

El modelo de intervención en la patología derivada del uso y abuso de sustancias susceptibles de crear dependencia está representado por un espectro extraordinariamente amplio de variedades. De ello se podría deducir que aún se está lejos de poder acotar cuáles de ellos demuestran mayor eficacia y cuáles no se pueden mantener por falta de fundamentación. Esto es, cuáles se ajustan a criterios basados en la evidencia y cuáles en criterios credenciales/irracionales. Todavía existe más ideología que racionalidad, más prejuicios que conocimiento, más ética que datos analizables, más hipótesis que tesis no falsables. Por ello, y como corolario, a río revuelto, ganancia de pescadores. Parece que vale todo, porque nada parece prevalecer sobre el resto en cuantía y calidad suficiente.

En este panorama, conviven actuaciones bio-psico-sociales de objetivos definidos y medios confluentes, con iniciativas salvíficas, a veces sectarias y peligrosas, otras rehabilitadoras, de la mano de estructuras ético-religiosas bien asentadas e integradas en las civilizaciones donde se ejecutan.

El primer pantano en el que se pierden los modelos diversos de intervención se configura en el objetivo de tal acción, y que se puede resumir en la contestación a esta pregunta: ¿Es posible una sociedad libre de drogas, de todas las drogas?

Si se contesta positivamente, se entienden los esfuerzos internacionales, nacionales, regionales y locales, que se encaminan a reducir la oferta de sustancias, su comercialización, transformación, distribución y consumo.

Esta modalidad tiende a penalizar toda actividad relacionada con las sustancias y equipara en la práctica a los que se enriquecen ilícitamente y a los que sufren por el consumo abusivo de ellas. Por otra parte, potencia los sistemas policiales, jurídicos, judiciales, penitenciarios y, en suma, los programas regresivos o prohibicionistas que hasta ahora dominan el panorama de la aldea global que ya es la Tierra.

En un esquema de referencia así, se mueven con más agilidad y comodidad los que postulan para los sufrientes su recuperación desde la vida desviada a una nueva vida libre de drogas, de todas las drogas.

La verdad es que casi cien años de control y restricción de muchas sustancias adictivas y peligrosas, no permiten augurar a ningún plazo un mundo sin ellas; hasta se ha caído por el suelo la antigua disociación entre “malos” (países productores), “buenos” (países consumidores) y “neutrales” (países de tránsito). Sabemos que todos terminan produciendo, consumiendo y sirviendo de paso para unas u otras sustancias. También estos cien años han mostrado cómo, con políticas preferentemente prohibicionistas, se han afianzado los grupos de criminalidad organizada y cómo se someten producción y tráfico a otros intereses de tipo estratégicos y geopolíticos, si la situación lo aconseja. En el plano de las ejecuciones de programas la actividad se desarrolla en un marco policial, jurídico y de Servicios Sociales.

Si la contestación a la pregunta es negativa, se afronta la situación de tener que convivir con drogas de alguna forma, tratando de reducir los daños individuales y colectivos que puedan causar. Esta perspectiva no se ha entendido con tanta facilidad. Éste es el verdadero concepto amplio de Reducción

del Daño que todavía se ve con suspicacia y, a veces, se confunde con su variante de acepción restringida a ciertos programas concretos, como el Mantenimiento con Metadona o el intercambio de material estéril para inyección (“intercambio de jeringuillas”).

Pensar en reducir los daños y/o los riesgos, potencia el trabajar sobre la demanda de drogas tanto, al menos, como sobre su oferta. Supone apoyar modificaciones legales que no penalicen desproporcionadamente más al abusador usuario que al traficante del producto ilegal. Supone reconsiderar la condición del usuario que, en algunos niveles de deterioro relacionado con el consumo, cumple con creces los criterios de una enfermedad crónica recidivante y, además, por ello, permite encajar su situación en el marco de la Salud Pública.

Esta conclusión última no es excluyente. El abordaje de la problemática enfocada como Reducción del Daño, postula un modelo de trastorno bio-psico-social en que han de ser convergentes las competencias de Salud y las de las áreas de índole social en cualquier configuración conceptual que los designe.

Ha costado algún esfuerzo completar el esquema psico-social previamente dominante en España con la aportación biológica que constituye el tercer punto de apoyo necesario para la definición de su plano estable inequívoco, que abarca tanto el objeto formal del conocimiento del uso y abuso de drogas, como el “campo” teórico en el que se han de aplicar acciones para ver si cambia su configuración formal y dinámica. Podría postularse, en teoría, un modelo más complejo y pluridimensional, pero se ha de esperar el tiempo necesario para ajustar lo observable en esta perspectiva modesta. De momento, se han volcado en esta actividad médicos que han adquirido su experiencia trabajando día a día y con menor formación teórica de la que sería de desear.

En su conjunto, los psiquiatras han mostrado una actitud recelosa frente a la intervención en drogodependencias. Lo creo debido a que la historia natural del afrontamiento de la intervención generó frustración en el curso de los años setenta y primeros ochenta: se esperó de ellos (casi los únicos profesionales cualificados entonces), algo que no pudieron dar por falta de programación y recursos adecuados. El impulso psico-social, desde 1985, les dejó fuera del marco de acción y, pasivamente, no reclamaron otra cuota de trabajo que el ocuparse del alcohol. Las restantes sustancias *abusables* quedaron en el ámbito de los Servicios Sociales en su conceptualización de conductas desviadas y/o marginales.

Cerca ya del año 2000, las aguas se hacen más calmadas y transparentes: todos, psicólogos, médicos generales, trabajadores sociales, educadores, enfermeras y, ¿por qué no?, psiquiatras, tienen algo que aportar.

Es preciso volver a motivar a los psiquiatras en su afán de explorar este territorio, viejo y nuevo, y que cada vez se diluye más nítidamente dentro de una Salud Mental Ampliada respecto a la actual, desde que se introducen criterios de conocimientos basados en la evidencia científica. La creciente psicopatología relacionada con los consumos, reclama una atención psiquiátrica cada vez mayor, tanto por optimizar y racionalizar el uso de medicamentos, como para diagnosticar y manejar de forma integral los casos, y esto exige mayor proximidad entre la Red de Salud Mental y la específica de Drogodependencia.

Carlos Álvarez Vara