresiones. Por ejemplo, si un *aparcacoches*, en estas circunstancias, robase a alguien en la zona, sería penalizado -normalmente con violencia física- por los colegas, pues eso les traería mala fama y ahuyentaría a los clientes.

Esta preocupación por el bienestar de los clientes, con la adopción de una actitud agradable que conquiste la confianza de los automovilistas, es uno de los principios más respetados por los *aparcacoches* con más años de carrera. Se ven como profesionales que aprecian su actividad y que buscan, de hecho, prestar un servicio que consideran útil. Y es entonces y allí -donde los *desordenados* ordenan- donde el *junkie* ordena el lugar que deberá ocupar cada automóvil en el espacio urbano común, que a veces algunos de los más enraizados preconceptos acerca de estos que caminan en el polvo se desha-



cen en polvo. Por ejemplo, cuando personas de estratos sociales favorecidos entregan la llave de su Volvo al aparcacoches que ya conocen para que éste les estacione el vehículo cuando surja un lugar y, mientras tanto, van tratando de sus negocios.

Como se comprenderá por todo lo dicho, la instalación de un mercado psicotrópico en un barrio social crea complejas relaciones de dependencia entre los diversos actores que en él participan y que gravitan en su entorno. Parte de la comunidad local se adapta a esa realidad y aprende a conseguir beneficios; los *dealers* y los *junkies* funcionan en interdependencia; y hasta los técnicos de calle necesitan establecer relaciones de colaboración con estos tres vectores que, por otro lado, también acaparan su intervención. No debemos olvidar que, en esta intrincada tela, las fuerzas políticas y represivas también pueden obtener dividendos cuando quieren impresionar a los electores haciendo visitas de campaña o aparatosas operaciones policiales de efímeros efectos.

Dedicaremos la próxima sección precisamente a la reacción social a los territorios y a los actores que acabamos de analizar, centrándonos en dos instancias: la comunicación social y los «decisores» políticos locales.

Efectos simbólicos de los territorios psicotrópicos: la imagen predatoria de la ciudad

La proliferación de territorios psicotrópicos por la ciudad de Oporto, principalmente

en su anillo periférico de barrios sociales, tendrá un fuerte impacto en los medios de comunicación de masas. El ciudadano común no tiene, en general, experiencia directa de esta realidad y construye su representación a partir de las propuestas mediáticas. En esta sección exploraremos los principales efectos simbólicos producidos por la narrativa de los «barrios de las drogas». Por su parte, estos efectos simbólicos acabaron por producir consecuencias a nivel de los mecanismos de control social sobre la marginalidad, visibles tanto en la alteración de las estrategias policiales como en la gestión urbana de los «espacios problemáticos». Dedicaremos el tercer punto a la identificación de los trazos fundamentales de este proceso.

Los territorios psicotrópicos resultan del cruce de varias circunstancias: la inclusión de Portugal en las rutas internacionales de distribución de heroína y cocaína, pocos años después de la revolución de Abril y de la abertura del país a la comunidad internacional; el aumento del número de consumidores de drogas y la escalada, a finales de los años 70, hacia productos y usos más duros; la fidelidad de una serie de usuarios a la heroína, en crecimiento simétrico con el de la profesionalización del mercado minorista de este producto y la consolidación de una extensa red de puntos de venta en calle. Estos lugares funcionaban simultáneamente como placas giratorias de la convivencia *junkie*.

De este modo, los años 80 llevan los territorios psicotrópicos a las candilejas mediá-



ticas, por lo cual, en la amalgama típica de los estereotipos, correspondía etiquetar como problemática toda aquella zona en que se implantaban. Emerge en la representación colectiva la figura de «barrio social degradado», transformado por su territorio psicotrópico en «hipermercado de las drogas»⁷. El efecto mítico-simbólico de la amplificación mediática de los territorios psicotrópicos no se hizo esperar: la asociación periferia-droga, clases desfavorecidas-toxicodependencia, barrios sociales-tráfico; la asociación droga/toxicodependencia/tráfico-delinuencia/inseguridad urbana.

Si los años 80 fueron los de la instalación y consolidación de los territorios psicotrópicos alrededor de la heroína, los años 90, como efecto de la intensa mediatización de este fenómeno, serían los del crecimiento del *rumor insegurizante*: una narrativa tejida en el día a día de la ciudad, al sabor de las conversaciones ordinarias, que la relataba plena de nuevos peligros protagonizados por el *resacado* (el toxicodependiente en síndrome de abstinencia buscando a través de la violencia lo que no conseguía por las vías legales: el dinero para la dosis)⁸. El rumor insegurizante es una especie de insistencia generada a partir de acontecimientos discretos, como el asalto con la jeringuilla infectada como arma, multiplicándolos y difundiendo hasta los confines de lo social.

En síntesis, los años 80 y 90 construyen una narrativa de la ciudad en crisis con base en la asociación droga-criminalidad-periferia urbana degradada. La droga tiene poder

desagregador: del individuo, del territorio y del cuerpo social. El individuo compromete su propia trayectoria de vida, fracturada por el acontecimiento-droga; la conquista de espacios públicos por parte de los traficantes y las respectivas reacciones populares, organizadas en ocasiones bajo la forma de milicias, fragmentan el barrio social y éste, a su vez, aumenta la distancia que mantiene con el centro; la probabilidad de victimización proclamada por el rumor insegurizante afecta al vínculo social y potencia la segregación.

La droga es principio de desorden y la ciudad, con su vida cotidiana duramente tocada por el *junkie* de la calle, construye de sí misma una imagen predatoria. La comunicación social, que había colocado a los barrios en el mapa mental del ciudadano de Oporto, comienza a difundir la idea de que hay un «atlas del miedo» (lenguaje de los periódicos) que tiene como *topos* principales los más conocidos barrios degradados de la ciudad, que a su vez sólo son conocidos porque la propia comunicación social los sacó del anonimato. A partir de ellos la droga irradiaría hacia el restante espacio urbano, irradiando con ella la peligrosidad del toxicodependiente de la calle.

La imagen predatoria actúa, a nivel individual, a través de una creencia en la peligrosidad del espacio urbano. Es como si el individuo regulase sus interacciones con desconocidos a través de una *hipótesis predatoria*: funciona como un esquema interpretativo de tales interacciones, condicionando la libertad de circulación en el hábitat urbano⁹.



Consecuencias materiales de los efectos simbólicos de los territorios psicotrópicos

A mediados de los años 90 estaban establecidos los principales elementos del sentimiento de inseguridad. Investigaciones del Observatorio de Seguridad de Oporto (Machado y Manita, 1997; Machado, 2004) resaltaban el aumento de la conciencia de riesgo, por efecto combinado de la victimización vicaria con los relatos de los *mass media* y mostrando la importancia del «problema de la droga» en este escenario:

«La criminalidad se consideraba fuertemente asociada al tema de la droga, como causa de crimen, y a la figura del toxicodependiente, en cuanto su agente (...) ésta era, por así decirlo, la figura prototípica del crimen en la ciudad (...). La escena criminal por excelencia parecía, por tanto, estar situada en el contexto de la calle y, más probablemente, en los espacios marginalizados de la ciudad; estar protagonizada por el toxicodependiente, bajo el efecto de la droga o de su carencia; y, en términos de actos, tendería hacia la violencia o incluso a la muerte de la víctima» (Machado, 2004).

No sorprende, por tanto, que los decisores políticos de la ciudad comiencen a prestar atención a los «espacios peligrosos», cosa que ocurrirá, como veremos, también en Lisboa. Intervenir en el «problema de la droga» implicaría, a partir de ahora, intervenir en la propia espacialidad de la urbe. Sólo que un nuevo fenómeno va a complicar bastante esta tarea, pues desorganizará la topografía de la

amenaza, diseminándola por todo el centro urbano: la aparición de los «aparcacoches».

Aparcacoches

Los aparcacoches comienzan a ganar visibilidad en los inicios de los años 90 e intensifican su presencia a lo largo de toda la década. Se extienden por las calles centrales de Lisboa y de Oporto, ejecutando un nuevo servicio consistente en ayudar al conductor a encontrar un lugar para el coche a cambio de una moneda, incluso cuando éste no desea la ayuda. En poco tiempo se contarían por centenas estos actores de una nueva economía del margen¹⁰. Los «aparcacoches», como son hoy designados, eran casi en su totalidad toxicodependientes.

Podríamos decir que el aparcacoches constituyó una nueva modalidad de presentación pública del «drogadicto»: convertía el contacto del ciudadano común con el «mundo de la droga» en un hecho concreto, haciéndolo descender del plano virtual de las espectaculares imágenes televisivas hasta el plano de lo tangible; deslocalizaba «la droga» de la periferia hacia el centro, haciendo participar al *junkie* en las interacciones ciudadanas ordinarias; interpelaba la narrativa oficial sobre el «resacado», que al final disponía de modalidades de relación más pacíficas que la del asalto en la calle -el «drogadicto» podía, al final, inscribirse en la dinámica de la ciudad.

No nos resistimos a reproducir aquí los comentarios de Philippe Bourgois en su visita a Oporto en 2001: «Encontré el fenómeno



de los aparcacoches especialmente interesante: me pareció una forma brillantemente digna, segura y relativamente neutra mediante la cual los toxicodependientes y los alcohólicos mantienen sus hábitos y, al mismo tiempo, desempeñan una función casi amistosa, aunque de utilidad residual, que les permite mantener alguna dignidad y simultáneamente ganar lo suficiente como para no resacar. Me sorprende que el aparcamiento de los coches no se haya convertido en una moda en los EEUU. Su ausencia representa seguramente alguna dinámica sociológica más profunda¹¹».

Así, en el espacio de dos décadas, la figura del «drogadicto» se transfiere de una representación que lo ligaba a fenómenos de moda importados del imaginario pop-rock anglosajón a otra que lo relaciona con la degradación, la exclusión y la peligrosidad. J. Quintas (1998) evidencia, para la población de Oporto, las formas elementales a las cuales se reduce la figura del drogadicto: «necesita ayuda», «tiene problemas», «vicioso», «ladrón», constituyen el núcleo duro de su representación social.

El aparcacoches concentra de manera precisa todos estos elementos del estereotipo. Es una figura ambigua, que se desliza entre la pobreza urbana, la marginalidad y la peligrosidad. Y, a medida que se va extendiendo por calles y plazas, se convierte en el centro del nuevo efecto mítico-simbólico: la ciudad sería incapaz de contener en límites físicos apropiados a los marginales, que así invaden el centro. Y exponen a la población a contactos que, aunque no violentos, son incómo-

dos e indeseables: las imágenes de la degradación física del *junkie*, que ya habían ocupado el centro del discurso social, ocupan ahora el centro del territorio urbano. Y la narrativa sobre la exclusión y la miseria -muchos de estos aparcacoches son simultáneamente personas sin hogar- incorpora el rumor insegurizante. La diseminación espacial de los aparcacoches refuerza, en síntesis, la hipótesis predatoria y se convierte en un elemento importante en el debate sobre la reposición del orden que caracterizará una buena parte del discurso político¹².

