



CAMBIOS SOCIALES, CAMBIOS EN LOS TRATAMIENTOS

TRE BORRÀS I CABACÉS* Y ARTUR SARDÀ I GARCIA**

**Psiquiatra-Psicoterapeuta. Coordinadora del SMD. **Psicólogo Adjunto del SMD. Psicoterapeuta. Servei Municipal de Drogodependències (SMD), Hospital Universitari Sant Joan. Reus (España)*

El Sistema Droga y los conflictos que disfraza

En los años 80 del pasado siglo se crearon diferentes redes de centros de atención a las drogodependencias y a los drogodependientes en todo el estado español, muy a menudo a partir de las iniciativas locales de profesionales interesados en este tema y con la suficiente influencia institucional como para canalizar los recursos generados por el creciente clamor social. Muchos de estos profesionales parecían responder a un perfil de-

Tre Borràs i Cabacés es Psiquiatra, Máster en Terapia Familiar Sistémica y Master en Mediación Familiar Sistémica por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Docente de l'Escola de Terapia Familiar de L'Hospital de Sant Pau-Fundació Dr.Robert-UAB. Miembro de la junta directiva de Grup Igia y miembro de la Secretaria permanente de la Coordinadora de CAS. Coordinadora del CAS de Reus.

Artur Sardà i Garcia, se licenció en Psicologia en la Universitat Autònoma de Barcelona en 1989. Obtuvo el Máster en Terapia Familiar Sistémica en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Ha realizado diversas colaboraciones con el Departament d'Antropologia de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona. Desde 1993 ejerce como Psicoterapeuta en el Servei Municipal de Drogodependències (SMD) de Reus.

terminado, a tenor del cual se dejaban fascinar por aquellos «nuevos» trastornos, relacionados con el uso y consumo de ciertas drogas (básicamente la heroína), que parecían extenderse como una epidemia y que comportaban toda una florida sintomatología conductual. En el imaginario popular se atribuía toda esta sintomatología a los efectos entre mágicos y siniestros de dichas sustancias que, pese a contar con un uso milenario en sus distintas combinaciones y preparados, se percibían como si acabaran de hacer su primera aparición en la historia. En realidad, lo que ocurría era que se mezclaban toda una serie de conflictos de diferente orden (sociales y personales, generales y particulares), y se concebían como un solo tipo de conflicto universal, casi irresoluble pero de descripción simple: la droga.

Los rasgos definitorios de este fenómeno, casi totalmente imaginario, nos los describe Baratta (1989) en un artículo de aquella época. Según él, se basa en cuatro generalizaciones que resumimos aquí:

1.- El consumo de drogas siempre acaba en dependencia; y de las drogas blandas se



pasa necesariamente a las duras (el llamado fenómeno de la escalada).

2.- Los toxicómanos tienen otra concepción de la realidad diferente de la de la gente «normal»: pertenecen a una subcultura desviada.

3.- Los toxicómanos son delincuentes, incapacitados para ganarse la vida trabajando, y sólo pueden vivir en la marginalidad.

4.- La drogodependencia es una enfermedad psicofísica irreversible.

Si bien ésta sería la expresión más exagerada de este tipo de creencias, en aquel momento era ampliamente compartida por diversos y amplios sectores de la sociedad. Además, y mientras el debate social se articulaba aún en torno a si se trataba de una enfermedad o de un vicio, la red de servicios de Salud Mental no se mostró preparada o dispuesta para asumir esta problemática, quizá por falta de recursos o quizá por el miedo a lo desconocido, a afrontar nuevos retos, como a veces les ocurre a algunos profesionales acomodados en una larga trayectoria, o bien porque en aquel momento la red de Salud Mental tenía otras cuestiones prioritarias a resolver. Paralelamente, como ya se ha dicho, otros profesionales de la salud y de lo social, generalmente más jóvenes (y generacionalmente más próximos a los denostados toxicómanos), encontraban aquí una puerta abierta para poder desarrollar su vocación a la vez que una salida profesional en el contexto de un mercado difícil. Quizás para algunos sólo contaba esto último.

