

ORIGINALES

Evolución de la problemática de las toxicomanías en Andalucía

Francisco Araque Serrano; Dolores de los Riscos Casasola
Psicólogos. Centro Provincial de Drogodependencias de Jaén (España)

Resumen: *El presente trabajo aborda el problema de las drogodependencias en Andalucía en las últimas décadas a partir del análisis evolutivo de la realidad epidemiológica, las características de los servicios y los modelos de intervención. Se señala cómo ha ido evolucionando el consumo desde los alucinógenos a los opiáceos y estimulantes. De la misma manera, los servicios públicos de atención han progresado desde programas rígidos a otros más flexibles. Se explica, asimismo, cómo los distintos modelos teóricos de psicoterapia se han integrado y conviven en los equipos. Por último, se apuntan algunas consideraciones en relación a posibles líneas futuras en el abordaje de esta problemática, siempre desde los servicios públicos.*

Palabras clave: *Toxicomanías. Drogodependencias. Drogas. Andalucía. Asistencia.*

Summary: *In this work drug addiction problem in Andalusia since last decades is exposed from an evolutive analysis about epidemiological reality, the public service and treatment models characteristics. We point out evolution of drug consumption. In the same way, treatment public services have progressed from rigid programmes to more flexible positions. We explain how various psychotherapy models have been integrated by professional teams. At last, we show out some considerations about possible future ways to treat drug abuse from public services.*

Key words: *Drug addictions. Drug. Andalusia. Attendance.*

CORRESPONDENCIA A:

Centro Provincial de Drogodependencias
Recinto Hospitalario "Princesa de España". Edificio "Uler"
Carretera de Madrid, s/n.
23009 Jaén (España)

Résumé: *Cette étude aborde les problèmes des toxicomanies en Andalousie pendant les 10 années précédentes, à partir d'une analyse évolutive de la réalité épidémiologique, les caractéristiques des services et les modes d'intervention. On remarque l'évolution de la consommation des hallucinogènes aux opiacés et stimulants. Les services publics, de la même façon, ont progressé et sont allés de programmes rigides vers d'autres plus flexibles. On explique de même l'intégration des divers modes théoriques de psychothérapie, et comment ils s'intègrent dans les équipes. Enfin, on note quelques considérations qui ont un rapport avec des possibles projets pour l'avenir et la manière d'aborder ce problème, mais toujours à partir des services publics.*

Mots clé: *Toxicomanies. Drogodépendances. Drogues. Andalousie. Assistance.*

1. Introducción

En España, y en Andalucía en particular, el consumo de drogas ha sido en las últimas décadas un motivo de preocupación importante tanto por parte de las autoridades sanitarias como de la población general.

La realidad epidemiológica ha ido cambiando a lo largo de este periodo, desde el cambio en el consumo de sustancias: unas veces cannabis, otras LSD o heroína, etc.; hasta en la construcción social que se ha hecho de la imagen del toxicómano. Así, hemos observado cómo ésta ha oscilado desde definiciones del drogodependiente como persona amoral y/o delincuente hasta la de enfermo. Todas estas construcciones tienen, sin embargo, una función en los roles del sistema amplio de lo social.

Paralelamente, las estrategias de intervención, las respuestas desde las instituciones y desde lo profesional han cambiado, articulándose tanto formas interventivas de internamiento (comunidades terapéuticas, hospitales, etc.) como de tipo ambulatorio. Asimismo, los modelos teóricos que han

sostenido los programas asistenciales han evolucionado desde concepciones rígidas a otras más flexibles.

El presente trabajo analizará el desarrollo histórico del abordaje de las drogodependencias que ha tenido lugar en Andalucía y lo haremos desde tres elementos: la realidad epidemiológica (patrones de consumo y tipología de consumidores), los modelos de intervención y las características de los servicios.

