

DROGAS: UNA NECESARIA REVISIÓN EDUCATIVA

Drugs: a necessary educational review

Alfonso GARCÍA MARTÍNEZ y Antonia María SÁNCHEZ LÁZARO
Universidad de Murcia

RESUMEN: La prevención de las drogodependencias ha sido, y continúa siendo una de las problemáticas sociales que más han preocupado a nuestra sociedad, eco de ello, y en un intento de poner vías de solución, el Plan Nacional sobre Drogas lleva ya trabajando en esta contienda veinte años. Ha llegado, pues, el momento de conocer los resultados, sus interpretaciones, corregir los errores y seguir apostando por una sociedad preparada para vivir en un mundo donde las drogas existen, han sido consumidas y seguirán siéndolo, donde su uso no constituya un problema social, y contribuya a mejorar nuestra calidad de vida en vez de menguarla. Todo análisis no puede ser desligado del contexto en el que se ha ido configurando, y nuestra contribución pretende proyectar algo de luz sobre este contexto guiado por unos modelos de intervención que, aunque aparentemente se presentan como opuestos, han funcionado como complementarios, si bien es cierto que se hace necesario seguir apostando por acciones educativas para la salud que capaciten a los individuos y a las sociedades.

PALABRAS CLAVE: drogodependencias, prevención, capacitación, educación para la salud.

SUMMARY: The prevention of the drug addictions has been and continues being one of problematic the social ones that have worried to our society, an echo of it, and in an attempt to put on new routes of solution, the National Plan on Drugs takes already working in this fight twenty years. It has arrived, then, the moment to know the results, his interpretations, for correcting the errors and for continuing betting by a prepared society to live in a world where the drugs exist, they have been consumed and they will continue being it, where its use does not constitute a social problem, and contributes to improve our quality of life instead of diminishing it. All analysis cannot be separated of the context in which it has been formed, and our contribution tries to add some light on this context guided by some intervention models that although apparently appear like opposite, they have worked like complementary, it is of course true that it becomes necessary to continue betting by the educative actions from the health education that empower to the individuals and the societies.

KEY WORDS: Drug addictions, Prevention, Empowerment, Health Education.

Introducción

A estas alturas del desarrollo del conocimiento sobre el tema de las drogodependencias, deberíamos ser conscientes de que el llamado “problema de la droga” no viene definido solamente por el conflicto o relación de un individuo con las sustancias, sino, sobre todo, por cómo ven y viven ese conflicto o relación los demás miembros de la sociedad, es decir, por la percepción social que se va generando en torno al fenómeno de las drogas. Así, la sociedad elabora, produce y reproduce procesos estigmatizadores que se plasman en prejuicios e ideas previas, que, de forma general, son tomadas como referencia de análisis (Rengel, 2004). Esta circunstancia queda meridianamente reflejada en fenómenos como el de las drogodependencias, donde apreciamos cómo la información al gran público ha sido tratada fundamentalmente desde una vertiente sensacionalista, y se ha creado una imagen diabólica de los drogodependientes que ha llegado a convertirse en no poca medida en componente básico del caldo de cultivo de una serie de actitudes basadas en el egoísmo, la insolidaridad y el rechazo (Sáez, 2004). Aunque son muy diversas las formas que han adoptado los modelos de intervención en drogodependencias, nosotros nos detendremos en esta ocasión en las propuestas del modelo promocional y sus implicaciones teórico prácticas para la intervención socioeducativa.

Toda la experiencia acumulada apunta a una constatación ineludible de cara al futuro: trabajar en prevención de drogodependencias pasa por abordar dicho fenómeno desde la perspectiva promocional de la Educación para la salud. Ésta sostiene que el consumo de drogas es, por encima de todo, un fenómeno social del cual se deriva una determinada problemática que afecta esencialmente a la salud de los ciudadanos; las sustancias que más problemas generan a la población no son principalmente las drogas ilegales sino, a la inversa, las legales (alcohol, tabaco y, en ciertos casos, medicamentos) debido a los grandes niveles de consumo de éstas, y las soluciones, lejos de venir del aparato represivo del Estado, están en manos del propio tejido social, concienciándose de que es posible superar situaciones de adicción y asumir modelos de conducta y estilos de vida saludables, articulando el fomento educativo de las capacidades individuales (autonomía) con la disponibilidad de recursos públicos y de implicación efectiva de las comunidades.

El modelo de Educación para la salud que articulamos para llevar a cabo las políticas de prevención en drogodependencias ha sido recogido por García, Sáez y Escarbajal (2000) y se incardina en una perspectiva ‘creadora de salud’ (salutogénica), (Polaino Lorente, 1987). Su punto de partida educativo se sitúa en la necesidad de desarrollar el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud, posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico y social de los escolares, favorecer buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno, partiendo de un enfoque comunitario y ecológico de la acción educativa para la salud.

