

## EDITORIAL

# ¿Y si pensamos en la historia para mejorar los tratamientos?

Probablemente, la expansión de la cocaína en España tenga mucho que ver con su precisa ubicación geográfica, punto de encuentro entre el Magreb, Latinoamérica y Europa, pero también con sus históricas relaciones con estos ámbitos culturales. Debemos pensar que hablamos del negocio más lucrativo del mundo y cuyos actuales orígenes se sitúan en el contrabando organizado por mafias con intereses políticos detrás de los mismos.

La cocaína que había entrado con facilidad en Estados Unidos (situado hacia 1976) se había expandido muy rápidamente por aquel país y trasladado a países de su ámbito cultural, dado que coaligaba muy bien con la mentalidad yuppie de triunfadores jóvenes, que llegaban muy rápido a la cúspide a base de vida muy activa de relaciones sociales, fiestas e interminables jornadas laborales.

La cocaína llegaba al Estado español en menor medida, ya que la producción de los principales productores latinoamericanos se dirigía a aquel país, y apenas quedaban excedentes para otras exportaciones. España, además, iniciaba una relación tortuosa con la heroína que produjo toda una serie de acontecimientos sociales que ya forman parte de nuestra historia.

A mediados de los años ochenta, la Administración norteamericana manifestó su rechazo frontal a las drogas, declarando una guerra abierta al narcotráfico, con lo que la introducción de la cocaína en Estados Unidos se convirtió en una tarea más dificultosa. Además, esos años se produjeron muy buenas cosechas de la hoja de coca, lo que generó excedentes importantes que fueron conducidos hacia Europa por la ruta española. Los grandes cárteles mafiosos del tráfico de drogas ilícitas comienzan a ser desmantelados por la incidencia estadounidense, con lo que surgen otras redes narcotraficantes de menor tamaño que buscan destinos alternativos a su mercancía<sup>1,2</sup>. La proximidad de España con Latinoamérica, así como la facilidad de entendimiento que ofrece el compartir una misma lengua y los kilómetros de costa que España posee, con escaso o difícil control, facilitan el camino.

Por otro lado, en Galicia existía una red de contrabando bien adiestrada con años de tráfico ilícito de tabaco, que se reconvirtió con la heroína y nada costaba volver a reconvertirla, facilitada por su especial orografía y un lugar como Gibraltar, enclave perfecto para el blanqueo de dinero procedente del narcotráfico.

Hacia mediados de los años noventa, la cocaína entró con fuerza en el mercado español. La percepción social situaba a esta droga como un producto de lujo y exclusividad que sólo se podían permitir aquellos triunfadores ricos, bañados de «glamour». Entre quienes la usaban se mantenía que no producía trastornos. La imagen social de los usuarios de la sustancia se importaba de la existente en Estados Unidos y se hallaba muy alejada de la imagen depravada, marginalizante y estigmatizadora que habían adquirido la heroína y otros opiáceos. Un importante elenco de escritores, artistas e incluso políticos declaraban su consumo sin excesivo rubor, aunque posteriormente se desdijeron de ello.

En este caso, como en otros, los medios de comunicación tuvieron un papel relevante. Comenzaron a realizarse reportajes en conocidos medios de comunicación que resaltaban el uso de cocaína en medios de la

«jet-set» y de las sociedades exquisitas de las capitales del turismo y de las principales ciudades españolas. Estos reportajes, de forma inconsciente, potenciaban la asociación de la cocaína con un determinado estilo de vida lujoso y desenfrenado, con lo que el consumo de cocaína era un buen camino para alcanzar ese tipo de vida; es decir, potenciaba una representación social clave para comprender la extensión del consumo de cocaína.

También es cierto que iniciábamos una nueva etapa en España. Tras dos décadas de crisis y de un periodo gris y convulso, se produjo un rápido crecimiento económico. Pero más que en eso quiero poner el acento en la influencia del notable desarrollo de la sociedad de consumo, especialmente en la popularización del consumo exacerbado entre clases medias así como la auténtica revolución tecnológica convertida a su vez en consumo y accesible a la mayoría de la población; todo ello son elementos que se hallan en la base de una concepción nueva social, de acceso fácil y rápido a bienes de consumo y cuya no posesión implica hallarse ajeno al circuito social.

No menos importante es la extensión de una ideología neoliberal muy vinculada a valores sociales de éxito donde la felicidad se basa en la posesión y exhibición de lo poseído que ha ido dejando un «poso» de banalidad, una enorme ligereza ante la permisividad y una ausencia de reflexión sobre lo que hacemos y cómo lo hacemos, así como la percepción de que el triunfo es fácil y quien no lo consigue es un «fracasado».

Las encuestas a la población sobre drogas o hábitos de salud tenían dificultades para detectar una penetración significativa de la cocaína, con lo que algunos autores la llamaron la droga dormida, con el pronóstico posible de que aumentaría el consumo en cuanto la sustancia se popularizara, si bien como algo lejano. Otros autores sí comenzaron a hablar de la cocaína, porque los datos de demanda de tratamiento recogidos por el SEIT<sup>3</sup> del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) señalaban un ligero pero constante crecimiento de las demandas por abuso o dependencia a la cocaína desde los primeros años noventa. Este discurso no se manejó con suficiente fuerza en los ámbitos de intervención, sosteniendo un discurso más cercano al presente de entonces que al futuro actual, y su asociación a círculos muy exclusivos que no llega a la población general hizo que no tuviera demasiado interés.