2. Los años sesenta y setenta

2.1. Realidad epidemiológica

En los años sesenta el abuso de drogas parece que estaba limitado al alcohol, y al cannabis en menor grado; y, según informan algunos autores, éste se presentaba en personas que hacen el Servicio Militar en África (Soler-Insa, 1981). En estas fechas, las historias clínicas contenían un epígrafe referido al lugar de realización de la *mili*.

En algunos intelectuales y universitarios, a partir de los años setenta, el consumo de

derivados cannábicos y sustancias alucinógenas (LSD) toma cierto relieve, sobre todo en los círculos universitarios, y se asocia a movimientos contraculturales ligados y comprometidos en la lucha política contra la dictadura del general Franco. Se observa cómo en esta época en la que se persigue el cambio político y social (la *revolución*) la acción se articula a través de los valores del compañerismo, solidaridad, comunicación y actos compartidos en general.

Curiosamente, el consumo emergente (cannabis y otros alucinógenos) coincide precisamente con drogas que se toman en grupo, que facilitan la comunicación y lo empático y que necesitan de un guía que adoctrina sobre sus efectos. Esta realidad epidemiológica y sociológica, aunque con aspectos diferenciales, ocurre igualmente en otros países europeos (Mayo del 68 en Francia o la Primavera de Praga).

En España, a finales de la década de los setenta comienza a aflorar con una fuerza cada vez mayor el consumo de las drogas derivadas del opio -la heroína fundamentalmente- y éste cada vez más ligado a clases marginales de la sociedad. Desde una perspectiva de globalidad y atendiendo al emergente social, podemos observar como a la generación desencantada del 68 le sucede otra que no busca el cambio social sino el retraimiento y que utiliza drogas opiáceas que facilitan estas actitudes pasivas de huida.

En España en los años sesenta, se producen grandes movimientos migratorios del sur hacia el norte alentados por la expansión

económica. La población que se desplaza proviene básicamente de zonas rurales donde el control social ejercido por los agentes sociales es alto; el cura, el maestro, el guardia, los vecinos o el alcalde controlan o reprimen la conducta de los desviantes y la dirigen hacia caminos normativos e integrados.

Esta población que emigra a las grandes ciudades donde los agentes sociales de control desaparecen, pasan en terminología de Durkheim a una situación de anomia, es decir, a una situación de carencia de normas, de vacío, que genera disfunciones. Más tarde, cuando a la expansión económica sucede la crisis y la situación de paro toma fuerza, en las grandes ciudades los cinturones industriales se acompañan de barrios periféricos poblados de gente emigrante sin raíces y con cierta anomia social.

Ya no hay *revolución social*, hay fracaso y desesperanza, crece al margen un toxicómano urbano, del asfalto, que busca el aturdimiento, la huida, el repliegue sobre sí mismo, y esto con fuertes componentes de autoagresividad (Oughourlian, 1985). Las drogas que favorecen esta disposición son las derivadas del opio y el toxicómano es el *yonki* que se caracteriza por una posición pasiva, retraída en relación a las metas culturales y a los medios para conseguirlos. Es una conducta global de retirada.

2.2. Características de los servicios

En España, y en Andalucía en particular, los servicios públicos de atención al alcohol-

lismo y otras drogodependencias se realizan desde los pabellones psiquiátricos, con equipos fundamentalmente integrados por psiquiatras. Los servicios públicos se acompañan en algunas ciudades con otros de instituciones privadas -Cruz Roja- que igualmente son dirigidos por psiquiatras. La atención en un primer momento es, pues, psiquiatrizante.

2.3. Modelos de intervención

Los marcos teóricos son fundamentalmente de orientación dinámica. Los modelos de Olievestein y Bergeret tienen una influencia notoria. La toxicomanía se contempla desde tres elementos: la sustancia, el momento sociocultural y la persona. Se enfatizan la personalidad y el desarrollo psicodinámico del niño en el estadio del espejo roto. Señalan estos autores que el niño en su desarrollo afectivo construye identificaciones defectuosas con los padres y más tarde, de adolescente, trata de rellenar estos déficits a través de la dependencia, construyendo el comportamiento toxicómano que se caracteriza por una repetición de la compulsión con un objeto (droga) que no es el adecuado para solucionar los déficits identificatorios.