La Educación para la salud se convierte –algo sobre lo que, al menos teóricamente, hay un significativo acuerdo– en una de las mejores respuestas para prevenir

situaciones de desventaja y conflicto, posibilitando la intervención para la mejora de los procesos de prevención y el reestablecimiento de la salud, así como la promoción de estilos de vida saludables, ofreciendo alternativas y modos de vida que permitan una vida más equilibrada y que, favoreciendo la inclusión y participación sociales, combatan las diversas formas de marginación social (Soto, 2001). Lógicamente, esta actividad requiere, como una condición ineludible, de la participación de los interesados en la construcción de su realidad social de salud, para adquirir conocimientos y modos de ejercerlos en relación a su salud y la calidad de sus vidas (García, Sáez y Escarbajal, 2000). Pero, ¿cómo se puede facilitar este aprendizaje? Para conseguirlo parece claro que la tarea educativa debe dejar de presentarse como inculcación para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse libremente, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios para dar respuesta a sus necesidades. La tarea, en efecto, no es fácil, como ya ha advertido Castillo (1998: 39), ya que:

“Entre otras razones las personas aprenden, pero no siempre lo que uno quiere que aprendan. Por otra parte, hay que preguntarse con qué derecho podemos pretender que los demás sean como uno quiere que sean. Existen límites poco claros entre el terreno en el que puedan caber imposiciones sociales de conductas, inspiradas en el saber científico y orientadas hacia el bien común y un indispensable territorio de decisiones personales dejadas al libre arbitrio de cada cual. Porque el saber científico cambia, porque la moral cambia, porque cambia con la cultura la importancia que tiene el individuo a lo largo de su vida en el seno de cada comunidad.”

A la hora de hablar de los efectos que socialmente han tenido las prácticas educativas para la salud, hemos de ser conscientes de la complejidad que conlleva identificar los comportamientos individuales y sociales que favorecen estilos de vida saludables. Llegados a este punto la evaluación de los resultados de los programas realizados ha de contribuir a obtener y mejorar los conocimientos sobre el cambio social y sus determinantes, así como a identificar los factores que realmente contribuyen a la mejora de nuestra calidad de vida (IUHPE, 2003). Por tanto, la evaluación de los programas debe confirmar si la acción educativa para la salud está produciendo beneficios y si éstos son demostrables. ¿Cómo sabemos si los objetivos que persigue la acción educativa para la salud han sido alcanzados o no?

Una pista, sobre la posibilidad de implantación de estos programas y sus efectos positivos sobre la mejora de la calidad de vida de los individuos y las comunidades, nos la puede proporcionar el programa *Poverty and Health: tools for change* de UK Public Health Alliance, (1998) que identificó y describió ejemplos de prácticas promocionales que habían dado buenos resultados y que pueden servir de guía a la hora de diseñar intervenciones eficaces de promoción de la salud, entre las que sobresalen:

1. Una mayor implicación de la comunidad.
2. Mayores ingresos económicos para las personas y las comunidades, como resultado de un aumento del empleo entre la población local.

3. Una mejora de la calidad de vida y el bienestar de las comunidades, como resultado de la toma de contacto con personas aisladas y de la mejora de su autoestima, motivación y habilidades.
4. Un mejor apoyo comunitario, como resultado de la prestación de servicios
5. Mejores relaciones entre no profesionales y profesionales, como resultado de la creación de alianzas entre colaboradores y el desarrollo de grupos de trabajo destinados a abordar la pobreza y la salud.
6. Una mayor comprensión de la salud como una cuestión comunitaria, como resultado de una mayor conciencia entre los profesionales de salud de que los ingresos y la vivienda son temas de salud.

Así, la promoción de la salud está directamente relacionada con el desarrollo de la comunidad y de la mejora de las condiciones de vida, y ésta pasa por la mejora de las condiciones socioeconómicas relacionadas con los ingresos económicos, la educación y el empleo, entre otras. No obstante, traducir en acciones reales los postulados de la promoción y la educación para la salud es una propuesta compleja, pero posible como han reflejado proyectos realizados en países como Canadá (IUHPE, 2003). Sin embargo queremos dejar constancia de que estos presupuestos no son compatibles con sociedades que basan sus estrategias de intervención en el miedo, en la delegación de la responsabilidad en los técnicos de salud, y en las fórmulas mágicas como remedio para aliviar el dolor. Avanzar hacia sociedades más saludables requiere necesariamente un cambio social que apueste por individuos y comunidades cada vez más libres.

En este sentido, observamos que el Plan Nacional sobre Drogas se fundamenta prioritariamente en la prevención de los consumos y sus consecuencias, con especial atención al alcohol, al tabaco y a los consumos emergentes de carácter recreativo. De hecho, la prevención se configura como el eje fundamental sobre el cual se articula la Estrategia Nacional sobre Drogas. Porque las medidas y objetivos tendentes a conseguir una mayor implicación de la sociedad civil a través de la sensibilización y concienciación, así como de la modificación de los estereotipos sociales acerca de los distintos consumos que permitan mejorar la efectividad de las intervenciones, acompañadas prioritariamente de otra serie de acciones encaminadas a la generación de los programas preventivos y la evaluación de su eficacia, nos permitirán construir un contexto en el que los consumos de drogas no sean dramáticos.

Como ya hemos adelantado, la prevención aparece como el objetivo prioritario del Plan Nacional sobre drogodependencias, primacía que también es asumida por todas las instituciones que tienen competencia en esta materia. A su vez, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogodependencias trata de definir una política estratégica global que permita la estabilidad de los programas y actuaciones dentro de este ámbito, su evaluación y continua mejora. A través de los diferentes aspectos mencionados, se trata de cumplir los objetivos establecidos por la Estrategia del Plan Nacional sobre Drogas 2000-2008 (PNsD): que sea participativo e integrador, que aborde las drogas desde una perspectiva global, que busque la gene-

ralización de la prevención escolar, que prevenga en el medio laboral, que normalice la asistencia a los drogodependientes, que garantice su plena cobertura asistencial e integración socio-laboral, que potencie la investigación y la formación, que apueste por la capacitación de los individuos y el desarrollo saludable de las comunidades.

