

# PSICOLOGÍA Y ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA EN ESPAÑA: UNA VISIÓN HISTÓRICA

## PSYCHOLOGY AND DRUG-ADDICTION CARE IN SPAIN: A HISTORICAL VIEW

**Emiliano Martín**

*Jefe de Departamento de Familia del Ayuntamiento de Madrid. Exsubdirector General del Plan Nacional sobre Drogas*

*La historia de la atención a la drogodependencia en España es breve pero muy intensa. Este artículo revisa los principales acontecimientos y avances que jalonan su desarrollo estableciendo un paralelismo entre éstos y el proceso de implantación de la psicología en este ámbito de intervención. También se analiza y valora el papel desempeñado por los psicólogos en las diferentes etapas históricas resaltando tanto los logros como las deficiencias en la construcción de un cuerpo de conocimientos y experiencias profesionales y científicos.*

**Palabras clave:** Psicología, Drogodependencia, Historia de la drogodependencia en España

*The history of drug addiction care in Spain is brief but highly intense. The present work reviews the main events and advances that have marked its development, in parallel with the process of incorporation of psychology into this area of intervention. The article also analyzes and assesses the role of psychologists in the different historical stages, highlighting both the achievements and shortcomings in the construction of a body of professional and scientific knowledge and experience.*

**Key Words:** Psychology, Drug Addiction, Historical review, Spain.

**E**ste monográfico nos ofrece de nuevo la ocasión de reflexionar sobre la compleja relación de la psicología con la drogodependencia, relación marcada por un curioso paralelismo en sus respectivos desarrollos que no tienen una larga trayectoria pero sí una alta intensidad en ambos casos. Así, los dos monográficos anteriores de Papeles del Psicólogo aparecieron en estadios históricos bien diferentes pero significativos de la evolución de la atención al fenómeno de la drogodependencia en nuestro país. El primero se realizó en 1986, recién aprobado el Plan Nacional sobre Drogas, cuando el Colegio Oficial de Psicólogos comenzaba a recrear un marco de estudio y una estrategia para aproximar nuestra profesión a las instituciones públicas que se ocupaban de esta materia. El segundo, catorce años después, en el 2000, tras un largo proceso de consolidación caracterizado por una amplia presencia de los psicólogos en todos los ámbitos técnicos y en no pocos institucionales (Martín, 2000).

Desde entonces hasta hoy han transcurrido apenas siete años; en este breve período no se han producido cambios novedosos en la configuración del fenómeno, sin embargo han cuajado determinadas tendencias que venían apuntándose en etapas anteriores y que afectan directamente a las políticas públicas sobre drogas que se vienen aplicando en nuestro país. La más relevante es, sin lugar a dudas, la creciente apropiación del discurso de las drogas por

ciertos sectores sanitarios. En un ámbito que se había caracterizado tradicionalmente por la interdisciplinariedad, está imponiéndose, cada vez con más nitidez, una orientación reduccionista de corte biomédico que va sesgando progresivamente los estilos de intervención y capitalizando los espacios institucionales, políticos y, consecuentemente, mediáticos. De resultas, la presencia de los psicólogos parece haberse estancado y el peso específico que nuestra disciplina había adquirido en determinados espacios corre el riesgo de retroceder.

Ante esta realidad que ya pocos discuten y sus consecuencias en el inmediato futuro, cabrían plantearse numerosas preguntas acerca del papel desempeñado por los psicólogos a lo largo de estos más de veinte años, tanto sobre los aciertos y los errores de los profesionales de la psicología que hemos trabajado en este campo como sobre el grado de aprovechamiento que, como profesión, hemos alcanzado ante las indiscutibles oportunidades que este ámbito de la drogodependencia nos ha brindado: ¿Cuál es el nivel de desarrollo de la psicología en los diferentes planos de intervención ante las drogas? ¿Qué aportaciones inequívocas han hecho los psicólogos en este campo? ¿Qué lugar ocupan los psicólogos en relación con las diversas disciplinas que intervienen? ¿Qué enseñanzas cabría extraer del balance de la experiencia acumulada durante esta etapa? ¿Con qué expectativas podemos afrontar los años venideros?...

En las siguientes líneas trataremos de dar respuesta a éstas y a otras muchas preguntas que suscita este asunto.

Para ello recurriremos a una visión histórica (*Historia magister vitae*) que resulta coincidente en su metodología con otras reflexiones que se han venido realizando desde muy diversos sectores durante los últimos dos años con motivo del vigésimo aniversario del Plan Nacional sobre Drogas.

### EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Trataremos de establecer un paralelismo entre la evolución que ha sufrido el fenómeno de las drogas en nuestro país y la incidencia que ha tenido la psicología en su desarrollo. Agruparemos esta evolución en cuatro grandes etapas que van desde la configuración del problema tal y como lo ha percibido, y mayoritariamente sigue percibiéndolo, la población española, hasta la situación actual que está condicionando la inmediata evolución de la atención a la drogodependencia en nuestro país.

Antes de seguir adelante, dado que a lo largo de estas líneas se harán continuas referencias a diferentes modelos de intervención y a profesionales de una u otra disciplina, conviene precisar desde ahora que esta reflexión se ha acometido tratando de rehuir en todo momento las posiciones excluyentes, la justificación (o denigración) de modelos o la consideración global –siempre injusta– de los colectivos profesionales y las posiciones corporativas. Nadie posee la verdad, ni seguramente existirá una verdad exclusiva en relación con los variados aspectos que aquí se abordan. Por otra parte, en todas las profesiones pueden encontrarse diferentes personas y comportamientos. Si nos detenemos en los propios psicólogos, a pesar de haber realizado un indiscutible esfuerzo en defensa de la interdisciplinariedad, no nos han faltado también posturas integristas, prepotentes e intolerantes. De igual modo, no todos los psicólogos que intervienen en este campo han hecho gala de los conocimientos y competencias técnicas y profesionales propias de la psicología y han caído en aquellos errores y simplificaciones que con tanta facilidad atribuimos a otros profesionales.

### UN PROBLEMA NUEVO, UNA PROFESIÓN JOVEN

Volviendo a la clasificación histórica, podemos situar cronológicamente la primera etapa entre los años 1975 y 1985. La primera fecha coincide con la expansión masiva de drogas ilegales en nuestro país y la segunda con la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas. Ambos elementos merecen ser destacados: en un caso por el alarmino que marca toda la década de los ochenta y en otro por constituir la primera iniciativa promovida por el Go-

bierno de la Nación en este ámbito que aporta una estructura administrativa –la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas– y una dotación presupuestaria finalista.

Aunque no conviene olvidar que a finales de los sesenta se había producido un incremento importante de los consumos de alcohol que supuso el inicio del proceso de alcoholización de la sociedad española, lo más característico de esta etapa es la aparición y rápida expansión de la heroína, su impacto y la importante demanda asistencial que generó su consumo en la primera mitad de los ochenta. Puede afirmarse que este fenómeno sorprendió a la sociedad española que, durante años, permaneció inerte ante un problema que se iba expandiendo en un terreno tan abonado como era el contexto sociopolítico que ofrecía nuestra transición democrática. De hecho, en las motivaciones de muchos consumidores de opiáceos subyacían actitudes de carácter contracultural e ideológico relacionadas con un fenómeno muy de la época conocido como “pasotismo”, expresión que recogía muy gráficamente las posiciones de desencanto, insatisfacción y nihilismo que impregnaban la actitud vital de ciertos sectores juveniles.

La respuesta institucional en este período fue mínima. En los comienzos, los únicos servicios existentes de ámbito nacional eran los Dispensarios Antialcohólicos, creados en los años sesenta. A pesar de su escasa incidencia –eran pocos y dispersos por todo el país– tuvieron un cierto valor como referentes de los posteriores centros ambulatorios de drogas. Curiosamente, con ellos aparecen por primera vez los psicólogos en este ámbito como componentes secundarios de unos equipos liderados y compuestos mayoritariamente por psiquiatras.

También es de justicia destacar dos realidades territoriales que tuvieron un carácter pionero: Cataluña y País Vasco. Como después hacen el resto de las Comunidades Autónomas, estas comunidades aprovechan fenómenos emergentes del tipo de las drogas para ir dotándose de competencias a la espera del grueso de transferencias. Aunque con organizaciones y desarrollos diferentes, ambas tienen unas características muy similares: configuran los primeros programas públicos autonómicos y municipales sobre drogas (DAK, DROSS...), proponen las primeras redes asistenciales e incorporan equipos interdisciplinarios con presencia de psicólogos mucho más relevante desde luego que en el caso anterior.