Planes de reconversión urbana

Paralelamente, a finales de los años 90 gana intensidad pública el discurso que denuncia las políticas criminales de la droga. En 2001 es aprobada en el Parlamento una ley que despenaliza el consumo y reglamenta las políticas de reducción de daños.

La ineficacia del dispositivo criminal clásico era visible tanto al nivel de la calle, como ya describimos, como al nivel de los sistemas de control: la represión policial no consigue alterar el normal funcionamiento de los territorios psicotrópicos más importantes, consiguiendo cuando mucho dislocar temporalmente de lugar los puntos calientes de *dealers* y *junkies*. En cuanto a la prisión, cerca del 70% de los reclusos están encarcelados por su ligazón con las drogas y la criminalidad relacionada con ellas y la circulación de sustancias psicoactivas en el interior de las prisiones revela el mismo efecto de-



sorganizador que evidenciaba en medio abierto. El *junkie*, que los especialistas ya habían caracterizado como alguien incapaz del autocontrol, provoca también una crisis en los heterocontroles clínico, sanitario, policial, jurídico y penitenciario. Su deriva por los espacios hasta ahora preservados de la ciudad es a las claras la expresión de la quiebra de tales heterocontroles.

Un nuevo frente de intervención nace entonces en el cambio de milenio. Sus protagonistas no son el dispositivo terapéutico ni el aparato jurídico-penal y sí los poderes municipales de gestión del espacio urbano. Ni agentes educativos, ni profesionales de la prevención, ni terapeutas, ni policías; ahora es el turno de los planificadores urbanos y de los arquitectos. Las zonas consideradas más críticas de Lisboa y de Oporto serán blanco de intervenciones urbanísticas, sugestivamente designadas como «planes de reconversión». Matza, en su clásico *Becoming deviant*, ya nos había hecho saber que, después de la deriva entre los mundos normativo y desviado, podía darse en el actor social una *conversión* a través de la cual adquiriría una identidad desviada. Después de la conversión a la droga adquiriendo la identidad *junkie*, su presencia en la calle la convierte también, a nivel de la identidad urbana, en «zona de la droga» -ahora hay que reconvertirla a la normalidad, volviendo a identificarla con la ciudad abstinente.

Así, en la segunda mitad de la década de los 90, los dos más conocidos territorios psicotrópicos -el *Casal Ventoso* en Lisboa y el

Bairro da Sé, en el centro histórico de Oporto- son objeto de importantes operaciones en su espacio físico¹³. En 2002 se inicia el plan de reconversión del *Bairro de S. João de Deus*, en Oporto, que se había convertido mientras tanto en el territorio psicotrópico más importante de la ciudad. No entraremos aquí en detalle sobre las características de estos planes de reconversión. Lo que importa destacar es que todos ellos implican una importante reducción de la densidad demográfica del barrio, revelándose en este proceso el conflicto simbólico: los poderes tienen que decidir quién tiene que salir, recayendo sobre ellos la sospecha de que, en este proceso, se organiza una operación de «limpieza social», retirando preferentemente a los individuos sospechosos de conexión con el mercado de las drogas¹⁴.

Esta «limpieza de calle» no se limitó a la periferia, sino que se extendió igualmente al centro, en las arterias y plazas territorializadas por los aparcacoches. En 2002, el nuevo poder municipal de centro-derecha decidió «erradicar a los aparcacoches», para devolver al centro urbano su aspecto de ciudad de orden. Esta acción se justificaba con el argumento de que el ciudadano que no comete delitos tiene derecho a no ser incomodado en sus recorridos ordinarios¹⁵.

La droga sirve ahora como pretexto organizador de la ciudad, legitimando la intervención en zonas críticas. Si ella desorganizó la ciudad, comenzará ésta a reorganizarse por los puntos donde se sintió más dañada; es este el efecto material del poder simbólico del «problema de la droga»: interviniendo ur-



banísticamente en los «hábitats de la droga» se interviene en la ecología de la ciudad.

Nota final

En síntesis, en Lisboa el *Bairro do Casal Ventoso* y en Oporto los *Bairros da Sé* y de *S. João de Deus* eran los más poderosos símbolos de la instalación de las drogas en la ciudad, constituyendo una especie de fortificaciones casi impermeables al control represivo y vistas por la opinión pública como una especie de santuarios *junkie*. Delante de la ineficacia de la acción policial en la desarticulación de las actividades ligadas a las drogas, se optó por una nueva estrategia consistente en modificar el espacio volviéndolo menos permeable a las actividades desviantes y más accesible al control social.

El control de la droga es ahora simbolizado a través del poder sobre el espacio público. Los planes de reconversión, que comienzan invariablemente por las demoliciones, son la exhibición ritual de la reconquista de aquello que la droga había robado: la propia calle. El control del espacio estaba perdido, en una guerra en que *dealers* y *junkies* callejeros se habían revelado más resistentes que la policía. Ésta comenzaba, incluso, a ser blanco de ataques al penetrar en algunos territorios más famosos -enfrentamientos ampliamente cubiertos, a veces en directo, por las televisiones. Vencer a la droga es ahora, en el discurso público de los dirigentes, retomar el control sobre los *sitios de las drogas*¹⁶.

Esta nueva estrategia de combate a la

droga es, una vez más, un ritual mágico de conjuración del problema, según la fórmula «se corta la selva, se mata el bicho». En *S. João de Deus*, al final de la operación de reconversión, el barrio habrá pasado de 4.000 habitantes a cerca de 800. ¿A dónde fueron los otros? ¿Cómo se reorganizan en los nuevos hábitats residenciales? ¿Se reconstituyeron allí territorios psicotrópicos nuevos? ¿Continuarán desplazándose a zonas donde se hace el *deal*, pudiendo incluso alquilar allí espacios? ¿Fueron a competir con los que allí había, o cambiaron de actividad? Con la neutralización espacial de un territorio psicotrópico otros se recomponen y sustituyen a aquél. En ocasiones él mismo se recompone parcialmente. Este movimiento ya es hoy perceptible en Lisboa, después de la neutralización espacial del *Casal Ventoso*. Suscribimos el análisis de uno de los más conocidos criminólogos de Portugal cuando afirma que «no creemos que la intervención urbanística que este barrio está sufriendo sea una contribución para extirpar la toxicodependencia. Es una lectura simplista, bastante populista, que relaciona de forma desdichada el urbanismo con la droga»¹⁷.

Esta estrategia centrada en el espacio corresponde al cierre del célebre triángulo sustancia-individuo-contexto. Se intervino en el control de la oferta, pero la sustancia resistió y proliferó; se intervino en el control de la demanda, pero los actores de las drogas resistieron, se multiplicaron; se interviene ahora en el contexto, pero comienza a haber la evidencia de que los territorios psicotrópicos se fragmentan, pulverizándose por la ciudad.



Notas

1. Un ejemplo extremo de esto es el de uno de los barrios sociales de la zona occidental de Oporto, donde existe un habitáculo para depositar basura doméstica, que fue transformado en lugar de consumos fumados de cocaína y en cuya puerta se pintó con letras mayúsculas la indicación de su actividad, primordial en los días que corren y que suplantó la anterior -«*canecos*» (designación que en la jerga se adoptó para un determinado tipo de consumo de base de cocaína hecho en una especie de pipa manufacturada).
2. Los «*capiaidores*» llegan a pregonar el producto en un comportamiento semejante a aquel que es tradicional en las vendedoras de fruta o de pescado: «¡Buen *jaco!* ¡Buen *crack!*». En uno de los barrios portuenses el punto de venta se encuentra en una colina donde el control de todos los que entran y salen es fácil; en otro, sólo muy recientemente una conocida vendedora fue detenida, pasados once años de actividad sin que la policía consiguiese cogerla *in fraganti*, ya que se situaba en uno de los últimos pisos de un edificio, por lo que el tiempo empleado por los agentes para llegar era siempre el suficiente para que fuesen destruidas todas las pruebas.
3. La actitud ostentosa se traduce en la compra de coches vistosos y de potentísimos aparatos de sonido, en el uso de ropas de marcas consagradas, en la exhibición de aderezos en oro y, más recientemente, en la posesión de perros de razas consideradas agresivas. A la llegada a algunos de estos lugares, un *outsider* puede sentirse perplejo ante el absoluto contraste entre el más reciente *cabriolet* de Mercedes y los edificios en ruina a la puerta de los cuales está aparcado.
4. Cuántas veces en estos sitios hay protestas porque se está hablando demasiado alto sin respetarse el momento del *chute* de alguien.
5. En portugués, «*usucapião*»: figura legislativa portuguesa aplicada, por José Machado Pais (2001) al dominio tácito de un parking por parte de los *aparcacoches* y que se define en el Art. 1287 del Código Civil de la siguiente forma: «La posesión del derecho de propiedad o de otros derechos reales de gozo, mantenida por cierto lapso de tiempo, faculta al poseedor, salvo disposición
- en contrario, la adquisición del derecho a cuyo ejercicio corresponde su actuación: es lo que se llama *usucapião*.»
6. El sedentarismo en estos lugares puede ser tan fuerte como nos cuenta este ejemplo: recientemente acompañamos a un consumidor de drogas a su salida del barrio, donde había ocupado durante mucho tiempo una casa anteriormente abandonada, y verificamos la total sorpresa con que observó las alteraciones urbanas que se habían realizado en el área circundante en los años anteriores (en un radio de 500 metros alrededor del barrio).
7. En otro texto (Fernandes, 2001) analizamos el conjunto de factores económicos y ecosociales que hacen de los barrios sociales de la periferia los lugares más aptos para el funcionamiento como territorios psicotrópicos.
8. Varios trabajos de investigación del Observatorio Permanente de Seguridad de Oporto entre 1996 y 2000 demostraban, por un lado, el crecimiento real de la criminalidad contra el patrimonio y de la victimización de la calle y, por otro lado, su imputación al fenómeno droga, haciendo aparecer al toxicodependiente como la principal figura de amenaza en un cuadro de gran intensificación del sentimiento de inseguridad.
9. En efecto, numerosos trabajos de la psicología ambiental demostraron ya el condicionamiento territorial que el miedo a la ciudad provoca, sea en la elección de los recorridos urbanos, en los lugares que se frecuentan o en el comportamiento autodefensivo ante la interacción con desconocidos (Nasar y Fisher, 1993; R. Taylor, 1987).
10. En 2002, las autoridades municipales estimaron en cerca de 700 su número en las calles de Oporto; en Lisboa, aunque no haya números oficiales, se calcula que serían más de 1.500. El único estudio etnográfico llevado a cabo con aparcacoches, aunque de carácter apenas exploratorio, fue publicado por J. Machado Pais (2001).
11. Entrevista con Philippe Bourgois publicada en 2001 con el título «Marginalidad de calle e inseguridad urbana» en *Olhares Seguros*, periódico del Observatorio Permanente de Seguridad de Oporto, año 3, nº 2.
12. Un estudio reciente (Loader, 2002) relaciona el incremento del discurso acerca de la seguridad en



Europa con la visibilidad de figuras de la desviación en el espacio público: «Un conjunto de narrativas públicas que subrayan la amenaza constituida por diversos Otros 'criminales' y 'aliens' (migrantes, traficantes de drogas, sindicatos del crimen organizado y más...) a Europa, a sus fronteras y a sus ciudadanos». Suscribimos por completo, para el contexto portugués, las constataciones de Loader.