En resumen, la idea generalizada acerca de este área es que la consideramos, por una parte, “privilegiada”, en el sentido de que los Planes pueden dedicarse en mayor medida a la prevención, una vez que las necesidades asistenciales se encuentran cubiertas, y, por otra, que es difícil de “vender”, al tener que apreciarse necesariamente los resultados de sus actuaciones a largo plazo y ser difícilmente evaluables (Trinidad, 2005). Sin embargo, se ha avanzado mucho en los últimos años y se ha empezado a “creer en la prevención”, reduciendo las charlas de los expertos en los colegios y elaborando programas validados e integrados en el marco general de Educación para la Salud. No obstante, consideramos necesario seguir avanzando, implicando a todos, especialmente a las familias, profesores y al resto de la sociedad.

Drogas y etiquetado social

A pesar de todo, el campo de las drogas es una de esas zonas de la vida social que están estigmatizadas, un estigma que se ha ido agravando a través de la construcción social del “problema de la droga”. Es evidente que esta estigmatización es también contextual y que puede tener diversos grados, desde que se trate de drogas institucionalizadas o no institucionalizadas, hasta cuál sea el ambiente que consideramos a nivel microsociedad: en un ambiente contracultural (u otros más amplios, según el país) un fumador de marihuana quizás no esté estigmatizado, mientras que, en otros, un alcohólico puede estarlo. Pero, sea como fuese, desde el punto de vista de las representaciones sociales dominantes, el tema de las drogas en general remite a un tipo de estigma, esto es, a considerarlas como una mancha, como una lacra con la que lo mejor que se puede hacer es no mencionarla y, si se hace, tratarla como una especie de ‘peste’. Ahora bien, desde Durkheim, sabemos que cuando se señala un determinado tipo de actividad como infamante no es tanto para incidir en los cambios de comportamiento de aquellos que están involucrados en dicha actividad, como para controlarlos mejor, aislándolos del resto de la población a la que, al mismo tiempo, se quiere preservar de la “contaminación” de dicho grupo. Y la construcción del “problema de la droga” no escapa a esta lógica.

A partir de su criminalización se ponen de manifiesto todas las condiciones para que una actividad que podía tener sus aspectos positivos y negativos como cualquier otra área de la vida social, se convierta en especialmente conflictiva a nivel social e incluso dañina para una parte significativa de los que la practican, que son los que recibirán la etiqueta de “drogadictos” o drogodependientes. Es una manifestación de la profecía que se autocumple. Los “drogadictos” pasan a representar, en el imaginario colectivo, al conjunto de usuarios de drogas, con lo que crea la alarma social

que justificará la reacción social a través de la cual actuará el Estado, acompañado como no podía ser menos de algunas gentes bienintencionadas, dispuestas siempre a dar lo mejor de sí mismas para su más completo lucimiento social y para presentarse ante los poderes y la opinión pública como los campeones de la estabilidad y el orden sociales.

La investigación sobre drogas no ha escapado tampoco a esta identificación con las lógicas emanadas del sentido común dominante. No podría hacerlo en modo alguno desde el modelo penal ni desde el modelo médico que toman como punto de partida la equiparación de las drogas con “el mal”, pero tampoco lo ha hecho en muchos casos desde el modelo sociocultural, que se ha visto sistemáticamente influenciado por el modelo dominante del positivismo que sustituía la reflexión crítica por el recuento estadístico o por la puesta en marcha de ejercicios tecnológicos. Así, se hablaba de las características generales de los “drogadictos” a partir sólo de poblaciones institucionalizadas (en cárceles, en hospitales, etc.); se atribuían algunas conductas (¡antisociales!) a los efectos farmacológicos automáticos de determinadas sustancias, probadas previamente en laboratorios con animales, y cuyos resultados se extrapolaban a usuarios humanos; o se hacían encuestas a la población, en las que, utilizando conceptos tan connotados emocionalmente como los de “droga”, “drogadictos” y similares, se imponía a los encuestados un determinado lenguaje -con su correspondiente visión del mundo- induciendo las respuestas que finalmente prevalecerían.

Las drogas ilegales

Su denominación, obviamente, responde a su estatuto jurídico, es decir, son sustancias prohibidas *actualmente* por la legislación, lo que no impide su incidencia generalizada, a través de los mercados clandestinos en las mismas sociedades que las han ilegalizado, ni significa que hayan tenido siempre esa consideración. Nuestro análisis se remite a aquellas que tienen un mayor impacto en sociedades occidentales como la nuestra. Ahora bien, ¿cuáles son estas sustancias casi míticas que llamamos drogas y cuál es su naturaleza? ¿Qué es lo que se espera de ellas para, a pesar de todo, llegar a consumirlas y qué es lo que aportan a los consumidores?

En efecto, desde el principio del análisis del consumo de drogas nos encontramos con una ambigüedad imposible de soslayar. ¿Cómo hemos de considerar, y clasificar, al indio de los Andes que, desde hace siglos, mastica su hoja de coca para evitar el hambre, la fatiga y el frío; como un drogadicto? ¿Y el honorable sujeto que al salir de una comilona bien regada con alcohol, toma el volante con cuatro gramos de alcohol en la sangre y en la carretera atropella a varias personas, es también un drogadicto? ¿Qué tienen ellos en común con el adolescente que en el transcurso de una velada le da algunas caladas a un porro de *cannabis*, o con el deportista de alto nivel, atiborrado de creatina y dopado con anabolizantes, que, durante la competición, muestra orgulloso los colores de su agradecido país?