Pero, el hecho cierto es que la oferta asistencial a los afectados que comienzan a demandar ayuda a principios de los ochenta, de modo angustioso en ocasiones, conti-

nuó siendo muy escasa en el conjunto del Estado durante años. En la práctica, las primeras ofertas sustanciales de plazas provienen de la iniciativa social, ligada en ocasiones a las asociaciones de familiares que ya comenzaban a organizarse. Las asociaciones pioneras tienen su origen más allá de nuestras fronteras; aunque de naturaleza y calidad asistencial bien diferenciadas, es obligatorio mencionar a las asociaciones “El Patriarca” y “Proyecto Hombre”. Ésta última ofrecía un programa terapéutico más estructurado que incluía el paso por comunidad terapéutica, pero en el caso de “El Patriarca”, como en la mayoría de las restantes asociaciones, los dispositivos más habituales fueron las denominadas “granjas”.

Surgieron granjas de muy distintas características según los componentes de sus equipos, la incorporación o no de elementos religiosos y el funcionamiento del centro. Pero, en conjunto, se concebían como dispositivos terapéuticos únicos, autosuficientes y situados en el medio rural, es decir, aislados de la realidad cotidiana de los drogodependientes. Herederas de modelos de autoayuda como el de SYNANON, tenían plena confianza en el poder curativo de la comunidad y su ambiente terapéutico y no concebían el consumo de drogas como un problema médico sino basado en causas sociales o personales.

Estos aspectos, que pueden parecer anecdóticos, han tenido sin lugar a dudas una gran relevancia en la evolución posterior del tema que nos ocupa. El marco de análisis que ha condicionado el imaginario social de las drogas en nuestro país es producto de procesos generados por circunstancias históricas tan precisas como las que se produjeron a comienzos de la década de los ochenta y por las connotaciones de una sustancia como la heroína, ligada de forma simbólica a todo lo que de extraño, desconocido, amenazador, violento, marginal, mórbido y mortífero tienen las drogas.

Un ejemplo muy esclarecedor es la consagración, durante esta etapa, de una actitud que ha sobrevolado durante años la intervención técnica en drogodependencias que consiste en considerarla como “una forma de sabiduría específica”, un asunto de iniciados más que una especialidad en el marco conceptual y metodológico de los diferentes profesionales que trabajan en este ámbito. Este problema no ha sido exclusivo de los psicólogos pero sí nos ha afectado muy directamente y ha costado muchos años combatirlo; aún así hoy quedan restos de ese discurso.

No querría terminar esta fase sin hacer una somera referencia a la prevención. La presión de la demanda asistencial ante una carencia objetiva de recursos adecuados

hizo que la prevención tuviera un papel más bien escaso. Las pocas actividades preventivas consistieron en iniciativas puntuales y sin continuidad en el tiempo. Poseían un marcado carácter informativo y ponían el énfasis en las sustancias ilegales que constituían, en aquella época, el centro de interés de los problemas de drogas

En cuanto a la presencia de los psicólogos durante esta etapa podría ser calificada de dispersa y secundaria; en cualquier caso, poco relevante colectivamente hablando. Por eso marca un hito el primer programa de formación para psicólogos que obtiene financiación de un organismo estatal, concretamente la Dirección General de Acción Social, que en el año 1984 financia los primeros cursos de formación general y específica para psicólogos en drogodependencias, proceso formativo que el COP mantiene ininterrumpidamente en los años posteriores con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas.

#### UNA OPORTUNIDAD PARA LA PSICOLOGÍA

La segunda etapa, aunque de muy corta duración, merece un tratamiento específico por su trascendencia e intensidad. En los cinco años que transcurren desde la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985 hasta el final de la década se aprueban en nuestro país la mayoría de los Planes Autonómicos sobre Drogas y algunos de los municipales más importantes. La creación de un plan global, basado en el consenso institucional, social y político generó unas grandes expectativas que, espoleadas por la presión social y al rebufo de las autonomías emergentes desembocó en una auténtica convulsión para las políticas sobre drogas en nuestro país.

Las consecuencias no se hicieron esperar: se asignaron importantes dotaciones presupuestarias específicas para la atención a la drogodependencia; se creó la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, como órgano de impulso y coordinación del Plan, y comenzó la puesta en marcha de unas estructuras efectivas de planificación, gestión y coordinación autonómica que se denominaron genéricamente Planes Autonómicos sobre Drogas.

La creación de planes conlleva la puesta en marcha de un modelo de respuesta institucional basada en la coordinación de políticas globales que, aunque en estado embrionario, marcará las políticas sobre drogas de nuestro país y se exportará posteriormente a diferentes países europeos y latinoamericanos. Pero, sobre todo, posibilitará que se articulen numerosas redes de atención. Este hecho contribuye a potenciar el movimiento asociativo relaciona-

do con las drogas y genera un notable incremento de los recursos humanos dedicados a esta tarea.