13. Dos investigaciones etnográficas (M. Chaves, 1999, y Fernandes y Agra, 1991), estudiaron la expresión del fenómeno droga en estos espacios, respectivamente en Casal Ventoso y en el barrio de la Sé.
14. En S. João de Deus, el Ayuntamiento de Oporto inició las demoliciones por los bloques en los que residían familias gitanas. Y, al abrigo de una ley de 1945 que permitía a las autoridades municipales expulsar, sin derecho a realojamiento, a «individuos o familias con mala conducta cívica y porte moral», no realojaría a algunas familias con el pretexto de que son «traficantes de drogas», información que justifican haber obtenido de la propia policía.
15. En esos momentos, el ex-alcalde de Nueva York, Rudolph Giuliani, visita Oporto. La influencia de sus políticas de tolerancia cero era visible en el discurso de las autoridades municipales y en la forma como buscaron sensibilizar a la policía para alejar a los «marginales» de los espacios públicos del centro urbano.
16. Es sintomático cómo, en varios discursos públicos, el alcalde, aunque reconozca que Oporto es una ciudad con baja tasa de criminalidad en el panorama europeo, apela al aumento de los efectivos policiales para la «erradicación de los aparcaches» y para el refuerzo del patrullaje en los barrios problemáticos.
17. Moita Flores. «O mito do Casal Ventoso». Diário de Notícias, 2 de Março de 1998.

Bibliografía

- Chaves M. *Casal Ventoso: da gandaia ao narcotráfico*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 1999.
- Fernandes L, Da Agra C. *Uma topografia urbana das drogas*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga, 1991.
- Fernandes L. Los principios de la exclusión de la droga. *Trabajo social y salud* 2001;39:153-171.
- Fernandes L, Neves T. Ethnographic space-time: culture of resistance in a «dangerous place». En: Brochu S, Agra C, Cousineau M (ed). *Drug and crime deviant pathways*. Hampshire: Ashgate Editions, 2002.
- Loader I. Policing, securitization and democratization in Europe. *Criminal Justice* 2002;2(2):125-153.
- Machado Pais J. *Ganchos, tachos e biscates: jovens trabalho e futuro*. Porto: Ambar, 2001.
- Machado C. *Crime e insegurança. Discursos do medo, imagens do Outro*. Lisboa: Editorial Notícias, 2004.
- Machado C, Manita C. Percepções e figuras do medo na cidade do Porto. En: Da Agra C (dir). *Insegurança urbana na cidade do Porto. Estudos interdisciplinares*, vol. II. Porto: Centro de Ciências do Comportamento Desviante, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 1997.
- Nasar JE, Fisher B. Hot spots of fear and crime: a multi-method investigation. *Journal of Environmental Psychology* 1993;13.
- Quintas J. *Drogados e consumo de drogas: análise das representações sociais* (tese de mestrado). Porto: Fac. de Psicologia e Ciências da Educação da U.P., 1998.
- Taylor R. Toward an environmental psychology of disorder: delinquency, crime and fear of crime. En: Stokols D, Altman I (orgs). *Handbook of environmental psychology*. New York: John Wiley & Sons, 1987.



EL PAPEL DE LA CULTURA EN EL CONTROL DEL CONSUMO DE DROGAS: EL CASO DE LA INDIA

MOLLY CHARLES

Licenciada en Psicología. Doctora en Antropología. Consultora independiente en la agencia CATS. Goa (India).

Introducción

El refuerzo de las políticas contra la droga, orientadas desde un enfoque punitivo a nivel global, ha ignorado el contexto socio-cultural del consumo de drogas. Cuando los países en los que el consumo de droga era un hecho cultural criminalizaron éste último en la manera que fuera, se produjo la coexistencia de dos sistemas de control. Uno, basado en reglas no formales sobre el consumo de droga que evolucionó a través de los siglos, y otro, basado en la legislación, que reflejaba el compromiso internacional de erradicar el consumo de droga. En este artículo

Actualmente, Molly Charles está preparando la presentación definitiva de su tesis doctoral titulada *Cannabis y cultura: El impacto de la política contra las drogas sobre el consumo y el tráfico de drogas*. Durante los últimos catorce años ha estado trabajando en el campo del control del abuso de drogas, y ha sido Deputy General of National Addiction Research Centre (Mumbai, India). Ha desarrollado su actividad investigadora en el campo del control del abuso de drogas, y sus estudios abarcan tanto el consumo como el tráfico de drogas.

se examina el papel de la cultura en la evolución de un sistema de control del consumo de droga centrado en su relevancia en el momento actual y contrastándolo con una intervención de control abusiva que aborda de manera punitiva el control de la droga.

Una asociación diferente con los productos psicoactivos a base de plantas

Al margen de la forma actual de enfocar el control del abuso de drogas, que contempla el consumo de éstas como un acto criminal y desviado, se da también un acercamiento diferente a la cuestión, que proporciona una respuesta contraria. El consumo de cánnabis está fuertemente asociado a la religión hindú, tanto en la India como en Nepal¹⁻⁵, países en los que es reverenciado como un regalo del dios Shiva*. Además, el cánnabis se utiliza también como relajante durante los actos sociales o en momentos festivos. En estos países existe un contexto sociocultural del consumo que ha venido dándose durante siglos,



en el que hay un margen limitado para cualquier percepción negativa extrema de la droga, como se ve en el caso del control del excesivo consumo de drogas.

De Ríos⁶ señaló la presencia de diferentes formas de asociación de sustancias psicoactivas a base de plantas, que crean una visión universal, a diferencia del enfoque occidental ahora predominante. De Ríos llevó a cabo un análisis sobre el uso de diferentes productos psicoactivos de origen fitogénico con finalidades que tienen una raíz cultural: el uso por parte de los chamanes de la seta *Amanita muscaria* para valorar la posibilidad de curar a una persona enferma; el papel desempeñado por la datura entre los Shanga-Tsonga del Transvaal septentrional para facilitar que las mujeres jóvenes alcancen una experiencia religiosa durante el período iniciático de la pubertad; la dependencia de la mescalina y de la ayahuasca entre los sa-

*El dios Shiva es el dios de la destrucción y también el re-Creador. En el hinduismo, la muerte no es tal en el sentido de pasar a una no existencia, sino simplemente la adopción de una nueva forma de vida. De ahí su nombre Shiva: rostro resplandeciente o individuo feliz. Se piensa que este dios tiene un gran aprecio por la *Soma*, y los ascetas que lo adoran tienen el cánnabis (*Soma*) por un regalo de él a sus fieles. Se ha discutido sobre qué es la *Soma* en el contexto del hinduismo pero, cualesquiera que sean los avatares de esta discusión, para las personas que adoran al dios Shiva la *Soma* es el cánnabis y, con el paso del tiempo, ésta viene asociada a la gran disponibilidad de plantas de cánnabis.

De acuerdo a las escrituras hindúes, la *Soma* es considerada una bebida de los dioses, a la vez que se hacen algunas referencias a ella en tanto que Dios del jugo venenoso que reside en la misma planta.

nadores del Perú para diagnosticar las causas de la enfermedad, determinadas dentro de una estructura mágica de enfermedades. Estos variados enfoques del uso de productos psicoactivos formados a base de plantas ponen de relieve que las asunciones del control del abuso de drogas, basadas únicamente en la manera occidental de entender la cuestión, no contemplan, obviamente, el cuadro global de esta cuestión.

La aceptación social y el alcance del control de las drogas

Dada la limitada representación del contexto sociocultural del consumo de drogas en la formulación de las políticas sobre la misma, es natural que el enfoque punitivo tome en consideración únicamente el refuerzo de las medidas legislativas como medio eficaz para controlar el consumo. A diferencia de este último, dentro del contexto cultural existe aceptación social del consumo de droga, lo que ha hecho posible que existan medidas de control relevantes en el marco de las normas no formales que gobiernan el consumo de drogas.

Lugar de consumo

El consumo culturalmente sancionado se lleva a cabo en lugares abiertos, o a menudo en lugares escogidos por la comunidad para obtener el efecto específico derivado de la experiencia con la droga. Esto puede apreciarse



claramente en la descripción hecha por algunos autores, que han documentado el uso de productos psicoactivos derivados de plantas con objetivos culturales o colectivos, como se señalaba en el caso del consumo de la datura para alcanzar una experiencia religiosa durante la iniciación a la pubertad, o el consumo de peyote entre los huicholes durante el peregrinaje, con objeto de facilitar la consecución del objetivo cultural de entender los cambios en su historia, sociedad y cultura^{6, 7}.

En el contexto indio, el consumo de cannabis tiene lugar dentro de los templos, con propósitos religiosos, en la residencia propia o en un lugar de encuentro, cuando forma parte de un acto o celebración social, o en una zona abierta dentro del espacio comunitario, cuando se consume como relajante o por razones sociales. Este aspecto ha sido mencionado al ser tratado el consumo de drogas dentro del contexto cultural por otros estudios^{5, 8-11}.

Lo que antecede contrasta drásticamente con el consumo de drogas dentro del contexto de la penalización, en el que los consumidores de drogas toman todas las precauciones para ocultar su hábito. En el caso de los consumidores de heroína en la ciudad de Mumbai, el consumo en lugares públicos se daba entre personas pertenecientes a barrios marginales. Este cuadro se torna diferente si atendemos al contexto cultural del consumo de heroína en relación a la elección del lugar que hacen quienes la consumen; en este último caso, el escenario suele ser entre cubos de basura o sucios vagones de tren inutilizados. También se busca que estos lugares estén en zonas alejadas de la comunidad, en

las que el anonimato está asegurado y la amenaza de ser expulsado por las agencias de control se ve minimizada. El objetivo esencial del consumidor de heroína es el de no ser identificado como tal.

La relevancia que tiene la elección de un lugar para el consumo viene determinada porque, en el contexto cultural, los miembros de la comunidad disponen de un margen de intervención en caso de que se incremente la frecuencia del consumo, o de que la cantidad de droga consumida pase a ser excesiva. Esta forma de intervención es un proceso que puede acontecer en cualquier estadio de la vida del consumidor, y más comúnmente a partir de los primeros signos de desviación respecto de las formas culturalmente aprobadas. El consumo de heroína tiene lugar en espacios abiertos, pero apartados de los que ocupa la comunidad; esto no hace más que provocar respuestas negativas por parte de grupos de población anónimos, cuyo único deseo es mantenerse alejados de los consumidores de heroína. A medida que éstos empiezan a reflejar la imagen pública de un consumidor de droga disfuncional, ésta empieza a tomar fuerza en las mentes de los observadores, de tal manera que incluso un consumo de droga funcional puede llegar a provocar respuestas extremadamente negativas.