Como vemos, la palabra droga designa una multitud de sustancias que se utilizan para fines diversos. A las citadas habría que añadir una lista considerable, entre las que algunas como el alcohol, el tabaco, el café y una amplia variedad de productos que son perfectamente legales y que, a menudo expedidos bajo receta médica, actúan sobre nuestro sistema nervioso (somniaferos, tranquilizantes, antidepresivos, neurolépticos, excitantes, y un largo etcétera). A todo ello podemos añadir la extensa gama de productos vendidos en la farmacia y abandonados después de su uso -éter, diversos medicamentos que contienen opio, cocaína, morfina, láudano, jarabes anticatarrales, vasodilatadores, etc.-. Para no quedarnos cortos en la enumeración, podemos mencionar también el pegamento, la gasolina y ciertos barnices o quitamanchas, sin olvidar la amplia gama de sodas a base de coca existente en el mercado.

En esta situación, las paradojas no pueden sino aparecer. Si nos atenemos a los datos puramente objetivos, elaborados por las autoridades sanitarias, es evidente que el tabaco y el alcohol son las dos mayores plagas de nuestro país, mientras que las drogas ilícitas sólo alcanzan a una ínfima parte de la población contra la que, sin embargo, se aplica el más sofisticado arsenal represivo y se proyecta el mayor temor de la sociedad. Se puede argumentar que se trata de un asunto cultural, pero también es verdad que el tabaco y el alcohol abastecen de sustanciales recursos económicos al Estado (en torno al 15% del PIB), aparte de crear empleos y hacer posible la subsistencia de regiones enteras.

Reducción del daño y normalización

Frente a este sesgo interesado y poco práctico, si hemos de juzgar por los resultados derivados de su aplicación, una política de reducción de daños debe poder implicar un reconocimiento de los usuarios como ciudadanos de pleno derecho, con los que habrá que tener una relación fluida que permita conocer sus necesidades y negociar una serie de medidas profilácticas, o un reconocimiento de la necesidad de adquirir una “cultura positiva de las drogas” que contribuya a minimizar sus aspectos de mayor riesgo. Lo que hay, pues, que plantearse es la optimización de las consecuencias del uso de drogas, es decir, incorporar dos aspectos complementarios como son la reducción de daños y el aumento de beneficios (reducción de la prevalencia de los daños relacionados con las drogas frente al todo o nada que supone la (imposible) pretensión de “eliminar la droga”). En contraposición a este quimérico objetivo, una política “normalizadora” de las drogas permitiría, entre otras cosas.

1. Desactivar la actual estructura económica de las drogas ilegales (el contrabando sería un sector marginal económica y simbólicamente).
2. Poder establecer un sistema de control real sobre la circulación de las drogas, del tipo existente para medicamentos y alimentos. Eliminar el “mercado negro” que adultera la droga y provoca graves daños a la salud pública.
3. Eliminar la percepción distorsionada de las drogas y permitir una educación coherente sobre el tema en el marco de la promoción de la salud. Facilitar

la participación en las tareas preventivas, como un aspecto más de la vida social.

4. Desactivar la imagen de “poderío” con que se ha adornado a “la droga” por parte del paradigma hegemónico. Eliminar su prestigio simbólico (placer mágico, mucho dinero asociado, juego con la muerte).
5. Contener las enfermedades infecciosas vinculadas a las condiciones y formas de uso de las drogas (criminalización): sida, hepatitis, tuberculosis, etc.
6. Crear barreras a la criminalización de consumidores de otras drogas (como el *cannabis*) evitando sufrimientos innecesarios a los usuarios y gastos socioeconómicos inútiles al Estado.
7. Evitar la corrupción y la arbitrariedad de distintos poderes públicos: la actual política crea una “zona oscura” que lo permite y que, a menudo, mediatiza la vida pública.
8. Posibilitar que los afectados puedan asumir la gestión de los conflictos, como algo propio (lo que no excluye en absoluto la ayuda ni la orientación de los expertos en la solución de problemas a cualquier nivel).

Frente a estos beneficios, aunque sean limitados, la construcción social del “problema de la droga” no ha hecho sino crear otro “chivo expiatorio”, que como muchos otros “malos” confirma a los “buenos” la justeza de su comportamiento y de la situación de preeminencia social adquirida, ayudando así a superar las dudas que pudieran tener, con lo que se tiende a justificar y reforzar un determinado orden social. Las drogas y los discursos que genera el debate sobre dicho concepto se han convertido, además de en un *leitmotiv* polivalente, en un lenguaje que permite aprehender la realidad y orientar la actuación sobre ella de tal manera que los problemas reales a los que se hace referencia queden enmascarados. El lugar central que el “mito de la droga” ha llegado a ocupar en nuestra sociedad hace que todo lo relacionado con él sea objeto más o menos inmediato de atención. Mientras que toda una serie de problemas, muchos de ellos estructurales, que están en la base de las dificultades y angustias existenciales sufridas por amplias capas de la población quedan silenciados, por la dificultad de encontrar un lenguaje con el que elaborarlos, con el que identificar las causas profundas de sus cuitas cotidianas, esto es, que ponga de manifiesto las realidades que, en vez de ser presentadas a la luz pública, se ocultan.