Puede afirmarse que la gran incorporación de profesionales, y específicamente de psicólogos, a este ámbito se produjo en aquellos años. Para los psicólogos significó una ocasión excepcional de promoción de empleo y una oportunidad histórica de aplicar en numerosos ámbitos –clínico, preventivo, gestión, planificación...- sus aportaciones profesionales. Hay un dato esclarecedor: ya en 1990 la Junta de Gobierno Estatal del Colegio de Psicólogos siente la necesidad de reflexionar sobre la naturaleza de esta intervención y conocer las dimensiones de la práctica profesional del psicólogo en este ámbito. El estudio (COP, 2003) se basa en la muestra de 357 psicólogos que responden a los cuestionarios, pero los autores habían enviado un total de 1.000 cuestionarios a otros tantos profesionales identificados a partir de los datos oficiales y un barrido centro a centro. Lo que significa que esta cifra podría aproximarse de algún modo a la real. Actualmente, no existe ningún estudio similar que nos permita establecer una comparación; el dato más reciente corresponde a un estudio del Plan Nacional sobre Drogas (2003) que permite estimar en un mínimo de 825 el número de psicólogos que trabajan en Planes Autonómicos, a los que habría que sumar los correspondientes a aquellos que no aportan este dato (Cataluña, Baleares, Canarias y País Vasco) y los profesionales que trabajan en ONG con redes asistenciales propias (Proyecto Hombre, Cruz Roja, etc.) que, por tanto, no habrán sido incluidos en esta relación. En consecuencia, podemos afirmar que, aunque el volumen actual de psicólogos que intervienen en este campo superará ampliamente el registrado en 1990, es razonable pensar que el grueso de las plazas creadas procede de aquel quinquenio. .

Hay otros datos a destacar de este estudio como la edad de los profesionales, los organismos que generan estos puestos de empleo y el lugar que ocupan los psicólogos en ellos. En cuanto a la edad, cabe resaltar la acentuada juventud de esta población que en un 85% de los casos tiene menos de 35 años y la mitad menos de 30. Por otro lado, dos terceras partes de los generadores de estos empleos son Administraciones Públicas, de las que casi la mitad (46,7%) pertenecen al ámbito de los servicios sociales; finalmente, hay que señalar que, en el 53% de los equipos estudiados, los psicólogos ocupaban el puesto de coordinadores, seguidos por los médicos que alcanzaban el 30,7%.

En síntesis, no sería exagerado afirmar que la masiva incorporación de psicólogos y la ocupación de puestos de

responsabilidad en tan corto espacio de tiempo resulta un hecho excepcional en la historia de la psicología en España. Como veremos a continuación, esta implantación intensa y acelerada ha tenido no pocas consecuencias de cara a la consolidación de la psicología en este campo.

Un aspecto digno de ser destacado en esta etapa es la conceptualización de las redes asistenciales. Superada la etapa anterior de los dispositivos únicos, se consideró que una red de atención a drogodependencias debía estar formada por un conjunto de programas, servicios y recursos con una ordenación y una organización funcional capaces de dar respuesta a la totalidad de supuestos y necesidades de las personas con problemas relacionados con el uso o abuso de drogas (Becoña y Martín, 2004). El resultado fue la creación de redes amplias en cuanto a sus objetivos, diversificadas por su variedad de recursos y profesionalizadas, esto es, integradas por equipos interdisciplinarios con una gran variedad de titulaciones académicas (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, diplomados de enfermería, etc.).

El planteamiento teórico que subyacía a esta decisión, compartida por entidades sociales e institucionales, partía del convencimiento de que el abordaje terapéutico de un drogodependiente requiere una combinación coordinada de diferentes recursos que deben establecer unos objetivos asistenciales individualizados en los que se realizará un abordaje biológico, psicológico y social.

Otra cuestión relevante de esta etapa es que las redes tenían dos señas de identidad muy generalizadas: estaban dirigidas casi exclusivamente a los problemas generados por la heroína y sus objetivos se orientaban básicamente a la abstinencia y, en última instancia, a la inserción social del drogodependiente.

Por no soslayar el estado de la prevención, baste mencionar que no existieron avances dignos de mención en estos años, excepción hecha de algunos programas con un valor puramente emblemático. Uno de los testimonios más gráficos de esta etapa es sin duda el "Dictamen para la planificación de la prevención escolar de la prevención de drogas en la comunidad escolar" (Aguado, Comas y Martín, 1986), realizado a petición del Ministerio de Educación y Ciencia, que no tuvo consecuencias prácticas en las políticas escolares de prevención.