Así pues, desde la psiquiatría se señala el cariz psicopatológico del adicto, se aplica el modelo tradicional médico-enfermo de relación terapéutica: el psicoterapeuta se sitúa en una posición superior de autoridad, de prestigio; y el enfermo en una inferior, de inválido y de desprestigio.

Este esquema de relación se muestra efectivo con los alcohólicos pero la irrupción de heroínomanos, que no se autoperceben

como enfermos psiquiátricos, que son provocadores, discuten los tratamientos y critican al terapeuta, produce un cambio en la relación psicoterapéutica y la posición de poder del terapeuta entra en crisis.

Los equipos poseen inicialmente escasa formación especializada, aunque existen algunas excepciones en el País Vasco y Cataluña. Los profesionales suelen mantener actitudes rígidas y militantes con todo lo que se relaciona de cerca o de lejos con las "drogas".

Cierto halo misterioso con componentes míticos rodea a los profesionales, de forma similar a lo que ocurre con los toxicómanos. Tratar con aspectos de lo más temido de la sociedad proporciona una imagen heroica, fácilmente surgen líderes, *maestros* profesionales superprestigiosos, *gurús* que en los congresos marcan las líneas a seguir aunque a veces se carezca de una base científica. Los profesionales reflejan los mismos esquemas de relación en grupo que el colectivo al que pretenden tratar.

3. Período 1980-1985

3.1. Realidad epidemiológica

Este periodo se caracteriza por un aumento importante de los problemas relacionados con la heroína, tal y como señalan los indicadores indirectos: aumentan las demandas de tratamiento por esta sustancia, aumentan las urgencias en hospitales y las muertes por sobredosis.

Los indicadores de disponibilidad, aprehensiones y delitos relacionados, también

ofrecen información en este sentido. Socialmente este incremento coincide con el cambio en el terreno político, se pasa de la dictadura a los gobiernos de UCD y PSOE. Aparece una apertura democrática importante y un cambio en las intervenciones represivas policiales; el estado de derecho se va implantando y esto conlleva inseguridad y miedo. Se construye una imagen social del drogadicto más cercano al delincuente y al depravado moral, son frecuentes las apariciones sensacionalistas en la prensa de "hazañas", de "actos deleznales" -robos, agresiones, etc.- atribuibles a drogadictos.

Poco a poco la droga va tomando cuerpo en el entramado social y va ejerciendo su función reguladora; sobre ella se proyectan otros males: paro, problemas económicos o sociales, etc. Se construye un gran *chivo expiatorio* que servirá de regulador social en esta década y en la siguiente.

3.2. Características de los servicios

En España ya hay ofertas terapéuticas organizadas o integradas en redes más amplias -País Vasco y Cataluña-. En Andalucía, al principio de la década la asistencia pública continúa incluida en los servicios psiquiátricos, pero la institución psiquiátrica está cambiando, la reforma modificará la atención en salud mental (González-Duro, 1984). En los servicios que atienden a drogadictos se suman otros profesionales no psiquiatras -psicólogos, asistentes sociales, etc.-; poco a poco se modifica la oferta terapéutica y con ello la definición clínica del drogadicto introduciendo elementos no psiquiatrizantes.

Junto a los servicios de salud mental, proliferan otras ofertas integradas sobre todo en instituciones privadas -Cruz Roja. Estos equipos suelen ser multidisciplinarios, aunque todavía dirigidos por psiquiatras. Las incorporaciones de médicos no psiquiatras (psicólogos y trabajadores sociales) ayuda a la construcción de ofertas de tratamiento más globales y amplias. Estos servicios funcionan de forma ambulatoria y algunos de ellos (en Sevilla, Jaén o Córdoba) incorporan centros de día como una alternativa a la calle, y una oferta dirigida a intervenir sobre el aspecto social/marginal del toxicómano.