Los toxicómanos

Según pone de manifiesto Olievenstein (2000: 10), “los toxicómanos no son ni delincuentes que pueden ser reeducados por el trabajo, ni enfermos que pueden ser curados con productos mágicos. Son seres humanos que tienen una relación particular con la droga, como la tienen otros con el alcohol, el tabaco o los tranquilizantes”, esto es, las sustancias no incluidas en el índice de productos diabólicos por la Administración norteamericana. De hecho, los toxicómanos están entre nosotros y a veces

perfectamente “integrados”. Las toxicomanías, siendo plásticas y adaptativas como lo son, se resisten a desaparecer, adaptándose maravillosamente a todas las situaciones, a todas las represiones, puesto que nacen de una necesidad, de una carencia, de un desafío, de una búsqueda febril de algo diferente. Estas fuentes antropológicas de las toxicomanías subsisten y, con toda probabilidad, subsistirán todavía durante mucho tiempo.

Dadas las diferencias socioculturales, además, cada sociedad engendra las toxicomanías que le son propias, a la vez que carece de receta o remedio milagroso capaz de dar una respuesta a los que profundizan demasiado en sus misterios. Y las sociedades plurales repercuten esos modos de actuación en sus diversos y, a menudo, compartimentados componentes. Porque ¿qué representa la droga: la alegría, el ansia de vivir? Tal y como aparece la realidad de su consumo, en nuestros días, la droga lleva impresa la marca de la tristeza, de la mediocridad, del hastío. Con la excepción del porro que se pasa de uno a otro o del éxtasis que se toma para actuar al unísono con otros, el resto de sustancias cada cual las toma en su rincón, apartado y lejos de los demás.

¿Qué lleva a consumir las drogas? Sin duda, algo que acerca al placer; sin él el fenómeno droga no existiría. La droga, por tanto, es buena, muy buena; hay que decirlo y todo discurso sobre las toxicomanías debe partir de este hecho. Ignorar el placer cuando se habla de la droga, significa eludir la dimensión hedonista, sin embargo central, que establece el lazo inicial entre el toxicómano y su producto. Lo malo es el resultado de ese placer único, que según los usuarios nada tienen que ver con el sexual. Incluso para repetir la vuelta al paraíso se usa un instrumento de tortura (la jeringuilla). Ese placer único, tan potente, es el que transforma al gozador satisfecho en esclavo de su producto (desfondamiento de Sisa). Pero el motor que lleva a esta búsqueda de placer, lo desconocemos, al menos no es un sólo motor. Parece ser que entre ellos se encuentran varios elementos, el propio producto, las características individuales del consumidor y el momento sociocultural en que el trato con las drogas se produce. Cuando tales elementos coinciden o convergen, es cuando la toxicomanía encuentra el terreno abonado para desplegarse. Por tanto, el enganche a las drogas forma parte del poco iluminado territorio del deseo (explicación del placer negativo). Se trata de un fenómeno psíquico activo. La accesibilidad al producto no basta para provocar una dependencia.

Una aproximación a la situación actual

¿Cuál es el estado actual de la droga? En ciertos barrios, a menudo es suficiente con recorrer unos metros para que un camello ofrezca su mercancía. En los establecimientos escolares, algunos compañeros son los proveedores habituales, sin necesidad de que un revendedor capte a los alumnos a la puerta del colegio. Para muchos usuarios, ofrecer droga no representa forzosamente un comportamiento de proselitismo mercantil. Entre los jóvenes, en particular, es agradable compartir su

pasión con alguien, como en el caso de esnifar juntos, ya que esto crea lazos muy singulares. Este mismo comportamiento se da en relación con las formas de consumo del alcohol: emborracharse con amigos está considerado como un momento de comunión cuyo recuerdo se evocará en lo sucesivo con placer. Los alcohólicos impenitentes se asombran de que no bebamos o de que lo hagamos poco y suelen invitarnos a ir a junto a ellos para “tomar un trago”. El gesto natural de una persona que fuma tabaco es el de ofrecernos. Esta cortesía social y ritual no está de hecho ausente en el mundo de la droga.

Sin embargo, si bastase con encontrar el producto en la calle para convertirse en toxicómano, la mayor parte de los alumnos de instituto lo serían. Ahora bien, en el seno de un grupo de compañeros que fuman o esnifan, sólo unos pocos pasan a tener un uso más frecuente y a la toxicomanía, mientras que la mayor parte lo dejarán estar. Se puede observar este hecho desconcertante en lo que sucede a los enfermos a los que se les suministra morfina durante varios meses y en dosis más elevadas que las que consume el toxicómano habitual: cuando el tratamiento de choque se detiene, solamente el 10% de estas personas se encuentra con síndrome de abstinencia. El mismo fenómeno se produjo entre los soldados americanos consumidores de droga a su vuelta del Vietnam.

El enganche es parte del territorio del deseo. Es un fenómeno psíquico activo. La accesibilidad al producto no basta, pues, para generar una dependencia. Considerar el problema de la toxicomanía bajo este único ángulo conduce a estrategias de lucha no sólo ineficaces, sino a menudo catastróficas. Así, mientras las compañías de soldados sudamericanos, pagados por los Estados Unidos y que lanzan desde helicópteros toneladas de productos químicos defoliantes sobre las campos de coca, realizan una acción que se puede calificar de insensata, por otro lado, este mismo país sostiene regímenes que viven abiertamente del tráfico de drogas. De todas formas, dado que la atracción por el dinero y el deseo de drogas son cada vez más poderosos en el mundo, el narcotráfico de desplaza o toma otra forma. Con los montones de dólares invertidos en cada una de estas operaciones de fumigación de las plantaciones se podría eliminar la miseria y los sufrimientos de numerosas poblaciones consumidoras.