## LOS CAMBIOS Y LA DIVERSIFICACIÓN DE LOS NOVENTA

A la tercera etapa solemos referirnos genéricamente como "la década de los grandes cambios" porque durante estos

años el fenómeno de las drogas sufre sus mayores transformaciones. Tanto es así que los noventa finalizan configurando un escenario mucho más diverso y complejo que el existente en las etapas anteriores. Si tuviéramos que resumir estos múltiples cambios podríamos reducirlos a dos: en relación con los hábitos de consumo, la estabilización y posterior descenso del consumo de heroína que coincide con los denominados usos recreativos de drogas y, si nos centramos en las políticas adoptadas por las Administraciones Públicas, el importantísimo desarrollo de los programas y servicios de reducción de daños, vinculados fundamentalmente al problema del Sida entre los Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP).

El primero de estos fenómenos tiene que ver con la aparición de nuevas drogas y nuevos patrones de consumo. Es lo que diversos autores han valorado como un auténtico cambio de ciclo en las crisis de drogas en nuestro país (Gamella y Álvarez, 97). Se trata de consumos de fin de semana, fuera del ámbito familiar, en espacios o locales públicos y con la principal motivación de divertirse. Pero subyace además un aspecto que conviene explicitar, estos consumos no encierran generalmente posiciones contraculturales o comportamientos marginales como sucedía en el modelo anterior. Lo que se comenzó a gestar en la década pasada no eran simplemente nuevas formas de relacionarse con las drogas sino nuevos modos de estar en sociedad que afectan a sectores muy importantes de jóvenes relativamente bien integrados en otras esferas de la vida. Es lo que Parker (1998) plantea como un proceso de normalización en el que la extensión de una actividad, considerada como desviada, va desde los márgenes hacia el centro de la cultura juvenil, donde se une a otras conductas de riesgo.

Todo ello explica que, en la segunda mitad de la década, comience a reclamarse con insistencia una prevención que afronte este fenómeno de los consumos recreativos, que no aborde sólo los centros escolares sino que conlleve la necesaria implicación de la familia y que introduzca la generación de alternativas de ocio, en suma, un nuevo modo de concebir y de impulsar las estrategias preventivas.

Los avances propiciados en esos años, aunque insuficientes, han contribuido a asentar unas bases sólidas capaces de posibilitar un proceso de generalización de la prevención. Concretamente, los avances en el ámbito de la prevención escolar, protagonizados tanto por las administraciones públicas como por las organizaciones sociales, han sido reiteradamente ponderados por organismos internacionales como el Observatorio Europeo de la Dro-

ga y las Toxicomanías (OEDT). De hecho, los esfuerzos realizados por investigadores, técnicos y educadores en el campo de la prevención escolar llevaron al OEDT a situar a España entre los países más avanzados en prevención: "En España, Irlanda y Reino Unido se ha desarrollado un control de la calidad claro, las políticas de prevención se basan en evidencias y se tiene la intención de reforzar esta línea" (OEDT, 2003). Un experto internacional como Burkhart (2002) afirma que "...en el país (se refiere a España), el nivel metodológico de sus programas es bastante alto: descripciones claras, utilización de los modelos más conocidos, interés por la evaluación, aplicación de modelos más recientes...". Esto queda reflejado en el programa EDDRA sobre buenas prácticas en la Unión Europea que recoge programas españoles superiores a la media de los restantes países miembros. Aunque bien es verdad que esta valoración de la prevención escolar no ha sido extensible a otros ámbitos de la prevención (familiar, comunitaria, laboral...) y que estos logros no se han rematados por la necesaria expansión.

El protagonismo de los psicólogos en este impulso a la prevención resulta incuestionable. Bastaría repasar la lista de obras escritas y programas diseñados, aplicados y evaluados sobre prevención para comprobar que la presencia de psicólogos es abrumadora. En todos los ámbitos (universidades, centros educativos, municipios, familias...) donde se han aplicado programas preventivos han estado presentes psicólogos y a ellos se deben las principales aportaciones que en este campo se han realizado en nuestro país durante esta década; dicho esto sin menoscabar el inestimable papel que han jugado otros profesionales, fundamentalmente pertenecientes a los ámbitos sociales y educativos.