En esta época comienzan a proliferar Comunidades Terapéuticas, las denominadas *granjas*, muchas de ellas dirigidas por ex-adictos, con un fuerte componente ideológico. La rehabilitación se entiende o acompaña de adoctrinamientos y, a ser posible, de la posterior inclusión del adicto en la propia organización sectaria como monitor o "predicador".

3.3. Modelos de intervención

Los profesionales, al principio de la década, carecen de formación específica aunque en este momento empiezan a surgir ofertas de cursos, seminarios, etc. por parte de instituciones de aceptable altura científica. Las reuniones de los distintos equipos (sobre todo de Cruz Roja) ayudan a los profesionales a discutir y buscar modelos comunes de intervención.

El modelo psicoterapéutico de intervención que más peso sigue teniendo es el dinámico,

aunque con la incorporación de los psicólogos a los equipos se va introduciendo el modelo cognitivo-conductual. Empiezan a convivir en los equipos distintos modelos, distintas formas de entender al toxicómano, ya no con la carga psiquiatrizante sino desde una etiología multicausal. El aprendizaje y el contexto llegan a adquirir un gran peso, y se desvía así el foco centrado en lo intrapsíquico. Se va construyendo un modelo de intervención que todavía hoy tiene vigencia: el modelo biopsicosocial.

Los programas asistenciales suelen ser muy rígidos, sustentándose sobre las conocidas fases: desintoxicación, deshabitación y reinserción social. Las fases denotan claramente la definición del problema como biopsicosocial. Los servicios ofertan estos programas más o menos globales con un criterio del todo o nada en relación a la abstinencia como objetivo terapéutico, imponiendo contratos terapéuticos rígidos a los adictos, de tal forma que el incumplimiento de las normas conduce a la expulsión de los programas, mensaje paradójico por otra parte ya que niega el carácter transgresor que tiene el comportamiento toxicómano, exigiéndole que deje de ser toxicómano para ser asistido como tal.

Los profesionales persisten aún en sus esquemas rígidos no sólo en lo asistencial sino en muchos casos en lo personal; se mantiene en gran medida el carácter voluntario y a veces militante “contra la droga”, confundiendo con lo puramente profesional.

4. Período 1985-1990

El año 1985 marca una inflexión en el abordaje de las drogodependencias. Se crea el Plan Nacional de Drogas y en 1986 el Plan Andaluz gestionado por el Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía.

4.1. Realidad epidemiológica

Al final de la década sigue siendo la heroína la droga principal por la que se demanda tratamiento. A través de otros indicadores indirectos de disponibilidad, se sabe que la cocaína es una droga cada vez más utilizada por la población pero no se generan, sin embargo, demandas de atención en relación a esta sustancia (EDIS, 1985).

Desde los servicios se intenta cambiar la imagen del drogodependiente, percibida generalmente como delincuente y/o vicioso, hacia una concepción de enfermo, más aceptable socialmente. El toxicómano se presenta menos ideologizado que en épocas anteriores, más marginal; las relaciones que mantiene con el sistema terapéutico se caracterizan por su frecuente talante provocador y delegante.

Las drogas continúan teniendo un gran protagonismo social, es el principal problema percibido por los españoles por delante del paro según señalan las encuestas del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas).

La construcción del mito iniciada años atrás adquiere un gran peso y sirve para canalizar movimientos sociales, profesionales,

deportistas, etc. "La droga" se convierte en el gran mal, el origen de todos nuestros problemas. El drogadicto se presenta con una imagen de marginal al que hay que adaptar. Por si fuera poco, la aparición del sida en esta población contribuye a aumentar los miedos y añade un matiz más marginante a la construcción social de la imagen del drogadicto.