La lección evidente que se desprende de la prohibición en los Estados Unidos no parece haber sido aprendida correctamente. Como es sabido, a partir de 1919 todo consumo de “bebida capaz de embriagar” fue prohibida en este país. Cantidades de botellas fueron destruidas, numerosos bares cerrados, mientras que un ejército de policías acosaron a millares de personas. Trece años más tarde, el resultado de todo ello era aplastante: la política represiva se saldaba con un rotundo fracaso. El alcohol, destilado clandestinamente y normalmente de mala calidad, podía ser consumido sin dificultad en bares clandestinos, que florecían en todos los rincones del país. El dinero engendrado por el tráfico había corrompido a buen número de policías, magistrados, políticos y enriquecido a la mafia. Ésta había podido implantarse de manera permanente en todo el territorio, mientras que los hospitales y los cementerios estaban repletos de las víctimas ocasionadas por los productos con los que se traficó.

Durante mucho tiempo, todo ha transcurrido como si estos acontecimientos, que constituían una experiencia auténticamente *in vivo*, no hubieran servido para nada. Está claro que se habían realizado análisis, pero se olvidaban de tenerlo en cuenta en la lucha contra las drogas. La idea de la represión prevalece habitualmente sobre otras consideraciones, aunque solamente sea porque se presenta como la más simple, la más lógica o la más popular ante el electorado.

La política oficial ha consistido, durante mucho tiempo, en practicar lo que se llama “el acercamiento al producto”. La fórmula aclara muy bien lo que quiere decir. Se consideraba que, siendo las drogas el origen de las toxicomanías, bastaría con hacerlas desaparecer del cuerpo y del espíritu de los ‘intoxicados’ por medio de la abstinencia forzada o de las curas de abstinencia para que el problema estuviese resuelto. Esta concepción miope ha llevado a cometer dos errores fundamentales:

1. El primero ha consistido en considerar de forma aislada cada uno de los productos psico-activos (alcohol, tabaco, tranquilizantes u otras drogas) y no dentro de un marco más general que habría permitido hacer las comparaciones pertinentes e intercambiar conocimientos de una manera más provechosa. En consecuencia, el Estado financia gravosos dispositivos legislativos, reglamentarios o sanitarios, asociaciones y equipos hospitalarios separados, generalmente sin ninguna relación entre ellos. En cuanto a las toxicomanías de origen medicamentoso, han sido prácticamente desatendidas. Es verdad que es más fácil detener a un adolescente en la calle que atacar a una multinacional poderosa que dispone de ejércitos de abogados y practican un tipo de chantaje bien conocido: “si atacáis nuestro producto, cerraremos nuestros laboratorios de investigación”. El combate se ha organizado, pues, de forma dispersa, provocando una situación confusa tanto desde el punto de vista del gasto monetario como de los recursos humanos y, lo que es más grave, en términos de eficacia. Sin embargo, se sabe que todos los productos psicoactivos que están en el origen de lo que conocemos por ‘adicción’ (la dependencia de un producto) responden a la misma forma de actuación del consumidor, sea toxicómano, alcohólico, usuario de tranquilizantes o víctima de una anorexia mental. Esta constatación, por otra parte, se manifiesta de manera evidente, en el caso de las politoxicomanías, donde productos con orígenes muy diversos se consumen simultánea o sucesivamente.
2. Este mismo modelo de “acercamiento al producto” ha provocado un segundo error de envergadura: el de llevar estas falsas presunciones al terreno legislativo, donde subyace la permanente pretensión de conseguir la abstinencia total y se rechaza la distinción entre el usuario pasajero o el de ocio y la verdadera toxicomanía, pues se considera que la posesión de un producto catalogado como ilícito es un delito. Tal orientación, que ha dado suficientes pruebas de su ineficacia, muestra fehacientemente que la sociedad que la produce y apoya se encuentra ante un desconocimiento total del problema. Lo que plantea más dudas que perspectivas abre.

No hay sociedad sin drogas

Una sociedad sin drogas es un espejismo y su negación no es sino una forma de alimentarlo. En realidad, ninguna comunidad organizada puede vivir sin amortiguadores químicos. Los que afirman que la droga es un azote como la peste y, por tanto, que desaparecerá como aquella lo hizo, olvidan que la droga es más antigua que la peste, con raíces inmemoriales y universales y que fue su paso del campo de lo sagrado al de lo profano lo que la ha hecho crecer y multiplicarse.

El miedo, la angustia, el aburrimiento, la soledad, elementos todos ellos integrantes de la condición humana, son constitutivos del recurso a las drogas, esas sustancias que pueden atenuar rápidamente el sufrimiento, dar placer o hacer soportable el mundo que nos toca vivir. Al mismo tiempo, estamos hechos de manera que nos negamos a ver que ese consumo conlleva sufrimientos y la pérdida del placer. ¿Por qué debería desaparecer ese comportamiento, incluso bajo de presión de una represión fuertemente organizada? Esta realidad, sin embargo no está siendo tenida en cuenta por los responsables de tomar decisiones al respecto. Si muchos políticos saben que un consumo con discernimiento del hachís no es peligroso ¿por qué no salen de las sombras y lo dicen públicamente? El miedo y la hipocresía del fariseísmo ésta subyaciendo a esa negación o, si se prefiere, a ese pudor o prudencia ante la sacrosanta y permanentemente manipulada opinión pública que no aceptaría que la actual represión indiscriminada se detuviera. El tabú se perpetúa.