Sin embargo, en los últimos años, la oferta de la sustancia ha sufrido transformaciones importantes que la acercan al usuario; se ha producido un exceso de oferta y como consecuencia una drástica reducción de precios en el mercado, que la ha hecho más asequible a un mayor sector de potenciales consumidores. A eso le podemos añadir que el rápido crecimiento económico ha puesto a una parte muy importante de la población en mejores y mayores niveles adquisitivos. Además, el mayor nivel económico actual conjuga muy bien con el consumo de la sustancia para su uso recreativo.

Sólo existen tres países en el mundo cuya tasa de consumo de cocaína anual supere el 2%. Estos países son los EE. UU., el Reino Unido y España. No puede negarse la existencia de un consumo recreativo vinculado a periodos especiales de celebración que no generan trastornos adictivos, al menos a corto plazo. Son consumos esporádicos exclusivamente sociales sin vinculación -al menos inicial- con patología. Sin embargo, del mismo modo tampoco puede negarse que a mayor disponibilidad social de la sustancia, hoy por hoy, también se incrementan de forma exponencial los problemas adictivos con la sustancia y ello especialmente con las sustancias de mayor poder adictivo.

El incremento de las personas que solicitan tratamiento por consumo de cocaína despegó entre el año 1996 y 1997 de tal modo que para el año 2002 fueron más las personas que solicitaron tratamiento por dependencia a la cocaína que por heroína en España y así viene siendo desde entonces.

Ante esta demanda los dispositivos asistenciales han debido adaptar los recursos existentes a las especiales características de estos pacientes, ya que difieren notablemente de las presentadas por las personas que

venían sufriendo dependencia de heroína y que habían conformado el foco de atención fundamental durante la década de los ochenta y gran parte de los noventa.

En este proceso de adaptación, también, los profesionales necesitan formarse en el manejo y tratamiento específico de la dependencia de cocaína. Por este motivo, existe una creciente demanda de tales profesionales para incrementar sus habilidades clínicas en esta área concreta de los trastornos adictivos.

Los tratamientos eficaces de la dependencia de cocaína en el momento actual se centran casi totalmente en los abordajes psicosociales. A la espera de que los resultados del primer ensayo experimental que se desarrolla a nivel internacional con la vacuna contra la cocaína y que la comunidad científica espera deseosa de conocer su utilidad, puede decirse que no existen tratamientos farmacológicos eficaces para la dependencia a la cocaína y la intervención más eficaz es el tratamiento psicológico ambulatorio intensivo.

Justamente por ello, consideramos que es necesario dotar a los y las profesionales de las herramientas más actuales para tratar la adicción a la cocaína.

En este ánimo, la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) y el Instituto Deusto de Drogodependencias (IDD) de la Universidad de Deusto tomaron la decisión de organizar de forma conjunta una jornada en Bilbao para poder ofertar a las y los profesionales de diversos lugares geográficos y áreas asistenciales diferentes, un lugar de encuentro, de intercambio y de aprendizaje que pudiera permitir el trabajo en red, la comunicación entre visiones diferentes y la formación en el desarrollo de habilidades clínicas y terapéuticas en el manejo de pacientes con adicción a cocaína.

Para ello solicitamos a cuatro profesionales de reconocido prestigio que condujeran la jornada en torno a cuatro grandes abordajes de intervención. A saber: el abordaje desde la personalidad del sujeto, el tratamiento desde el abordaje conductual, las técnicas constructivistas y las técnicas cognitivo-conductuales.

Así, el 11 de diciembre de 2008 reunimos en el Campus de Bilbao de la Universidad de Deusto a Eduardo José Pedrero Pérez para realizar una exposición con posterior debate sobre «el tratamiento de la dependencia de la cocaína guiado por la personalidad»<sup>4</sup>; a Olaya García Rodríguez para hablar y explicar sobre «el tratamiento conductual de la adicción a la cocaína»<sup>5</sup>; a Antonio Tejero sobre «Mindfulness y la técnica constructivista de intervención en la dependencia de cocaína», y a Juan Miguel Llorente del Pozo que cerró la jornada con una ponencia sobre «el tratamiento cognitivo-conductual de la dependencia de cocaína»<sup>6</sup>.

Cada uno de ellos tuvo un tiempo de exposición amplio con un debate posterior. Quisimos organizar una jornada en la que los asistentes fuesen una parte activa, en el que existiera un diálogo e intercambio de experiencias entre el profesor-ponente y el público-alumno. Nuestro objetivo fue hacer una jornada dinámica y participativa en la que las dudas o reflexiones sirvieran para construir el mejor modo de abordar una cuestión compleja pero, desde luego, de la que se sabe mucho más de lo que se sabía hace unos años.

Trastornos Adictivos recogió tres de las cuatro magníficas ponencias<sup>4-6</sup> elaboradas, las cuales ponemos a disposición de la comunidad científica y de los profesionales a través de este medio para su reflexión y estudio, de tal modo que puedan servir para construir un mejor modo de intervención. Esperamos haberlo conseguido.

**M. T. Laespada**

Directora del Instituto Deusto de Drogodependencias.  
Universidad de Deusto. Bilbao. España.

## **Bibliografía**

1. Usó JC. Drogas y cultura de masas: España 1955-1995. Madrid: Taurus; 1996.
2. Pascual F. Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. *Addiciones*. 2001;3:7-22.
3. PNSD, OED. Informe 2007 del Observatorio Español Sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: PNSD, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
4. Pedrero Pérez EJ. El tratamiento de la dependencia de la cocaína guiado por la personalidad. *Trastornos Adictivos*. 2008;10:226-41.
5. García-Rodríguez O. Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. *Trastornos Adictivos*. 2008;10:242-51.
6. Llorente del Pozo JM, Iraurgi-Castillo I. Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Trastornos Adictivos*. 2008;10:252-74.