4.2. Características de los servicios

Tras crearse el Comisionado Andaluz, se crean ocho centros en esta comunidad autónoma (Centros Provinciales de Drogodependencias, CPDs), uno en cada provincia. Estos centros se componen de equipos multidisciplinares (médicos, asistentes sociales y psicólogos, fundamentalmente). Se consolida una oferta integrada en otros servicios (Servicios Sociales de las Diputaciones). El carácter biopsicosocial del problema es aceptado unánimemente. El trabajo asistencial continúa sustentándose sobre las fases ya explicitadas (desintoxicación, deshabitación y reinserción social). Los programas están delimitados en fases y pasos escritos y en muchos casos con criterios todavía rígidos. Los pacientes han de adaptarse a una forma, a unos programas poco flexibles; la puerta de entrada al sistema terapéutico sigue siendo pequeña. Se sabe que hay un porcentaje elevado (dos de cada tres) de adictos que no utilizan los servicios, y también que son éstos los más vulnerables a los contagios y transmisión de enfermedades. Los drogadictos que no acuden a los centros comienzan a ser objetivo de intervención y punto de mira de las instancias sanitarias y del Comisionado Andaluz.

Los programas libres de drogas siguen siendo el objetivo terapéutico, aunque se empieza a contemplar objetivos intermedios, no basados sobre principios rígidos de todo o nada en relación a la abstinencia. Así, se diseñan programas encaminados a conseguir la disminución y/o cambio de las pautas de consumo, la adquisición de hábitos de salud, vacunaciones, etc.

Se crean algunas Comunidades Terapéuticas públicas (Lopera, Jaén) que, al igual que los centros ambulatorios, se sustentan sobre criterios rígidos de inclusión y exigencia de largo tiempo de espera previa al ingreso.

Al final de la década, la preocupación de las instancias sanitarias por la propagación del sida y otras enfermedades asociadas (tuberculosis y hepatitis) en la población adicta más marginal posibilita la intervención en cárceles desde los centros provinciales, rompiendo así el tratamiento represivo dado a la drogodependencia en este medio.

El objetivo se centra en atraer a adictos más marginales que no suelen acudir a los servicios. Los contratos terapéuticos y las altas exigencias anteriores se eliminan y desde el sistema público se plantea que no se puede ni se debe poner condiciones para acceder a éste. Asimismo, se inicia ya tímidamente los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos (metadona).

4.3. Modelos de intervención

Al final de la década, los profesionales poseen ya en general una sólida formación específica. En Andalucía esto es un objetivo

del Comisinado y se programa de manera estable una amplia oferta de cursos y seminarios, la mayoría apropiados. En distintos puntos de la geografía española varias universidades organizan los primeros master en drogodependencias.

Distintos modelos psicoterapéuticos comienzan a convivir en los CPDs, desde el dinámico hasta el cognitivo-conductual. En Andalucía se introduce el modelo relacional de la escuela de Cancrini, primeramente conocido y abordado desde seminarios permanentes. Algunos profesionales acogen con cierto entusiasmo este modelo que sitúa el foco de la intervención en la familia y en el contexto.

Paralelamente, tanto en los centros como en las reuniones de coordinación, se producen largos debates tanto ideológicos como técnico-asistenciales interesantes que ayudan a adecuar y redefinir las líneas generales de intervención.

Se pone en marcha el Servicio Andaluz de Información de Drogodependencias (SAID) que proporciona información de incidencias y registro de casos. El modelo de intervención comunitaria sitúa a los CPDs dentro de una red intercomunicada de servicios sociales y sanitarios; entendiendo así la intervención desde una posición de globalidad.

5. Los años noventa

5.1. Realidad epidemiológica

Continúa siendo la heroína la droga que más demanda asistencial genera, aunque los

indicadores indirectos ya señalan un consumo superior de cocaína. Los consumidores ocasionales y habituales de cocaína presentan un perfil distinto al *delyonki*, con una autopercepción más "digna", adaptada y muchas veces no toxicománica. Estas diferencias las hacen muy perceptibles y posiblemente sean uno de los factores -aparte de los aspectos farmacológicos- por el que no acuden a los CPDs, más orientados hacia el tratamiento de los heroínómanos.