Entonces, ¿qué hay que hacer para “vivir con drogas” en las mejores condiciones? Sin pretender elaborar una panacea universal, sí podemos apuntar algunas vías de actuación, más o menos provisionales y especialmente realistas:

1. Cambiar la legislación y su aplicación como control represivo-estigmatizante.
2. Salir de la ambigüedad que supone hacer del uso de estos productos una delincuencia masiva a la vez que somete a los usuarios a regímenes distintos según su estatuto socio-económico.
3. Convertir la caza de brujas policial y judicial en una actuación más lúcida y menos negativa, sobre bases jurídicas claras.
4. Destinar los fondos dedicados a combatir el consumo a acabar con el blanqueo de dinero en los paraísos fiscales. Aquí tenemos, además de los bancos, Andorra y Gibraltar.
5. Revisar la cadena terapéutica, de modo que sus beneficiarios no se conviertan en asistidos de por vida.
6. Modificar las prácticas médicas, observando no sólo una política de acogida que respete verdaderamente el anonimato, la gratuidad y la voluntad de los usuarios, sino también asumiendo la idea de que la toxicomanía no se refiere sólo al uso de un producto, sino que forma parte del entorno social, económico y cultural. Debemos darnos cuenta de que no es toxicómano en sí y

por sí, sino que también es el resultado de las crisis económicas, familiares, afectivas y de identidad.

7. Crear las bases educativas pertinentes para capacitar a los potenciales usuarios (todos), a partir de las instituciones educativas existentes.

Si queremos ser eficaces debemos asumir en conjunto estos problemas, lo que precisa tanto de una estructura psicopedagógica de actuación con el conjunto de la población, como de recursos sociales que resitúen en su lugar a los afectados, es decir, que propicien su inclusión social. A los que se “descuelgan” no podemos contentarnos con enviarlos a sus barrios o pueblos, sin trabajo, sin medios materiales, estigmatizados cuando no marcados por el racismo. Es decir, no se les puede poner en las mismas situaciones que les impulsan a consumir las drogas. La inversión social debe, pues, preocuparse del porvenir de los toxicómanos y de sus familias, localizando y combatiendo los elementos del orden social que estimulan el deseo de consumir drogas.

De modo más general, debe instaurarse una nueva forma de mirar y de apreciar a las drogas. Sería deseable que la opinión pública y sus responsables admitiesen que las drogas pueden tener un uso puramente recreativo e intermitente. Ello no significa que todo valga; es preciso advertir seriamente y con rigor sobre el consumo abusivo de drogas. La educación para la salud sigue siendo la mejor forma de conducir a la prevención en este sentido. Así, la toma de conciencia por los jóvenes de que la salud colectiva e individual es algo importante en sus vidas les permitirá abordar estos problemas en su complejidad, constituirse una opinión personal y desterrar los mitos y los chivos expiatorios que se les proponen, y este trabajo no es ni policial ni judicial. Teniendo en cuenta los problemas de una despenalización total, si cabría proponer una legislación más selectiva de ciertos productos, entre los que habría que empezar por el *cánnabis* que sería vendido en estancos y tratado como un producto comercial ordinario, como ya sucede sin dramas en los Países Bajos, definiendo claramente el producto que se oferta y la edad mínima de adquisición, lo cual no es incompatible con la persecución de los camellos que traten de vender a menores. De este modo, el riesgo será siempre menor, las condiciones de consumo mejores y la reducción de riesgos para la salud más clara y evidente.

La ocultación y la prohibición sólo han conseguido, en esa guerra prohibida contra las drogas, que el consumo se realice además en las peores condiciones posibles. Al mismo tiempo, la prescripción de sustancias de “sustitución” se intensifica constantemente, con lo que la perspectiva de una prescripción de por vida se aproxima peligrosamente. Muchas veces, la ceguera institucional nos impide vislumbrar la propia evolución de las drogas. Sin duda, y como suele suceder, éstas seguirán la evolución de los pilares de nuestra sociedad: liberalismo, individualismo y rentabilidad a cualquier precio. Por ello, los mayores distribuidores de drogas, las grandes firmas farmacéuticas, ya están en pie de guerra y sus vínculos con las autoridades sanitarias sólidamente establecidos. La próxima era será la de la psico-química y la ‘felicidad’ es su estandarte. La viagra ha sido una avanzadilla, pero tras ella vendrá toda una

parafernalia capaz de hacernos alcanzar el “mundo feliz” de Huxley. La prescripción de anfetaminas a niños “discolos”, hiperactivos o indisciplinados está permitiendo en no pocos casos el establecimiento de la paz familiar. ¿El objetivo? Restaurar la normalidad, haciendo que los niños entren en el molde establecido. Es posible que pronto el tratamiento sea preventivo para el *nasciturus*. La habituación a las drogas será, entonces completa. Posiblemente sea preciso continuar con los adolescentes, suministrándoles hormonas testadas para reducir las alteraciones de su libido o para que tengan mejores resultados escolares o deportivos. Las posibilidades son inmensas. Pero estas compañías tampoco se olvidan de los adultos. Las píldoras que mejoran los resultados en el trabajo ya han sido experimentadas en los *golden boys* de la Bolsa de los USA. Las píldoras rejuvenecedoras completarán este idílico panorama de una “sociedad sin drogas” que nuestros responsables políticos y técnicos nos quieren poner como aburrido marco de vida. Si bien es cierto que algunos productos de esta especie están hoy prohibidos, la cosa no durará mucho. Las multinacionales no carecen de recursos para esquivar la ley o hacerla cambiar. El chantaje, como retirar otros productos necesarios ya comercializados, no es, desde luego, intrascendente. El libre mercado no valdrá para la cocaína o la heroína, no ya para la ‘maría’, pero las drogas de laboratorio que nos preserven o nos restituyan la juventud y espanten nuestros dolores camparán sin límites.