Por otra parte, la diversidad de consumos que caracteriza la década de los noventa termina repercutiendo también, aunque con algunos años de retraso, en la demanda asistencial. De tal modo que el peso asistencial de la cocaína al final de la década era ya responsable del 31% de las primeras admisiones (Informe Observatorio Español sobre Drogas nº 4). De aquí que las redes asistenciales existentes en esos momentos se ven obligadas a hacer frente a las nuevas demandas de tratamiento que de forma progresiva les vienen planteadas por una población relativamente joven, en la que los problemas de abuso a ciertas drogas (cocaína, alcohol, cánnabis o drogas de síntesis) se compatibilizan con aceptables niveles de integración social. De este modo, a mediados de los años noventa se inicia un proceso de reorientación de la oferta

que venían prestando las redes asistenciales, caracterizado por la necesidad de atender simultáneamente las nuevas demandas emergentes y los viejos problemas asociados al abuso de drogas. Un reto ante la diversificación y versatilidad de la oferta asistencial en el que aún hoy se encuentran sumidos las instituciones y los profesionales y que se caracteriza por dotar a las redes de una mayor flexibilidad.

Para entender el segundo de los fenómenos, referido a la extensión de los programas de reducción de daños, es preciso repasar algunos datos y acontecimientos de esa etapa. Aunque los noventa comienzan bajo el impacto de la heroína, en los siguientes años se inicia una tendencia descendente que ha seguido manteniéndose hasta la actualidad. Las admisiones a tratamiento por esta sustancia se estabilizan a partir de 1992 y declinan a partir de 1996. En paralelo, los casos de Sida en UDVP, que habían crecido muy rápidamente desde 1982, llegaron a situarnos durante un largo período a la cabeza de los países de la Unión Europea.

En consecuencia, la antigüedad en el consumo de muchos UDVP, con el consiguiente deterioro personal y las graves enfermedades asociadas (sida, hepatitis, tuberculosis...), unida a la incapacidad de las redes asistenciales creadas en la década anterior para captar a un número importante de adictos a la heroína, justifica sobradamente la gran eclosión de estos programas cuyo principal exponente son los programas de tratamiento con metadona que se multiplicaron por 25,9 veces en estos diez años, pasando de 3.043 casos en 1990 a 78.806 en el 2000 (PND, 2001).

La principal consecuencia de estas políticas fue que España redujo el porcentaje de Sida entre inyectores de drogas. De los 1.465 casos diagnosticados en el año 2001, un 52% del total se atribuían a la inyección de drogas cuando en 1990 se había alcanzado el nivel máximo con un porcentaje del 69,6%. Otro dato que correlaciona directamente con este resultado es el obtenido en el cambio de vía de administración de las drogas: el uso de la inyección como vía preferente pasó de un 60-70% en los años 80 a un 17% en el año 2000.

Todos estos hechos acarrearón durante casi toda la década dificultades de integración en las redes asistenciales que se vieron abocadas a hacer profundos esfuerzos de adaptación. Pero estas dificultades no sólo surgieron por la integración de los distintos tipos de programas –libres de drogas y reducción de daños– sino, fundamentalmente, por los distintos modos de percibir y valorar las prioridades en la intervención terapéutica.

Aquí se sitúa uno de los debates más controvertidos sobre el papel desempeñado por los psicólogos en relación con otros profesionales. Es cierto que no todos los psicólogos mostraron la misma receptividad ante la urgencia que evidenciaban los datos y que impelía a recurrir sin demora a estos programas emergentes. Incluso puede constatar que ciertos sectores de responsables institucionales, entre los que se encontraban algunos psicólogos, ralentizaron excesivamente su respuesta. Pero no es menos cierto que la mayoría de los profesionales de la psicología compartieron desde el principio la necesidad de impulsar estos programas y participaron activamente en su implantación. De aquí lo injusto de algunas acusaciones que se han vertido genéricamente sobre el colectivo de psicólogos. Las redes asistenciales de nuestro país, en términos generales, han sido capaces de afrontar con éxito este reto y en la mayoría de esos equipos había y hay una amplia presencia de psicólogos.

Otra cuestión bien diferente son las dudas que se plantearon entonces y que aún se plantean hoy sobre la forma de concebir y aplicar estos programas, incluso una vez demostrada su eficacia y gozando de una aceptación prácticamente unánime. De igual modo, no debe ocultarse que el fuerte empuje de los programas de reducción de daños ha traído consigo un incomprensible retraimiento del debate y la investigación sobre la eficacia de los programas libres de drogas.

#### ALGUNOS SIGNOS DE LA ETAPA ACTUAL

Más difícil resulta hacer historia sobre la cuarta etapa que nos conduce desde el año 2000 hasta la actualidad y que está marcada por la aplicación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, por cuanto supone una realidad que aún se está configurando. No obstante, como decíamos al principio, algunos acontecimientos recientes merecen un breve comentario.