El control sobre la cantidad y el tipo de drogas consumidas

Las sanciones culturales especifican restricciones sobre la regularidad del consumo y



el tipo de drogas consumidas. En el contexto indio, y con respecto al consumo de cánnabis y opio, estas normas no formales sancionan el uso regular, sólo por parte de los hombres. Esta forma de consumo se ubica en asentamientos colectivos, sometidos a una regulación sobre la frecuencia de consumo y el tipo de droga consumida. Al mismo tiempo, el consumo de cánnabis queda sancionado para las mujeres y adolescentes sólo durante las festividades o actos sociales. La restricción del consumo de droga entre las mujeres y los jóvenes consiste en que sólo están autorizados a consumir bhang (hojas de cánnabis) en forma de bebida o snacks.

Lugares de venta y sanciones para sustancias específicas

Previamente a que cobrara fuerza el enfoque punitivo hacia la venta de productos derivados del cánnabis y del opio, éstos eran vendidos por personas involucradas en otras actividades, como vendedores de verdura, o comerciantes de lana o leche^{5, 10, 12}. También había la opción de adquirir las sustancias en los mercados legales establecidos por los británicos para asegurar que el correspondiente impuesto de consumo iba a parar a sus arcas, junto con el dinero obtenido por traficar con el opio en China durante la Guerra del Opio. Esta forma de distribución se vio perturbada por la implementación de la Ley de Narcóticos y Sustancias Psicotrópicas¹³ (1985), que penalizaba todas las formas de distribución. Los mercados legales del cán-

nabis y del opio fueron sistemáticamente reducidos por el gobierno, como un paso hacia la adhesión a la Convención Única de 1961, de la cual la India era signataria junto con otros muchos países.

En la India, a pesar de que la legislación relativa al control del tráfico de drogas es aplicable a todos los estados y tanto en las zonas rurales como en las urbanas, la implementación de esta legislación no ha sido uniforme. Esto ha resultado ventajoso, puesto que ha existido un margen para que en las zonas rurales sigan vigentes las normas culturales que han impuesto restricciones al intento de traficar con productos sintéticos y derivados. Aún hoy, en algunas áreas rurales de la India se vende cánnabis en pequeñas tiendas, de la misma manera que puede recogerse directamente del campo durante determinadas estaciones. Aun cuando esto podría ser contemplado con escepticismo, la India representa el claro ejemplo de que las normas culturales y la acción comunitaria han restringido la disponibilidad de sustancias derivadas a nivel local.

El esfuerzo realizado por la población del distrito de Kullu en Himachal Pradesh (un estado de la India septentrional), ha tenido un notable éxito en cuanto que ha logrado una amplia restricción del uso de heroína marrón. A mediados de los ochenta, los vendedores locales fueron introducidos en el tráfico de heroína marrón por los afganos. Primero se atrajo a los clientes, especialmente a los jóvenes, entregando a éstos últimos (que consumían cánnabis) la droga para que la guardasen, o proporcionándosela sin coste



alguno para que la probaran. Una vez la juventud local cayó en la adicción a la heroína marrón, empezó a traspasar todos los límites a fin de conseguir el dinero necesario para comprar la droga. Viendo esto, y tras el período inicial de distribución gratuita, los traficantes empezaron a exigir cantidades de dinero exorbitadas por la droga a los consumidores que ya eran, por aquel entonces, dependientes de ella, y de esta manera se empujó a los jóvenes a que vendieran cualquier tipo de bien que tuvieran a su alcance, incluyendo los inmuebles, a cambio de ínfimas cantidades de dinero. Estas acciones enfurecieron a los parientes cercanos de los consumidores que, junto a otros miembros de las familias afectadas, decidieron intervenir con o sin el apoyo de la policía. La gente importante de la localidad, con el apoyo indirecto de los oficiales de policía, atrapó a los traficantes, que fueron ridiculizados al ser obligados a caminar como asnos tras haber ennegrecido sus rostros y hacerles llevar guirnaldas de babuchas. Además de esto, atraparon a los afganos y les introdujeron en vehículos que les harían abandonar Himachal Pradesh. También se aseguraron de que a ningún afgano se le permitiera entrar y traficar en el distrito de Kullu.

Con el paso de los años, la expansión de la heroína marrón entre los consumidores ha sido insignificante. Los datos del distrito de Kullu, en Himachal Pradesh, del año 1999, revelan que la cantidad de droga vendida era mínima de 58 gramos el año 1999 y de 83 gramos en el 2000. Los consumidores, que se habían hecho adictos a esta droga en los

ochenta, fueron recluidos, pero esto no ayudó, y algunos de ellos se curaron posteriormente, tras haber recibido tratamiento en Dehli, y otros no abandonaron el consumo. A pesar de las fuertes protestas de la gente, la heroína marrón continúa pasando gradualmente vía Dehli, pero nunca en grandes cantidades¹². También se ha documentado la ausencia de consumo de sustancias sintéticas en otro estudio basado en los datos recogidos a partir de los clientes que han visitado los centros de tratamiento destinados a los consumidores de droga¹⁴.

El marco del consumo de droga

El consumo de droga en el ámbito criminal se centra en las maneras de obtener de ella el máximo efecto posible a partir de la cantidad disponible; en establecerse en los lugares en los que esté disponible la droga de mayor calidad; en las maneras de tratar las sobredosis; en los medios para mantener el hábito, y en los métodos para esquivar la acción de la ley. Esto se ha observado en el contexto del consumo de heroína entre los consumidores marginales de las calles⁵. El marco del consumo de droga y todo el proceso de consumo refuerzan la sensación de marginalización y el aislamiento de los consumidores de heroína frente a la sociedad. Esto no se da tanto respecto del consumo de sustancias psicoactivas dentro del contexto cultural: el marco y el proceso de consumo ponen de relieve aspectos de la cultura a través de sustancias que alteran el estado



mental y desempeñan un papel definido en ella.

Cuando los ascetas consumen sustancias psicoactivas, el objetivo es el del crecimiento espiritual. Se establece entonces una identificación de diferentes sectas religiosas que refuerzan sus creencias² mediante el cánnabis y las sustancias psicoactivas*. Entre los miembros de la casta de Rajput en Gujarat y Rajastán (Gujarat y Rajastán son estados de la costa occidental de la India), se utiliza el opio como un medio para fortalecer la identidad de la casta y el marco del consumo de droga les proporciona una plataforma para la expresión de sus preocupaciones comunes^{9,10}. En la ciudad de Puri, en Orisa, la asociación entre el cánnabis y los ritos religiosos se presentó como una protesta contra la dominación de la casta de los Brahim dentro de una sociedad de castas profundamente opresiva. Para deshacerse de la opresión de los Brahim, la población local empezó a adorar a una deidad propia -«Trinath Mela»-, a la que ofrecían nueces de betel, ganja (marihuana) y dinero. Esta asociación forma parte del estilo de vida de la mayor parte de la gente de la localidad, que es dependiente del templo, unos en tanto que sacerdotes y otros como vigilantes o guías para los peregrinos (Ray, 1989). En una visita al templo, la investigadora también dio dinero para adquirir marihuana (disponible dentro del local), que

*Esto está basado en los datos recogidos a partir de fuentes ascetas por la investigadora como parte de su investigación sobre las formas culturales de consumo.

fue ofrecida como prasad al sacerdote del templo. Esto es lo que se espera de cualquier persona que entre en el templo; no hacerlo se considera un insulto. Otra práctica común en todo el país es el consumo de la bebida de cánnabis durante las fiestas, como el Holi (fiesta de los colores), Shivaratri (fiesta del dios Shiva), y Dasira (una fiesta en honor de la victoria del bien sobre el mal). Mientras el cánnabis es considerado un relajante durante las celebraciones, en otras ocasiones se utiliza para reforzar el grupo o la identidad cultural. Además del consumo de sustancias psicoactivas hay otras actividades que inducen el sentimiento de unicidad, entre las que cabe mencionar los himnos, la poesía, la música, y el baile. De aquí que en ningún momento sea la droga el principal centro de atención.

El impacto del control del abuso de drogas

El impacto del enfoque penal sobre las normas culturales depende del alcance y la forma de implementación de las medidas de control. En las áreas rurales, en las que las normas culturales son, de lejos, más relevantes para la vida de las personas, la influencia de la implementación de las medidas de control no ha sido muy significativa. Aun cuando la heroína ha estado disponible en la India durante un cuarto de siglo, el consumo de sustancias derivadas y de drogas sintéticas no es significativo o, en cualquier caso, es menor¹⁴ (NISD, 1999). La úni-



ca excepción observada se ha dado en lugares cercanos a áreas de cultivo lícitas, en las que hay diferentes variedades de opio y formas de procesarlo. Esto ha quedado de manifiesto a través de los datos sobre el perfil de los consumidores que andaban en busca de centros de tratamiento habilitados para ellos en todo el país¹⁴. Para entender este contraste, hay que centrarse en la realidad evolutiva del estado, los requisitos para la propiedad de la tierra, y el papel del opio en las vidas de los granjeros y de otros en la localidad, y no meramente en los beneficios económicos que proporciona el cultivo del grano. El papel de los factores socioculturales en el diseño del cultivo de la adormidera en Afganistán ha sido tratado en otro estudio¹⁵.

En las principales ciudades, como Mumbai, los años de penalización y una expansión de la perspectiva del control del abuso de drogas han provocado un cambio. Las drogas sintéticas y derivadas han reemplazado en gran medida al cánnabis y al opio^{3,16}, en comparación con lo ocurrido en las zonas rurales. Es interesante señalar que, de acuerdo con algunos informadores, que en el presente conforman un importante mercado de tráfico de drogas, en el período inicial en el que apareció la heroína marrón, hubo protestas en la comunidad por lo acontecido en el distrito de Himachal Pradesh. Sin embargo, el impacto de la acción de esta comunidad fue limitado y temporal. De ahí la relevancia de las normas culturales en la mencionada localidad y la importancia dada a la implementación de la

legislación, que tiene un papel que jugar en el control del consumo y el tráfico de drogas.