En los años noventa aparecen otras drogas que preocupan a la sociedad, y su fuerte emergencia entre los jóvenes se hace patente por los muchos debates que se originan en los distintos ámbitos profesionales, medios de comunicación, etc. Unas son las llamadas drogas químicas de diseño (éxtasis) cuyo consumo -muchas veces exagerado- ha disparado la alarma social; otra es el alcohol que se ingiere con pautas importadas, es decir, con consumos abusivos de etanol de alta graduación los fines de semana y con frecuentes intoxicaciones agudas.

El perfil de estos consumidores coincide con el de personas jóvenes de menos de 20 años y con conductas socialmente adaptadas. El consumo se asocia a fiestas, baile, discotecas, etc. y a menudo conlleva conductas de riesgo como conducir vehículos bajo el efecto de estas drogas. No existe percepción de peligro por el consumo; no hay percepción de problema con drogas; y no se generan por lo tanto peticiones de asistencia.

La imagen social del heroínómano en esta década es más aceptada y se le contempla

más como enfermo que como delincuente. La toxicomanía desde una perspectiva global continúa siendo eje de atención social y sigue cumpliendo su función reguladora.

5.2. Características de los servicios

Se produce una consolidación de los servicios. Los CPDs crecen en número de profesionales y en número de equipos; cada provincia funciona de forma autónoma y los programas asistenciales son ofrecidos o aplicados de forma diferencial por los distintos centros.

Los programas asistenciales no sólo ofertan programas libres de drogas sino también programas de reducción de daños, programas de mantenimiento con agonistas y metadona (PMM). Se acepta la cronicidad de la toxicomanía, y estos programas persiguen mejorar el nivel de salud, aumentar el contacto con los servicios y reducir los riesgos del consumo en general.

En los centros conviven, pues, dos formas de entender la atención a los adictos: una desde la abstinencia y otra desde el consumo. Aquello que generó fuertes discusiones muchas veces acaloradas dentro de los equipos, ayuda ahora a construir una oferta amplia que integra las dos visiones.

Estas discusiones aparecen igualmente en todos los foros de debate, sean de carácter científico (revistas especializadas) como de opinión (medios de comunicación), y a menudo, aunque aparentemente argumentan puntos de vista y criterios de carácter científico, ocultan posicionamientos ideológicos.

En esta década, los PMM son los que más crecen en número de usuarios, y en algunos centros se convierten en la mayor carga asistencial de los equipos.

5.3. Modelos de intervención

Los modelos teóricos son los apuntados, la intervención comunitaria es el eje que sostiene distintas formas de encuadre teórico, sea relacional, dinámico o cognitivo-conductual.

Los programas son más flexibles y la intervención comunitaria se apoya sobre el modelo biopsicosocial como fundamento explicativo. Este modelo, de gran impacto en esta década en las universidades, se aplica no sólo al síntoma toxicomanía sino a otras muchas patologías (esquizofrenia, depresión, etc.).

Así, los CPDs forman parte de un organigrama social amplio, intercomunicado con los distintos órganos o sistemas afectados (sanitarios, judicial, prisión, etc.).

6. Perspectiva futura

A lo largo del presente trabajo se ha ido señalando la evolución de algunos aspectos relacionados con las drogas, hipotetizado sobre la función social que la toxicomanía pudiera tener en un determinado sistema social y en un momento sociocultural dado. Actualmente, y probablemente en los años venideros, asistimos a un debate en varias instancias sociales en torno a la legalización de las drogas. Unos, desde posiciones conservadoras, apuntan al control, la

prohibición y a la represión; y otros, desde posiciones progresistas, piden la liberalización y la aceptación de la libertad individual tanto para consumir como para no consumir drogas. Todo apunta hacia la repetición del gran ceremonial, el *chivo expiatorio* de la droga seguirá cumpliendo su función reguladora y sobre él canalizaremos nuestros problemas (violencia, paro, incomunicación...) y el mito continúa. Pero no es objetivo de este trabajo desarrollar esta idea, que por otra parte está bien expuesta por otros autores (Escohotado, 1994).