El Gobierno de la Nación, siguiendo las directrices de Naciones Unidas, llevó a cabo en 1999 una revisión en profundidad de sus políticas sobre drogas y, tras un debate en profundidad realizado con los agentes institucionales, profesionales y sociales, aprobó la Estrategia que comienza afirmando: "El Plan Nacional sobre Drogas (...) tras casi quince años de vigencia y permanente actualización, necesita adecuarse a la realidad actual del fenómeno de las drogas así como adelantarse a previsible cambios en el fenómeno de las drogodependencias" (1999). En otras palabras, este documento representó en la práctica el nacimiento de un nuevo plan. Unos años

después, en el ecuador de su desarrollo y tras una evaluación parcial de su grado de cumplimiento realizada en 2004, el Plan Nacional introduce un Plan de Acción que no aporta prácticamente ninguna novedad al espíritu y propuestas del texto anterior.

¿Qué proponen en síntesis estas nuevas políticas institucionales? Básicamente, reafirmar la necesidad de continuar en la dirección que se apuntaba al final de la década anterior, esto es, la garantía de una plena cobertura asistencial adecuada a una diversidad de demandas, la propuesta de priorizar y generalizar la prevención y una mayor insistencia en la calidad de los programas, la evaluación y la formación. No podía ser de otro modo ante las tendencias en los consumos de drogas que se van constatando en nuestro país.

En relación con las redes asistenciales el eje fundamental del planteamiento es la apuesta por la "integración coordinada de las redes de atención a las drogodependencias en los Sistemas Públicos de Salud y de Servicios Sociales", con el doble objetivo de rentabilizar los recursos existentes en esos sistemas y de normalizar la intervención.

En cuanto a la diversificación, existe un claro consenso en dar por consolidada la existencia de una estructura mixta de programas -libres de drogas/reducción de daños-, en la práctica totalidad de las redes de nuestro país, ya sean públicas o privadas. Sin embargo, algunos profesionales estamos preocupados por la instrumentación mecanicista que se está haciendo de los programas de reducción de daños. Pensamos que debería insistirse en que han de estar impregnados de una perspectiva psicológica, social y de apoyo que permita el mejor desarrollo de la vida de estas personas y, siempre que sea posible, sin renunciar a la eliminación de la dependencia. La mirada restrictiva de algunos sectores médicos hacia estos programas parece haber silenciado otras formas de entenderlos y de rentabilizarlos. Sin embargo, existen modelos validados por psicólogos (Insúa, 1999) que abren nuevas líneas de intervención en los programas de reducción de daños y riesgos.

También parece llegado el momento de cerrar el círculo respecto a esta yuxtaposición de programas porque, si bien es cierto que los programas libres de drogas necesitaron el complemento de los de reducción de daños, hoy sabemos que éstos tampoco pueden verse, por sí mismos, como la solución definitiva a los problemas de drogodependencias. Con mayor razón cuando se van imponiendo las nuevas demandas de tratamiento. Todo ello hace apremiante la aplicación de un renovado impulso a la investigación y aplicación de tratamientos, fundamentalmente

psicológicos, que han sido confirmados como los más eficaces a la luz de la evidencia científica disponible (Fernández Hermida y Secades, 2003; Álvarez y Becoña, 2006).

De lo contrario, corremos el riesgo de caminar hacia una normalización muy distinta de la que se planteaba en la Estrategia Nacional que supondría confundir la normalización con la asimilación. Es verdad que la consideración a todos los efectos de las drogodependencias como "enfermedades comunes", recogida en diversas leyes autonómicas, ha permitido dignificar la imagen del drogodependiente y considerar al adicto como un enfermo acreedor, como cualquier otro, de los derechos y prestaciones que ofrece el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, cabe preguntarse si una inadecuada gestión de estos teóricos avances no estará acarreado renovados problemas como la inhibición de otras redes (servicios sociales, educativos...) y generando nuevos errores en la percepción social del fenómeno de drogas que conduzcan a una creciente desmovilización (según el barómetro del CIS, en noviembre de 2006, las drogas eran percibidas como un problema que afectaba personalmente tan sólo al 1,6% de los ciudadanos).

Otro tanto cabría decir de las políticas preventivas. Desde el propio Ministerio de Sanidad se envía el mensaje de un supuesto fracaso de la prevención que está contribuyendo a desanimar a los escasos colectivos que trabajan en este campo. Además de suponer una apreciación injusta toda vez que tan sólo habían transcurrido cuatro años desde la aprobación de la Estrategia, los programas preventivos en España siguen contando con un escaso apoyo (según el PND, eran destinatarios del 15,9% de los presupuestos de los Planes Autonómicos en 2000 y del 21,4% en 2004) y se enfrentan a tendencias de consumo en constante crecimiento durante décadas. Parece obvio que algo no está claro en el concepto que se maneja de la prevención y de las exigencias que ésta plantea desde nuestros poderes públicos.