Mientras que no es posible cambiar el control del consumo cultural de la droga cuando éste ha cambiado drásticamente, todavía hay margen para la intervención sin tener que depender de extremos, adoptados por el Drug Abuse Management. La cuestión que es preciso considerar aquí es la importancia de la reducción del daño y su definición, basada en la comprensión del asunto desde una mentalidad occidental. En el presente, los programas dirigidos a la reducción del daño se centran principalmente en las prácticas insalubres relacionadas con el hábito de la inyección, pero la reducción del daño puede ser contemplada desde una perspectiva más amplia, que empieza con la restricción del consumo de droga en contexto cultural o a las sustancias culturalmente sancionadas. El enfoque crearía grados diferentes y más realistas, puesto que los programas de intervención para la reducción del daño deben estar dirigidos hacia las realidades locales, atendiendo al caso del modo de consumo inyectable como uno más. Para que esto ocurra tiene que alcanzarse un grado de aceptación social de los diferentes tipos de consumo de droga, y reemplazar el control del abuso de droga por el control del consumo de droga.

Este cambio es crucial, dado que en ciertos países el consumo de drogas puede llevar al consumidor a ser privado de derechos. Además, hay una probabilidad más alta de que los consumidores pertenecientes a gru-



pos socialmente marginados tengan que soportar el peso de la ley^{17, 18}. La violación de los derechos humanos básicos de los consumidores de droga se ha ignorado durante mucho tiempo en muchos países, puesto que las leyes contra las drogas proporcionan a los partidos políticos un velo de protección para hacer un mal uso del poder en su beneficio. La ventaja oculta de adoptar el enfoque punitivo ha sido señalada por Levine¹⁹. En el presente, esta percepción selectiva de la realidad es peligrosa, especialmente por la tendencia a crear conexiones artificiales entre el mundo de las drogas y el así llamado enemigo global, el «terrorismo».

Conclusión

Ignorado por la perspectiva del control del abuso de drogas, el control social del mismo evolucionó a partir de la interacción de las normas de control no formales existentes y la política de tipo punitivo; un impacto que sigue persistiendo. Esta esfera ha de ser explorada para permitir que se desarrolle una forma de control de la droga funcional y viable. Ha sido el sistema de control del abuso de drogas existente en la India rural el que ha restringido el consumo y el tráfico de drogas culturalmente sancionadas. El enfoque de la avestruz, seguido por el programa de control del abuso de drogas para justificar su existencia no va a hacer sino complicar aún más la situación y no logrará la consecución de su objetivo de erradicar la droga.

Referencias bibliográficas

1. Hasan K. Social Aspects of the use of Cannabis and Culture. En: Rubin Vera (ed). *Cannabis and Culture*. The Hague: Mouton Publishers, 1975; 235-246.
2. Fisher J. Cannabis in Nepal: An Overview. En: Rubin Vera (ed). *Cannabis and Culture*. The Hague: Mouton Publishers, 1975; 247-256.
3. Molly Ch, Nair KS, Britto G. *Drug culture in India - A street ethnographic study of heroin addiction in Bombay*. Jaipur: Rawat Publishers, 1999.
4. Ghurye GS. *Sadhus in India*. Bombay: Popular Book Depot, 1953.
5. Panday Chandra Bhanu. *Risis in Ancient India*. New Delhi: Sundeep Prakashan, 1987.
6. De Rios Dobkins. Man, culture and Hallucinogens: An Overview En: Rubin Vera (ed). *Cannabis and Culture*. The Hague: Mouton Publishers, 1975; 401-416.
7. Meyerhoff BG. Peyote and Huichol worldview: The structure of Mystic Vision. En: Rubin Vera (ed). *Cannabis and Culture*. The Hague: The Mouton Publishers, 1975; 417-438.
8. Chopra RN, Chopra IC. *Drug Addiction with Special Reference to India*. New Delhi: Council of Scientific and Industrial Research, 1990.
9. Masihi EJ, Desai DB. *Culture and Drug Use in Saurashtra*. Mumbai: NARC, 1994.
10. Shrivastava RS. *An Assessment of Drug Abuse, Drug Users and Drug Prevention Services in Jodhpur*. Jodhpur: University of Jodhpur, 1989.
11. Ray R. *Puri and Bubhaneshwar Research Findings*. Puri: Ministry of Social Welfare, 1989.
12. Molly Ch. *Drug Trade in Himachal Pradesh - the role of Socio Economic Change*. Paris: UNESCO MOST, 2001.
13. The Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Act, 1985. New Delhi: Universal Law Publishing, 2003.
14. Siddiqui HY. *Drug Abuse Monitoring Systems (DAMS): A profile of Treatment Seekers*. New Delhi: Ministry of Welfare and Social Justice and Empowerment, y United Nations Office on Drugs and Crime, 2002.
15. Mansfield D. The Economic Superiority of Illicit Drug Prohibition: Myth and Reality, Opium Poppy Cultivation in Aghanistan. Comunicación



- presentada en la International Conference on The Role of Alternative Development in Drug Control and Development Cooperation, 7-12 Enero, 2001.
16. Molly Ch, Nair KS, Das A, Britto G. Bombay Underworld: A descriptive account and Its Role in Drug Trade. En: Geffray Ch, Fabre G, Schiray M (Sci Coor). *Globalisation, Drugs and Criminalisation*. Paris: UNESCO MOST and UNDP, 2002; 2: 12-72.
 17. Gray J. *Why our drug laws have failed and what we can do about it - A Judicial indictment of War on Drugs*. Philadelphia: Temple University Press, 2001.
 18. Laniel L. Profiteering on Poverty. New Delhi: Seminar 2001;504:55-62.
 19. Levine Harry G. Global drug Prohibition: its use and crises. *The International Journal of Drug Policy* 2003;14(2):145-153.



LA «GUERRA A LA DROGA»: ESTADO DE LA CUESTIÓN

ALAIN LABROUSSE

Sociólogo. Ex-Director del Observatoire Géopolitique des Drogues. París (Francia).

Introducción

A finales de junio de 2004, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Crimen (UNODOC)¹ presentó su informe² sobre la situación de las drogas en el mundo. Como de costumbre, la Organización de las Naciones Unidas se ha esforzado por esbozar un estado de la situación demasiado optimista. Según ésta, el consumo de drogas, con la excepción del de cannabis, se mantiene o se reduce, a pesar de que el número total de consumidores en el mundo se estima en alrededor de 185 millones de personas. En cuanto a la situación de los cultivos ilícitos, el de la adormidera ha disminuido un 6% en comparación con el año anterior y el de coca un 11% respecto a 2002 y en un 30% respecto a 1999. Igualmente, las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico habrían

disminuido un 7%. ¿A qué se debe que el cariz de los informes de otras organizaciones como la Interpol o Europol, o de un país como los Estados Unidos, sea mucho más reservado en lo que se refiere al éxito de la «guerra contra la droga»? Para empezar, el informe de la UNODOC descansa, en lo esencial, sobre los datos proporcionados por los países miembros de la organización (los que forman las Naciones Unidas), de entre los que algunos no tienen capacidad para llevar a cabo recopilaciones de datos fiables, y otros se esfuerzan por travestir la realidad de los hechos. Por ejemplo, en el caso de las anfetaminas, el informe indica que las incautaciones de las mismas han disminuido «a causa, sobre todo, de un descenso de las incautaciones de metanfetaminas en China». En este país, la producción ilícita de estas sustancias, y de productos químicos (precursores) que se utilizan para fabricarlas, se realiza en gran medida en las fábricas químicas del Estado, a menudo gestionadas por el ejército. Más que los datos crudos en sí mismos, son sus evoluciones en el marco de contextos económicos, políticos y geopolíticos concretos las que incitan a dudar de la significación que les

Alain Labrousse es sociólogo y ex-director del Observatoire Géopolitique des Drogues (OGD). Ha sido el coordinador principal del *Dictionnaire Géopolitique des Drogues*. Bruselas, De Boeck, 2002 y «*Géopolitique des drogues*» [*Que sais-je?*], París, PUF, junio de 2004.



atribuye la UNODC. Por ejemplo, que los cultivos de la adormidera hayan remitido en Birmania significa que los traficantes cuyas actividades benefician a la dictadura militar de turno han diversificado su producción, dedicándose desde este momento a la de anfetamina a gran escala. En Afganistán, la recogida de opio, tras haber sido prohibida por los talibanes en 2001, ha recuperado ya el nivel que presentaba en 2000, y podría batir todos los récords en 2004. Las superficies plantadas de cánnabis se extendieron también en Marruecos en 2003. Si cierto es que la batalla dista mucho de estar ganada, también lo es que las grandes organizaciones criminales especializadas en el tráfico de drogas, enfrentadas a mediados de los años 90 a una ofensiva sin precedentes suscitada por los estados más poderosos del planeta, han respondido descentralizándose, llevando a cabo deslocalizaciones a través de un número cada vez más importante de países, y diversificando sus actividades. Esta política, llevada a cabo por el movimiento de mundialización, no ha afectado sensiblemente a su capacidad de penetrar en las estructuras económicas y políticas de numerosos estados. El impacto geopolítico del crimen organizado ha sido igualmente favorecido por la multiplicación de los conflictos locales, efecto perverso del fin del antagonismo de bloques y de los sobresaltos provocados por la caída de la Unión Soviética. Si las organizaciones terroristas tienen acceso antes al dinero legal (caridad islámica, petróleo, etc.) que al proveniente de la criminalidad, numerosas organizaciones guerrilleras, por su parte, se financian a tra-

vés de los beneficios producidos por la droga que, por ello, constituye un obstáculo para la resolución de numerosos conflictos, en la primera línea de los cuales se sitúa el que tiene como escenario Colombia. En fin, las grandes potencias como los Estados Unidos supeditan la lucha contra la droga a sus intereses geopolíticos, como se dio en los casos de Indochina y América Central en el pasado y se da hoy en Afganistán.

Cultivos ilícitos bien enraizados

La hoja de coca y sus derivados

Desde comienzos de los años ochenta, Perú y Bolivia eran los principales productores de hoja de coca en el mundo (sobre 120.000 y 50.000 hectáreas en 1994, respectivamente), y de pasta base, materia prima del clorhidrato de cocaína, fabricado esencialmente en Colombia. Los Estados Unidos concluyeron que, de haber llegado a interrumpir la línea de aprovisionamiento aéreo de la que se beneficiaban los traficantes de este país, el precio de la coca se hubiera derrumbado en Perú y Bolivia por falta de compradores. A mediados de los años 90, los americanos colocaron una cadena de radar al norte de Perú, a fin de detectar las avionetas colombianas que se preparaban para aterrizar sobre opulentas pistas dentro de la selva amazónica. Este dispositivo estaba relacionado con la aviación de caza peruana, que forzaba el aterrizaje de los aparatos no identificados o los abatía, habitualmente sin ne-



cesidad de advertencia previa. Este dispositivo, llamado *Air Bridge Denial* se reveló relativamente eficaz; el número de aparatos abatidos pasó de ser de menos de seis en 1994 a más de veinte en 1996. Efectivamente, las producciones ilícitas bolivianas y peruanas han contemplado su propio declive. En Perú, otro fenómeno ha favorecido esta operación: la derrota de la guerrilla maoísta Sendero Luminoso a partir de 1993, que ha permitido al estado retomar el control de vastas zonas de la región amazónica y retirar un ejército que había estado durante largo tiempo corrompido por las prebendas del narcotráfico. De esta manera, las superficies de los cultivos ilícitos pasaron a ser, a finales de los años noventa, inferiores en extensión a las 40.000 hectáreas en Perú y a las 10.000 en Bolivia.