Interesa focalizar la atención sobre los aspectos más concretos de lo asistencial. Los indicadores epidemiológicos parecen marcar una estabilización del consumo de opiáceos, y desde los centros asistenciales se observa un estancamiento de las demandas de tratamiento, pero sea esto o no una tendencia estable, el problema sigue existiendo y los servicios públicos han de ofertar intervenciones que abarquen desde programas libres de drogas hasta programas de mantenimiento con agonistas opiáceos ¿incluida la heroína?

Desde la perspectiva asistencial pública, el tratamiento de la dependencia con programas de mantenimiento con opiáceos no es suficiente, y ha de ir acompañado por fuertes medidas de apoyo social orientadas a la inserción y normalización social a través de programas de empleo. En cuanto a los usuarios de otras drogas (cocaína, drogas de diseño, etc.) que suscitan alarma social habría que hacer una serie de consideraciones:

a) El consumo irregular (fines de semana) tanto de alcohol como de pastillas, no constituye una adicción que posibilite la percepción de un problema por el que se ha de pedir tratamiento.

b) Las personas con un consumo más regular y que tengan cierta percepción de problema no se autoperciben como los típicos adictos heroínómanos, por lo que tanto las familias como ellos mismos señalan esa distinción ante la posibilidad de tener que tratarse en el mismo servicio que los heroínómanos.

Así, cabría plantearse si son adecuados los CPDs ante una posible prevalencia de estas drogas. ¿Son actualmente adecuados para presentar una oferta terapéutica atractiva o útil? Los servicios públicos o CPDs están organizados para heroínómanos y, como hemos señalado anteriormente, los jóvenes usuarios de pastillas o alcohol tienen percepciones no compartidas con los heroínómanos y problemas distintos, no presentan necesariamente un patrón de abuso o dependencia, más bien parece que presentan patrones de disrupción social, intentos de salir de la norma, más compatibles con problemas en la supervisión de las propias familias y la falta de competencia para orientarse en la vida sin peligro.

Las necesidades sentidas en relación a estas nuevas formas de consumo se observan desde los emergentes sociales (medios de comunicación, reuniones de colectivos, profesorado, padres, etc.). Existe una problemática verbalizada de aumento de conductas de riesgo, violencia juvenil y consumo de drogas. Así, parece necesario

organizar una oferta congruente con las percepciones personales y sociales, la cual ha de ser redefinida con construcciones menos inmovilizantes que la de "toxicomanía" y más acorde con la propia autoimagen de esos jóvenes. El servicio asistencial público ha de ir encaminado a ofertar asesoramiento familiar y juvenil y debe no connotarse con la etiqueta de "centro para toxicómanos".

7. Conclusiones

Se produce un cambio epidemiológico en cuanto al consumo de sustancias, pasando de los productos cannábicos de los años setenta hasta los opiáceos y estimulantes más actuales.

Los servicios públicos han ido flexibilizando los programas, anteriormente rígidos, y adecuándolos más a las características de los usuarios.

Los equipos se han especializado notablemente con cursos de posgrado y masters universitarios.

Las distintas escuelas de psicoterapia (conductual-cognitiva, dinámica o relacional sistémica) se puede decir que conviven en los equipos, proponiendo con ello distintas visiones y por consiguiente diversas formas de enfocar esta problemática.

En la época actual, se abre una cierta incertidumbre en relación a las llamadas drogas de diseño, muy presentes en los medios de comunicación. Se plantea si tiene suficiente entidad para considerarlas como problema toxicománico y sobre si es necesaria una intervención por ese camino.

Los autores apuntan otras formas de redefinición de esas conductas, como no "toxicómanas" y sí de control individual o comunicación familiar, por lo que se señala ofertas de asesoramiento como las más congruentes.