#### CONSIDERACIONES FINALES

Sin ánimo de caer en planteamientos derrotistas, parece obvio que existen indicios suficientes que señalan la preeminencia cada vez mayor de una visión lineal del problema, que incide en las sustancias más que en las personas, basada en el modelo de enfermedad y muy alejada de los presupuestos que proponemos desde la psicología -coincidentes, por otra parte, con los de la OMS- que proponen una visión global del fenómeno y un modelo bio-psico-social que, sin obviar los factores

predisponentes de carácter biológico, considera que el uso de drogas es una forma de comportamiento humano, entendido en sus dimensiones cognitiva, afectiva y conductual, y enormemente condicionado por su entorno interpersonal, social y cultural. Parece que no es difícil encontrar una relación entre éste y otros contenciosos que tiene planteados la psicología en su reconocimiento como profesión sanitaria, también aquí nos enfrentamos a un modelo subyacente de salud que limita gravemente nuestra presencia y nuestro ejercicio profesional plenos en las políticas de drogodependencias.

Esto afectará inevitablemente al papel que los psicólogos podamos desempeñar en el futuro. Sin embargo, como se ha demostrado en las páginas anteriores, los psicólogos ya demostramos capacidad y audacia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas sociales durante los años ochenta, respuesta que resultó oportuna y eficaz ante un difícil reto que muy pocas disciplinas aceptaron. Del mismo modo, hemos generado un cuerpo teórico y realizado notables aportaciones en todos los ámbitos de intervención promoviendo un modelo global, integrado e interdisciplinario. En conjunto, puede afirmarse que se ha logrado un claro reconocimiento de los psicólogos en este marco de actividad.

Sin embargo, ahora es el momento de reflexionar con toda sinceridad sobre nuestras deficiencias. No cabe duda de que hemos desperdiciado buenas ocasiones en momentos clave y hemos rentabilizado insuficientemente el bagaje conceptual, técnico y metodológico que nos ofrece la investigación psicológica. A ello se unen nuestras limitaciones tradicionales como profesión (escasa investigación, pocas publicaciones, carencias en la sistematización de conocimientos, dificultad de organizarnos como colectivo...). Además, en el momento actual, encontramos las barreras propias de las administraciones sanitarias dada nuestra presencia minoritaria en ellas, lo que nos sitúa en una posición de vulnerabilidad respecto a los otros profesionales sanitarios.

¿Cuáles son nuestras oportunidades? Ante todo, extraer todas las posibilidades que nos ofrece la investigación psicológica en ámbitos como la prevención y el tratamiento de las nuevas demandas asistenciales, aplicando y evaluando programas, sistematizando conocimientos y métodos que nos permitan ofrecer modelos rigurosos basados en la evidencia científica. Todo ello articulado en un proyecto colectivo sólido e identificable. Los Colegios de Psicólogos y el Consejo pueden volver a ser plataformas idóneas para renovar este proyecto.

## REFERENCIAS

- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de Intervención en Drogodependencias*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Burkhart, G. (2002). Una revisión de los programas escolares europeos recogidos en el Sistema de Información EDDRA. *Idea Prevención*, 23. 64-74. Madrid: Idea Prevención.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1993). *Práctica profesional de la Psicología en Drogodependencias*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Fernández Hermida, J. R. y Secades, R. (2003) Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I*. Editorial Pirámide: Madrid.
- Gamella, J.F y Alvares, A (1997) *Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Insúa, P. (1999). *Manual de Educación Sanitaria*. Zaratuz: Plan Nacional sobre Drogas, Plan Nacional sobre Sida y Universidad del País Vasco.
- López, A. y Becoña, E. (2006) "¿Cómo evolucionan las personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento? Estudio a 3 y 6 meses. *Adicciones*, 18 (4).
- Martín, E. (2000). Psicología y Drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. *Papeles del Psicólogo*, 77, 3-12.
- OEDT (2003). Informe Anual 2003. Lisboa: OEDT
- Parker, H., Aldridge, J., y Measham, F. (1998). *Illegal leisure: The normalization of adolescent recreational use*. London.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Evaluación 2003 de Estrategia Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Plan de Acción 2005-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Informe nº 5. Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Memoria 2002*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Trinidad, A. (2003) *Evaluación diagnóstico de los Planes Autonómicos sobre Drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.