Pero lo que aparentemente no habían previsto los Estados Unidos era que los traficantes colombianos, privados de sus fuentes de provisión en los países vecinos, fueran a desarrollar plantaciones de coca propias, que pasaron de las 40.000 hectáreas en 1995 a cerca de 170.000 en 2000. Es decir, que la reducción de la producción obtenida en Perú y Bolivia ha sido más que compensada por su crecimiento en Colombia. Por otro lado, este crecimiento de los cultivos ha favorecido el desarrollo de la toma territorial de las guerrillas y de los paramilitares de extrema derecha que protegen las producciones ilícitas que suponen para ellos recursos sustanciales. Esta situación ha animado a los Estados Unidos a financiar intensas campañas de fumigaciones en este país que, a resultas de

los graves daños causados al medio ambiente, y probablemente también a la salud humana, han obtenido a partir de 2001 una reducción de la superficie de cultivo, que en 2003 no ocupó más de 153.800 hectáreas en los tres países andinos. Haciendo cálculos sobre la base de la superficie cultivada, la producción de cocaína, que alcanzó cerca de las 1.000 toneladas a finales de los años 90, descendió hasta las 655 en 2003. Pero esta estimación no tiene en cuenta un importante incremento de la productividad por hectárea, ni una sensible vuelta a los cultivos en Perú y en Bolivia. Lo que debería llamar la atención sobre estos fenómenos es que en 2004 no se percibe ningún impacto de esta supuesta disminución de la producción sobre sus precios al por menor en los Estados Unidos y en los principales países consumidores.

El opio y sus derivados

En lo referente a los opiáceos, en contra de la reducción de la producción de opio birmano que pasó de 2.500 toneladas a mediados de los años noventa a alrededor de 800 en 2003⁷, la producción mundial se elevó desde 4.263 toneladas a 5.004 entre 1999 y 2000; el aumento fue del 20%. Esta alza se debe esencialmente al crecimiento de la producción en Afganistán, que tras haber representado una media de aproximadamente 3.000 toneladas cada año entre 1995 y 1998, ha sido de 4.500 en 1999 y de 3.300 en 2000. En agosto de 2000, el Mullah Omar



prohibió sembrar la adormidera en otoño, consigna que fue respetada, puesto que en 2001, la producción en todo el país no superó las 185 toneladas, la mayoría de ellas producidas en las zonas, en particular la provincia de Badakhshan, bajo el mando de la Alianza del Norte del comandante Massoud. Esta decisión ha sido objeto de muchas explicaciones. Desde un punto de vista político, los talibanes, que habían ganado puntos en su lucha contra la Alianza del Norte, se prepararon para reclamar, a principios del año 2001, el asiento de Afganistán en las Naciones Unidas, siempre ocupado por sus opositores. Presentarse como «erradicadores» de la adormidera representaba un triunfo nada despreciable. Pero una nueva oleada de sanciones de las Naciones Unidas, que sorprendió al gobierno de Afganistán, a finales del año 2000 reforzó a los sectores más «duros» de entre los talibanes, que forzaron al Mullah Omar a decretar la destrucción de los budas de Bamiyan. El desastroso efecto producido por esta acción empalideció por completo el éxito obtenido en el terreno de la supresión de la adormidera. Un tercer elemento de explicación a la decisión del Mullah Omar es que existían en Afganistán, a causa del récord de cosechas de 1999 y 2000, importantes stocks de opio, y que los traficantes tenían interés en congelar la producción durante dos o tres años a fin de que los precios no se hundieran. Al parecer, ellos han compensado parcialmente la ausencia de ganancias de los talibanes (un centenar de millones de dólares estadounidenses anualmente) sobre el impuesto islámico pagado por los

cultivadores (*zakhat* y *ochor*), así como por los traficantes para producir la heroína dentro del laboratorio y hacerla transitar hasta las fronteras. La existencia de stocks ha sido confirmada por la fluctuación de los precios, especialmente en el momento de la intervención de los aliados en Afganistán. Por otra parte, el hecho de que los talibanes pagaran a la tribu productora de opio más importante y también más belicosa, la de los Shinwari, para que dejara de cultivar la adormidera en 2000, es probable que a su vez les supusiera a ellos la recepción de subsidios por parte de los traficantes.

En agosto de 2001, el Mullah Omar reiteró la prohibición de sembrar la adormidera, pero los acontecimientos de finales de año no permitieron que los talibanes fueran capaces de hacerla respetar. A pesar de que el 17 de enero de 2002 el gobierno interino presidido por Hamid Karzai prohibiera el cultivo de la adormidera y las actividades ligadas al narcotráfico, y de que el Reino Unido hubiera invertido 20 millones de dólares en la subvención destinada a la eliminación de las plantaciones, hubo que rendirse a la evidencia: la producción de opio reencontró en 2002 su nivel de 1999, es decir, de 3.400 toneladas. El efecto para los paisanos, de entre los cuales hay quienes venden sus cosechas con un adelanto de dos años, de la prohibición del Mullah Omar fue una catástrofe. Los que no vendieron su tierra para liberarse de (o amortizar) su deuda, deberán producir opio durante varios años para pagar a los traficantes. Según las Naciones Unidas, la producción de 3.400 toneladas aumentó to-



avía más en 2003 y se espera un nuevo incremento para 2004. Si los cultivos han disminuido en las grandes zonas de producción tradicionales como el Helmand, en cambio han progresado -o incluso han aparecido por primera vez- en las zonas más atrasadas.

La segunda dificultad con la que ha topado la política de prohibición es de orden político. En las dos grandes zonas de producción -Nangrahar y Helmand-, las tribus, muy bien armadas desde la guerra contra los soviéticos y que cultivan la adormidera, son de la etnia pashtún. Sus miembros, que no necesariamente apoyan a los talibanes, se oponen visceralmente al gobierno interino, en el seno del cual los tadjiks de la Alianza del Norte, cuyo líder es el general Mohammed Fahim Khan del Jamiat-i-Islami, ministro de Defensa, juegan un papel predominante. Una intervención armada contra el cultivo de la adormidera no puede más que encontrarse con una resistencia reforzada por estos antagonismos étnicos. Así, en el mes de abril de 2004, la destrucción de algunos fardos de adormidera ha provocado una manifestación de 3.000 paisanos en el distrito de Kama (Nangrahar). En el Helmand, algunos miembros de las fuerzas especiales americanas han declarado a un periodista de The Scotsman que habían llegado a hacer patrullas a través de campos de opio sin tener autorización para intervenir¹⁰. Como la prioridad era la de combatir a los islamistas y restablecer la autoridad del gobierno sobre el conjunto del país, los propios Estados Unidos habían reconocido que no sería oportuno abrir un nuevo frente en esas regiones. Su embaja-

dor, Zalmay Khalilzad, comentó a los periodistas americanos: «las elecciones que se acercan (septiembre de 2004) requieren que no seamos muy duros en materia de erradicación»¹¹.

En fin, ésta es sin duda, la principal razón de los americanos para no hacer demasiado en contra de los cultivos de adormidera y de las actividades ilícitas y de que, para combatir la insurgencia de los talibanes, deban apoyarse en los señores de la guerra, algunos de los cuales están implicados en el tráfico de drogas. Así, un oficial americano, que ha querido guardar el anonimato, ha declarado a un periodista del New York Times: «muchos de los que se entregan al tráfico de drogas son los tipos que nos ayudaron a liberar el país en 2001... y nosotros debemos continuar apoyándonos en ellos»¹². Entre estos señores de la guerra y de la droga figura Abdul Rashid Dostom, jefe de las milicias uzbecas de Junbesh, formalmente viceministro de Defensa. Según los servicios secretos rusos, durante la guerra civil, mientras éste combatía junto a las facciones comunistas, se dedicaba, a su vez, a la introducción de las primeras redes de la heroína en Rusia, vía Chechenia. Cabe suponer que prosiga con toda impunidad su tráfico, puesto que es un aliado irremplazable de los Estados Unidos.

El cánnabis y sus derivados

A pesar de que no dispongamos de estadísticas sobre la producción mundial de cánnabis, numerosos indicadores sugieren que



está en extensión en todos los continentes para responder a una demanda de marihuana y de hachís que implica, según la UNODC, a alrededor de 150 millones de personas, de entre los que cuarenta están dentro de la Unión Europea. En Europa, al margen de los cultivos estables, el mercado se alimenta básicamente del hachís marroquí. En otras partes del mundo se han interceptado importantes cantidades de hachís proveniente de Pakistán, Afganistán y Nepal, así como de marihuana exportada por Méjico, Colombia, Jamaica y Camboya, y por el conjunto de los países del África subsahariana¹⁵.

El primer exportador, y probablemente productor mundial de hachís, es Marruecos. Cerca del 80% del hachís que se consume en Europa, y el 90% del consumido en España y Francia, proviene de este país. Las superficies de cultivo han pasado ya en la cadena del Rif, al norte del país, de las 30.000 hectáreas en los años ochenta a 134.000, según el primer estudio sistemático cuyos resultados han sido publicados por la UNODC en diciembre de 2003¹⁴. Este informe estima en 3.080 toneladas la producción de hachís (de éstas, en 2002 66 toneladas fueron interceptadas en Marruecos y 735 en Europa). Un centenar de millares de familias (800.000 personas) lo cultivan y los ingresos que reporta el cánnabis para cada familia son de 2.200 euros, es decir, el 50% del total de sus ingresos. Lo que no impide que el PIB por persona sea en el Rif la mitad del que representa la media en el resto de Marruecos. Para el conjunto de los paisanos que lo cultivan, el cánnabis supone 214 millones de eu-

ros. La pobreza y el subdesarrollo son las causas principales de esta producción, cuyos máximos beneficios no van a parar a los cultivadores sino a los vendedores de la calle que, según el mismo informe de la UNODC, ganan cada año en Europa diez mil millones de euros. Pero el informe «olvida» evaluar el monto de los beneficios de los importadores, marroquíes y europeos, que deben de elevarse a varios miles de millones de euros suplementarios. En el Rif, el desarrollo de la producción de hachís desde hace veinte años no ha sido utilizado para financiar conflictos. Entretanto, las investigaciones de la policía española, con motivo de los atentados del 11 de marzo de 2004, han permitido establecer que ocho de los marroquíes implicados tenían antecedentes ligados al tráfico de drogas. Los explosivos utilizados en los atentados contra los trenes fueron obtenidos a cambio de treinta kilos de hachís, fáciles de conseguir al norte de Marruecos.