Todo parece indicar que la vida asistida con medicamentos está a la vuelta de la esquina. Podemos absorber el producto adecuado en cada momento de nuestra vida. Cada función corporal (dormir, hacer el amor, trabajar, estar de buen humor,...) tendrá su estimulante milagroso. Tendremos píldoras de diario y píldoras de fin de semana, para las fiestas y, por qué no, para los entierros. Todo lo que sea catalogado como “anormal” justificará una medicalización. Los individuos serán así menos autónomos (¿cabría decir peligrosos?) y se convertirán en enfermos-clientes, con un seguimiento y una asistencia perpetuos. Y si los sujetos dejan de ser diferentes, se acabó la diversidad del mundo, y su único objetivo será conseguir una felicidad de encargo. Toda desviación sería considerada espantosa. Aunque es muy probable que los pobres sigan teniendo dificultades para ofrecerse esta visión rosa de la vida, porque no será gratuita, desde luego. Esta fracción del mercado con pocas posibilidades económicas seguirá utilizando las drogas clásicas o sucedáneos de las nuevas llaves del paraíso. Su papel como chivo expiatorio marginal será irremplazable entonces, al igual que lo es ahora.

La alternativa ante esta situación pasa por optar entre una sociedad consciente y activa o una masa adormecida por el confort químico. La denuncia de la estafa que supone el “no a las drogas” vacío, orientado a generar hacia una quimérica “sociedad sin drogas”, como la que proponen el Ministerio del Interior y el Plan Nacional Sobre Drogas en nuestro país, es sólo un comienzo. Pero es algo, porque esa denuncia puede abrir el debate y mostrar las cartas marcadas que actualmente lo condicionan. En esta tarea socioeducativa, el papel que habrán de jugar los educadores será, si no determinante, irremplazable.

Bibliografía

- Aiach, P. (1995). La société au miroir des inégalités de santé. *Prévenir*, 28, 29-35.
- Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy.
- Álvarez, C. y Peiró, S. (Ed.) (2000). *Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública
- Aragones, T. et al. (1994). *Drogas, legalización y sistema sociosanitario*. Barcelona: Grupo IGIA.
- Azprensa (2005). Informe sobre el plan de acción sobre drogas 2005-2008. En *Artículo de prensa*. Madrid. III (770), 19 de marzo. [En Línea][Consulta: 30 marzo 2005] URL disponible en: www.azprensa.com
- Castillo, F. (1998). *Escuela y Educación para la salud*. En A. García (Coord.), *Claves de la educación para la salud* (pp. 33-56). Murcia: Diego Marín.
- Castillo Manzano, A.J. (1997). Expectativas ante los nuevos retos en la intervención socioeducativa en drogodependencias. Nuevos desafíos ante la actuación. En *Intervención socioeducativa sobre drogodependencias en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin droga? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Elzo, J. (Coord.) (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- García, A., Sáez, J. y Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- García, A. y Sánchez, A.M. (Eds.) (2005). *Drogas, sociedad y educación*. Murcia: Universidad de Murcia.
- IUHPE (2003). *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jensen, B.B. (2000). Health knowledge and health education in the democratic health-promoting school. *Health Education*, 100 (4), 146-154.
- Megías, E. (Coord.) (2000). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD.
- Morrow, V. (2001). Using qualitative methods to elicit young people's perspectives on their environments: some ideas for community health initiatives. *Health Education Research*, 16 (3), 225-268.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2000). *Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Secretaría General Técnica.
- Polaino Lorente, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder
- Rengel, G. (2004). Drogodependientes y sida. La construcción social del otro. [En Línea][Consulta: 10 enero 2004] URL disponible En: <http://firehaired.webcindario.com/doc/dc0060.htm>

- Romaní, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Sáez, J. (2004). Sida y pobreza. [En Línea][Consulta: 20 enero 2004] URL disponible En: <http://www.cholonautas.edu.pe/pdf/SIDA%20Y%20POBREZA.pdf>
- Sánchez, A.M. (2002). *Hacia un nuevo discurso social en prevención de drogodependencias desde la Educación para la salud*. Tesina de Licenciatura. Universidad de Murcia (inédita).
- Soto, J. (Coord.) (2001). *Prevención en drogas*. Vigo: ASETIL.
- Tort Raventós, Ll. (2000). Estrategias didácticas para la adquisición de valores. En *Rev. Española de Pedagogía*, año LVIII, septiembre-diciembre, 217, 515-542.
- Trinidad, A. (Dir.) (2005). *Evaluación Diagnóstico de los Planes Autonómicos sobre Drogas, 2004*. Madrid: Ministerio del Interior, PND.
- Vega, P, Mansilla, F. (1999). Hipótesis de la susceptibilidad en drogodependencia: reflexiones para un modelo etiológico. En *Rev. Española sobre Drogodependencias*, v. 24 (1), 17-30.
- Wolgar, S. (2001). *Ciencia: abriendo la caja negra*. Barcelona: Anthropos.