Bibliografía

Apodaca, I. et al. (1995). Características de los toxicómanos que no inician o interrumpen tempranamente el tratamiento. *Adicciones*, 7: 159-169.

Baratta, A. (1988). Introducción a la criminología de la droga. *Comunidad y Drogas*, 3: 27-45.

Barcia, D. (1994). Las toxicomanías desde una perspectiva antropológica. Comunicación Psiquiátrica 93/94, *Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría*, 39-63.

Barrio, G.; Sánchez, J.; Fuente de la, L. (1990). Cocaína en España, 1984-1989. Indicadores de oferta y consumo. *Comunidad y Drogas*, 15: 9-37.

Baulenas, G. (1994). La intervención saludable es posible. En: Escohotado, A. et al. *Las drogas de ayer a mañana* (pp. 107-136). Madrid: Talasa.

Baulenas, G.; Markez, Y. (1994). Construcción y evolución del problema de la droga. En: Escohotado, A. et al. *Las drogas de ayer a mañana* (pp. 97-103). Madrid: Talasa.

Bergeret, J. (1980). *Toxicomanies et personnalité*. París: PUF.

Bogani, E. et al. (1990). Heroinómanos: hábitos de consumo y pautas de tratamiento en los últimos cinco años. *Revista Española de Drogodependencias*, 15 (4): 249-254.

Camí, J. (1995). *Farmacología y toxicidad*

- de la MDMA (Éxtasis). Barcelona: Ediciones en Neurociencias. CITRAN.
- Cancrini, L.** (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós.
- Carcas, R.** (1995). Avance del perfil del psicólogo en drogodependencias. *Papeles del psicólogo*, 63: 41-46.
- Escohotado, A.** (1989). *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza editorial.
- Funes, J.; González, C.** (1987). Imágenes sociales, política criminal y proceso terapéutico en las drogodependencias. *Comunidad y Drogas*, 3: 9-25.
- González-Duro, E.** (1987). *Treinta años de psiquiatría en España, 1956-1986*. Madrid: Ediciones Libertarias.
- González-Duro, E.** (1994). ¿Todos contra la droga?. En: Escohotado, A. et al. *Las drogas de ayer a mañana* (pp. 153-202). Madrid: Talasa.
- Graña, J. L.** (1987). *Reinserción social y drogodependencia*. Madrid: Asociación para el estudio del Bienestar Social.
- Graña, J.L.** (1994). *Conductas adictivas*. Madrid: Debate.
- Guardia, J. et al.** (1987). Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. *Comunidad y Drogas*, 3: 61-83.
- Hartnoll, R. et al.** (1991). *Problemas de drogas: valoración de necesidades locales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Lacoste, J.A. et al.** (1993). Cambio en los hábitos de administración de la heroína y la cocaína. *Adicciones*, 5: 323-339.
- León, J.L.** (1990). Evolución de las toxicomanías en las últimas décadas. *Revista Española de Drogodependencias*, 15 (4): 221-239.
- Navarro, J.** (1995). *Los andaluces ante las drogas*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, Comisionado para la Droga.
- Navarro, J., et al.** (1985). *El consumo de drogas en España*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Olievenstein, C.** (1985). *La toxicomanía*. Madrid. Fundamentos.
- Oughourlian, J.M.** (1985). *La persona del toxicómano*. Barcelona: Herder.
- Pérez-Fernández, E.** (1990). Una aproximación a las relaciones entre conductas adictivas y delincuencia en la población juvenil. *Comunidad y Drogas*, 16: 39-53.
- Roca, J. ; Antó, J.M.** (1987). El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. *Comunidad y Drogas*, 5/6: 9-39.
- Soler-Insa, A.; Freixa, F. et al.** (1981). *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.
- Vega, A.** (1995). Los medios de comunicación social y las drogas: entre la publicidad y el control social. *Revista Española de Drogodependencias*, 20: 99-113.