Las drogas de síntesis

Aun cuando las evoluciones precedentes ponen de manifiesto que la sustitución de las drogas de origen natural por las de síntesis no está todavía a la orden del día, la producción y el tráfico de estas últimas están experimentando un crecimiento excepcional. A partir de 1996, las Naciones Unidas lanzaron una voz de alarma, al afirmar que los estimulantes sintéticos de tipo anfetamínico «podrían convertirse en las drogas predilectas en el siglo XXI»¹⁵. Se ha constatado que,



en Europa, las interceptaciones han aumentado un 38% en 1997/1998 con, como media anual, cerca de tres toneladas de pastillas en el Reino Unido, 1,5 toneladas en los Países Bajos, y 250 kg en Alemania y Bélgica. En el primero de estos países, el consumo de estos productos se ha triplicado entre 1992 y 1998. El Observatorio Europeo de Drogas (OEDT), en su informe de 2002, señala que tras las disminuciones de las incautaciones registradas en 1998 y 1999, las cantidades han aumentado de nuevo en Europa, principalmente en Alemania. En los Estados Unidos, país en el que las incautaciones anuales alcanzaron 1,7 toneladas anuales en 1997/1998, el número de admisiones en los centros de tratamiento creció de manera espectacular entre 1992 (20.000) y 1997 (70.000). La cifra se estabilizó de repente en 1999 y 2000. En 2002, según el informe de la UNODOC, la producción mundial de estas sustancias sería del orden de 410 toneladas. Ese mismo año, 11.900 laboratorios fueron desmantelados: más de un 80% de ellos fabrican estimulantes de tipo anfetamínico. Si la producción parece estable en Europa y en los Estados Unidos, en cambio, en el suroeste asiático y, sobre todo, en el Extremo Oriente, el fenómeno no deja de extenderse. Según los servicios antidroga de los Estados Unidos, los traficantes birmanos producirían anualmente 800 millones de pastillas de anfetaminas, 27 millones de las cuales fueron interceptadas en 2000 y 32 millones en 2001. Tailandia, que incautó 7 toneladas de estos productos en 2001, es la principal destinataria. Pero China, Taiwan y Filipinas son

productores igualmente importantes, en particular para el mercado japonés¹⁶.

Organizaciones criminales en mutación

Las grandes organizaciones criminales dedicadas al tráfico de drogas -mafias italianas, cárteles colombianos, familias pakistaníes, señores del opio birmanos- habiendo estado, a mediados de los años noventa, en la encrucijada de violentos ataques por parte de fuerzas de represión internacionales, ya fueran desmantelados o autodisueltos, dieron paso a una infinidad de grupos de importancia mediana, mucho menos vulnerables. Un cierto número de ellos ha deslocalizado sus actividades, principalmente en los países consumidores. Los casos de la mafia siciliana y de los cárteles colombianos son, desde este punto de vista, significativos.

Se dice que Sudáfrica, desde el fin del apartheid, se ha convertido en un importante mercado de consumo de cocaína y de heroína, una plataforma de tránsito de estas drogas, y un importante centro de blanqueo. Así es como observamos que este país ha devenido, igualmente, un territorio de repliegue para un cierto número de mafiosos italianos como Vito Palazzolo, antiguo contable de la «Pizza Connection»¹⁷, huido de Suiza y «refugiado» en Sudáfrica, donde colabora con la ANC, tras haberlo hecho con el régimen del apartheid.

En cuanto a los traficantes colombianos, desde mediados de los años noventa expor-



tan sus redes al extranjero con el fin de controlar más eficazmente sus conquistas de nuevos mercados, en particular en Europa. Los dos principales puntos de entrada al continente europeo son las costas de España y los Países Bajos, principalmente el puerto de Rotterdam. Por lo que concierne a las primeras, se observa, desde finales de los noventa, un cambio importante. Desde el origen, los traficantes colombianos escoltaban la droga hasta el Caribe, donde, previo trasbordo, era embarcada en los cargueros o barcos de pesca por sus colegas gallegos, encargados de introducirla en España, por el norte de la costa atlántica, hasta Portugal. Una vez allí, era remitida a las redes colombianas que, a modo de pago, entregaban la mitad de la mercancía a los gallegos¹⁸. Pero, a finales de los años noventa, las organizaciones colombianas se reforzaron en España, hasta el punto de poder prescindir de sus socios gallegos. Ellas mismas controlan, por tanto, todas las etapas del proceso, desde la importación hasta la distribución del comercio intermedio y el blanqueo de dinero. Esta nueva situación ha supuesto un cambio de modus operandi: los colombianos dan preferencia a los barcos de pasajeros cuyo destino es la costa mediterránea¹⁹. Es probable que las actividades colombianas en el resto de Europa sean el resultado del fortalecimiento de sus redes en España. Una de las consecuencias de la deslocalización de ciertas organizaciones es que éstas han establecido acuerdos con el mundo criminal presente en esos nuevos escenarios de acción y diversificado sus actividades (tráfico de seres huma-

nos, de diamantes, de especies protegidas, etc.).

Estas actividades vienen favorecidas por los lazos que mantienen las organizaciones criminales con los poderes políticos. Esto no sólo se cumple en los casos de «dictaduras bananeras» (Birmania, Guinea Ecuatorial), o en los no-estados (Afganistán, Paraguay, Liberia), sino también en los grandes países que juegan un papel geopolítico clave en sus respectivas regiones, como por ejemplo el caso de Turquía en Europa, y el de Méjico en Norteamérica. En Turquía, las elecciones de 1999 permitieron que una coalición de partidos nacionalistas (que abarcaban desde opciones de izquierda hasta de extrema derecha) constituyera, con el apoyo del ejército, un gobierno. Fortalecido tras haber conseguido un 16% de los votos, el MPH, fachada presentable de una organización que no lo es tanto -Los Lobos Grises-, de entre los cuales decenas de miembros están encarcelados por haber llevado a cabo actividades criminales prácticamente por toda Europa, estaba a la cabeza de media docena de ministerios, entre ellos el de Defensa, y ocupaba uno de los puestos de viceministro así como el de presidente de la Asamblea Nacional. Todavía resulta difícil prever si la llegada al poder de los islamistas «moderados» afectará de alguna manera a los lazos establecidos entre el sistema y el mundo criminal.

En Méjico, según los trabajos de varios universitarios y periodistas, los narcotraficantes mejicanos han estado históricamente subordinados al poder de políticos pertenecientes al Partido Revolucionario Institucio-



nal (PRI). Las conexiones entre los cárteles de la droga y las élites son ya tan inextricables que los presidentes -Ernesto Zedillo (1994-2000) y Vicente Fox (desde el año 2000)- siguen viéndose impotentes al ir siempre por detrás de éstas. Todavía es demasiado pronto para hacer balance de las actuaciones del gobierno de Fox, que ha hecho de la lucha contra la corrupción una de sus prioridades en este ámbito. Pero un cierto número de indicadores impide prever cambios fundamentales. Así, a mediados de enero de 2003, el principal organismo policial de la lucha contra la droga, la FEADS²⁰, tuvo que ser disuelta por las conexiones sistemáticas de sus miembros con el tráfico de drogas. A finales del mes de marzo un consejo de guerra dio inicio al proceso del general de brigada Ricardo Martínez Perea y de dos de sus subordinados, acusados de proteger el cártel del Golfo.

Drogas, conflictos locales y terrorismo

La multiplicación de los conflictos locales, efecto perverso del fin del antagonismo de bloques y de los sobresaltos provocados por la caída de la Unión Soviética, es otra de las causas del desarrollo de todos los tipos de tráfico, y en particular del de drogas. Durante la Guerra Fría, las grandes potencias a las que la disuasión nuclear impedía enfrentarse de manera abierta, lo hicieron a través de sus aliados en el Tercer Mundo. El dinero de la droga utilizado por los beligerantes evitaba que ciertos países tuvieran que sacar a la

luz los fondos secretos que destinaban a financiar a sus aliados. Éste ha sido principalmente el caso de todas las grandes potencias (Estados Unidos, Francia), y las potencias regionales (Israel, Siria) involucradas en la guerra civil libanesa, y en el caso de los Estados Unidos, en América Central. El fin de la Guerra Fría, lejos de poner fin a estos conflictos locales, no ha hecho más que revelar la ausencia de motivaciones ideológicas, librando enfrentamientos étnicos, nacionales, religiosos, etc. Los beligerantes, al no poder, por tanto, contar con la financiación de sus poderosos protectores, tuvieron que encontrar en los diferentes tipos de tráfico, uno de ellos el de drogas, recursos alternativos²¹.

La presencia de la droga en una treintena de conflictos abiertos, latentes, o en la ruta de resoluciones contrastadas de nuevo desde el comienzo de los años noventa, a títulos y niveles diversos, está comprobada. Algunos de estos conflictos -en Colombia, en Afganistán o en Angola- existían antes del fin de la Guerra Fría. Pero la retractación de partidos hermanos o de protectores poderosos hace que éstos hayan tomado un nuevo carácter: derivación progresiva hacia actividades de depredación en el caso de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC); antagonismos ético-religiosos manipulados por las potencias regionales dentro de las guerras civiles afgana y angoleña. Entonces, es la caída de los regímenes comunistas la que se encuentra en el origen de los conflictos yugoslavo, checheno, armenio, y de las guerras civiles georgianas²². Los protagonistas de estos enfrentamientos, en su



búsqueda de financiación, aprovechan cualquier oportunidad: tráfico de petróleo, de drogas, de metales estratégicos, etc.

La escalada de beneficios en el caso de la droga²³, la convierte en una fuente de financiación especialmente interesante. Así, podemos estimar el monto de los impuestos cobrados anualmente por los talibanes a partir de las drogas en un centenar de millones de dólares²⁴. Esta cifra puede triplicarse o cuadruplicarse en el caso de las FARC. Dentro de un microconflicto como el de Casamance en Senegal, pudimos establecer, en 1995, que los impuestos sobre el cánnabis percibidos por el Movimiento de las Fuerzas Democráticas de Casamance (MDFC) ascendieron a varios millones de dólares por año²⁵. Esto ayuda a explicar que algunos centenares de combatientes de pies descalzos hayan sido dotados, en el curso de los años, de un armamento cada vez más sofisticado y que a despecho de los acuerdos de paz firmados junto al gobierno senegalés, haya grupos que continúen enfrentándose al ejército y batiéndose entre ellos, particularmente durante la estación de la cosecha del cánnabis.

A una escala mucho más importante, el dinero de la droga es un obstáculo esencial para la resolución del conflicto colombiano. No hay duda alguna de que son los beneficios de la droga, unidos a esos otros ínfimos, derivados de otras actividades criminales (secuestros, latrocinio, etc.) o legales (comercio de oro, de piedras preciosas, etc.) los que permiten a las guerrillas marxistas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) reclutar soldados, equiparlos

y armarlos. Los paramilitares que combaten a los guerrilleros marxistas, a menudo con el apoyo de ciertos sectores del ejército, están estructuralmente enlazados con los cárteles de la droga²⁶.

La Unión Europea y los Estados Unidos, por bien que ambos hayan colocado a las FARC en la lista de organizaciones terroristas, dan un enfoque diferente a la resolución de este conflicto. El «Plan Colombia», elaborado conjuntamente por el gobierno dirigido por el presidente Pastrana y por los Estados Unidos, tenía como objetivo oficial combatir el narcotráfico, en el origen, y apoyar las negociaciones de paz y promover el desarrollo económico del país, en particular, de los sectores más modestos de la población. Los Estados Unidos han contribuido de entrada con mil trescientos millones de dólares a este plan, de los cuales mil están destinados a equipamientos militares para el ejército y la policía colombiana. Este compromiso de Washington es percibido por sus vecinos colombianos como un riesgo de ver el conflicto desbordarse sobre su territorio y abarcar a todo el país. El 24 de octubre de 2000, la Unión Europea no sólo ha indicado que los 871 millones de dólares de su ayuda a Colombia irán principalmente destinados a programas de «fortalecimiento de las instituciones» y de «desarrollo social», sino, sobre todo, que esta ayuda económica se sitúa claramente fuera del marco del «Plan Colombia» con el fin de no avalar su postigo militar. Tras la ruptura del proceso de paz, a comienzos del año 2002, la ayuda militar de los Estados Unidos, situándose por tanto en el



marco de la lucha contra el terrorismo, se ha incrementado todavía más y podría sobrepasar los dos mil millones de dólares a comienzos de 2004.

La lucha contra el terrorismo no es pues, en este caso, más que un pretexto de los Estados Unidos para luchar contra los movimientos de guerrillas que utilizan esporádicamente «métodos terroristas», pero que no conforman movimientos terroristas propiamente dichos en el sentido que podemos dar a este término²⁷. En el caso de los talibanes, es probable que los beneficios anuales que les procuraba la droga (de cincuenta a cien millones de dólares) les haya servido, ante todo, para reforzar su potencial militar contra la Alianza del Norte y para hacer funcionar un mínimo de estructuras administrativas en el país. Contrariamente a lo que pretendían hacer creer los Estados Unidos y sus aliados, no es verosímil que Bin Laden haya sido financiado por ellos, sino más bien que ha recurrido a su fortuna personal, a la de personas próximas y a los recursos de árabes ricos (saudíes y súbditos de los Emiratos Árabes Unidos) que sostenían, y continúan sosteniendo desde el 11 de septiembre de 2001, las redes islamistas y terroristas.

Pero, si en el caso de la lucha contra las guerrillas autodenominadas marxistas, en un territorio considerado esencial para la estabilidad del norte del continente sudamericano y del Caribe, es el motivo principal de la intervención de los Estados Unidos en Colombia²⁸, no lo es menos que este país sea el principal proveedor de cocaína para su mercado. Pero, en otros casos, el pretexto de la

lucha contra la droga se ha utilizado en los casos de países que en absoluto están implicados en el tráfico de drogas, o que realizan meritorios esfuerzos para combatirlo. Así, Irán, en su lucha para evitar el tránsito de los opiáceos afganos por su territorio, perdió a 3.000 hombres en una quincena de años. Se hizo otro desembolso de mil millones de dólares para la construcción de muros que cercasen los valles afganos y pakistaníes contiguos a Irán. Sin embargo, desde finales de los ochenta, los Estados Unidos han situado a Irán al lado de países como Birmania, Afganistán o Nigeria, en la lista de países «no cualificados», es decir, que «no hacen los esfuerzos suficientes en la lucha contra la droga». Esto ha implicado no sólo la anulación de toda ayuda económica por parte de Washington (de todos modos inexistente), sino también, y lo que es más grave, su voto negativo en todas las instancias económicas internacionales en las que Irán estaba involucrada.

«La guerra contra la droga» tiene un bello porvenir frente a ella

Numerosos países del mundo han tomado conciencia de esta utilización de la guerra contra la droga para otros fines. Es, en particular, el caso de los que, como la mayor parte de países europeos, han hecho de la «reducción de riesgos»²⁹ el arma principal de la lucha contra la toxicomanía y, con ello, de la «oferta de drogas». A ellos se han unido países importantes como Méjico o Australia.



Pero los Estados Unidos conservan aliados no sólo entre los países desarrollados como Suecia o Japón. Su influencia se ha hecho sentir a nivel de los órganos de las Naciones Unidas como la UNODOC y el Órgano de Control Internacional de Estupefacientes (OICS) y, sobre todo, la Comisión de Estupefacientes, expresión de la comunidad internacional, de la que forman parte una cincuenta de países. En efecto, los países emergentes o en vías de desarrollo, que son los más numerosos, defienden a veces posiciones más represivas que las de Washington, tanto a nivel de las políticas nacionales en materia de toxicomanía como sobre el plan de la lucha internacional contra las drogas.

Esta actitud se explica por varias razones. Para algunos de ellos deriva del hecho de que se trata de sociedades no democráticas -China, Malasia, Arabia Saudí o Irán- que castigan severamente todas las desviaciones visibles y aplican la pena de muerte por algunas decenas de gramos de drogas duras. Para otros, se trata simplemente de la consecuencia de la fascinación ejercida por el «modelo americano», o de un oportunismo que les empuja a adoptar lo que se percibe como la posición dominante entre los países ricos. Una tercera categoría pretende, a través de medidas punitivas, correr una cortina de humo por delante de los tipos de tráfico a los que se libran sus élites. Estos países tratan a los consumidores como a delincuentes, a los pequeños traficantes como a peligrosos criminales, y están dispuestos a apoyar todas las cruzadas antidroga en la medida en la

que ellos no son el blanco de tiro. Los Estados Unidos encuentran ahí apoyos que imposibilitan toda evolución de la política internacional en este ámbito.

Y más determinante que el que los europeos se hayan mostrado lo suficientemente participativos en el caso de Colombia, es que este país se posiciona al lado de los Estados Unidos. Pero en lo que concierne a África, por ejemplo, la actitud de las antiguas potencias coloniales -Francia, Reino Unido, España, y Portugal- está lejos de ser siempre lo suficientemente firme con determinados gobiernos del continente implicados en el tráfico. Por no hablar de la complacencia de la que ellas hacen gala, a la vista de la existencia de centros de blanqueo como Jersey para el Reino Unido, o Saint-Martin/Sint Marteen para Francia y los Países Bajos. Estas ambigüedades y contradicciones no son sólo un obstáculo para la lucha contra la gran criminalidad en el ámbito de los estupefacientes, sino que pueden, además, revelarse como un obstáculo para la resolución de conflictos, como lo sugiere el caso de Colombia. En fin, que los sucesos del 11 de septiembre de 2001 han permitido a Washington determinar la asimilación de drogas y terrorismo y hacer callar de nuevo a quienes ponen en tela de juicio su política.

Notas

1. En inglés, United Nations Office on Drugs and Crime.
2. «2004 World Drug Report», Volume 1: Analysis; Volume 2: Statistics.



3. Un 3% de la población mundial o un 4,7% de la población con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años.
4. Theo Roncken (ed) «The Drug War in the Skies, The U.S «Air Bridge Denial» Strategy: The Success of a Failure», Acción Andina/ Transnational Institute, Cochabamba (Bolivia), mayo 1999.
5. Alain Labrousse «Pérou: enjeux politico-militaires de la production et du trafic des drogues» en «Socio-économie de la drogue dans les pays andins», Problèmes d'Amérique Latine, nº 18, julio-septiembre 1995, La Documentation Française.
6. Véase a este respecto Alain Labrousse «Le marché mondial des drogues» en Futurible, nº 222 de julio-agosto de 1997.
7. Esta reducción no se atribuye a los generales birmanos que participan en el tráfico. Ciertos expertos independientes estiman que en 1995, la producción había sido sensiblemente subestimada. A continuación, un ciclo de sequía extremadamente severo habría afectado a los cultivos. Finalmente, los traficantes birmanos han diversificado su producción de droga, fabricando toneladas de anfetaminas que inundan el mercado tailandés.
8. United Nations Office on Drugs and Crime (ODC) «The Opium Economy in Afghanistan. An International Problem», New York/ Vienne, 2003.
9. Idem
10. The Scotsman (UK), 24 de noviembre de 2003.
11. Amy Waldman «Afghan route to Prosperity – Grows Poppies», The New York Times, 10 de abril de 2004.
12. Ibid.
13. En el África subsahariana, la situación no ha evolucionado de manera destacable según se describe en Futurible, op.cité
14. UNODOC/ Reino de Marruecos «Maroc. Enquête sur le cannabis 2003», diciembre de 2003.
15. Para obtener datos sobre la producción de estas sustancias en 1997, véase Futurible, op.cité.
16. Véanse los capítulos correspondientes a estos países en Alain Labrousse *Dictionnaire géopolitique des drogues*. Bruselas, De Boeck, 2002.
17. Se trata de uno de los más grandes negocios de tráfico de heroína entre Italia y los Estados Unidos, llevado a juicio en los años ochenta: algunas pizzerías de Nueva York se utilizaban como lugar de distribución de la heroína y de blanqueo del dinero que reportaba el tráfico.
18. Alain Labrousse (ed) *Dictionnaire géopolitique des drogues*, Bruselas, De Boeck, 2002. El autor del capítulo de España es el investigador Carlos Resa Nestares, C. «La delincuencia organizada transnacional en España» en Revista de Seguridad Pública, nº 31, 1999, pp. 31-48.
19. Ibid.
20. La Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos contra la Salud
21. Michel Koutouzis «Drogues à l'Est: logique des guerres et de marché», IFRI Politique étrangère 1/95 pp. 233-244.
22. El precio que ha de pagar el consumidor está multiplicado por 1000, y hasta por 2500, tomando como referencia el que establece en el origen el productor.
23. Véase Alain Labrousse *Drogue un marché de dupes*. Paris: Editions Alternatives, p. 78.
24. OGD, capítulo «Afghanistan» en «Géopolitique mondiale des drogues 1998-1999».
25. OGD, capítulo «Sénégal» en «Géopolitique mondiale des drogues 1995-1996» y «Géopolitique mondiale des drogues 1997-1998», op. Cité
26. Hernando Calvo Ospina «Les paramilitaires au coeur du terrorisme d'État colombien» en Le Monde Diplomatique, abril de 2003, pp. 10-11.
27. A este respecto véase Alain Labrousse «drogue et terrorisme, les liens du sang» en Politique Internationale invierno 2002-2003.
28. Hay que destacar que ellos perdieron sus bases militares en Panamá a finales de 1999, y que el gobierno de este país no les ha negado transformarlas en centros internacionales contra la droga. Por otro lado, la Venezuela de Hugo Chávez les ha prohibido sobrevolar su territorio.
29. *Harm reduction*, que los canadienses traducen como «réduction des dommages».