Es así, para cubrir este vacío, como empiezan a crearse centros especializados, aquí y allá, luchando por el reconocimiento y la subvención, hasta que, con distintos ritmos y particularidades, van organizándose en redes que coordina la Administración Pública (o diversas administraciones públicas a la vez). En Cataluña, por ejemplo, confluyen en la XAD (Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya), que se articula en 1986 a través del Òrgan Tècnic de Drogodependències del Departament de Sanitat de la Generalitat. Y a nivel estatal, los diferentes planes autonómicos se impulsan y coordinan desde el Plan Nacional Sobre Drogas.

En esa primera etapa, a nivel de representación social, aún se diferenciaba entre la adicción a drogas legales o ilegales (las primeras no eran consideradas drogas), y esta arbitraria diferenciación se recogía incluso en la definición de los centros pertenecientes a la XAD a mediados de los 80, considerados un servicio especializado, específico e interdisciplinario para atender a los alcohólicos, heroínómanos y otros tipos de drogodependencias, así como el tabaquismo¹. Los motivos por los cuales el alcoholismo y el tabaquismo no podían considerarse incluidos dentro de «otros tipos de drogodependencias» los desconocemos, pero solían justificarse en pro de una mayor claridad del mensaje social que pretendía traspasarse; es decir, que no surgía de una reflexión científica sino que se trataba de una licencia poética en favor de la legalidad vigente y del discurso social imperante, o también podría tener que ver con una representación social de ambos fenóme-



nos normalizada y atendida o desatendida en las redes existentes: Salud Mental y Atención Primaria de aquel momento.

A partir de la década de los 90 se extienden los centros prescriptores y dispensadores de metadona, surgidos de otra alarma social, secundaria a una realidad epidemiológicamente preocupante: el sida y la rápida extensión de los contagios por VIH entre los usuarios de drogas por vía parenteral. Estos dispositivos no son sino una muestra más de que se está produciendo un cambio de filosofía, primero entre los profesionales y, con el tiempo y muchas dificultades, en la sociedad general. Según P.A. O'Hare, el concepto de reducción de daños empezó a utilizarse a finales de los 80 en respuesta a determinados factores de presión:

«El primero fue el problema de la infección por VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). El segundo, la sospecha creciente de que las estrategias que habíamos adoptado para tratar el consumo de drogas no habían mejorado sino que exacerbaron el problema»².

En torno a la metadona se han generado mitos y controversias. Por una parte, muchos usuarios y, sobre todo, muchos de sus familiares e incluso algunos profesionales, la demonizaban, considerándola una droga más (sin concesiones a su condición de «medicamento») y, por tanto, quienes la tomaban continuaban siendo dependientes y enfermos, por lo que no se le reconocía ninguna utilidad. Es decir, que no se valora-

ban las evidentes mejoras en términos de estabilidad a todos los niveles, desde la disminución de los comportamientos disociales hasta el establecimiento de una relación más saludable con los recursos sanitarios, con el potencial de mejoría que ello supone. Por contra, tan sólo se hacía hincapié en si seguían tomando o no alguna cosa (aun cuando fuera indicada terapéuticamente), ya que eso significaba que no eran lo suficientemente fuertes como para dejarlo «a pelo» o «por huevos» (u otras expresiones por el estilo, claramente indicadoras del tipo de creencias y cosmovisiones que se escondían detrás de tan «sanas» ideas). Por lo que respecta a las ofertas asistenciales se distinguían claramente dos tipos de programas: los «libres de drogas» (aunque en ellos se utilizaran psicofármacos con fines terapéuticos) y los «que no», y se planteaba la diferenciación en términos excluyentes y categorizando los segundos como tratamientos casi compasivos. Pero, por otra parte, algunos pensaban que la metadona sería la panacea, ya que ningún toxicómano podría volver a justificar su comportamiento sobre la base de la insoportabilidad de la abstinencia.

Se trata de dos errores diametralmente opuestos, pero surgidos de la misma creencia de fondo: que lo que estábamos viendo eran tan sólo «problemas de drogas». Con el paso del tiempo se ha ido evidenciando que el problema de la metadona como fármaco sustitutivo en tratamientos por dependencia a los opiáceos es que ha bloqueado la investigación de otros tratamientos sustitutivos como puedan ser los de heroína, por ejem-



plo, probablemente más adecuados para algunos casos. Pero, sobre todo, lo que se ha ido demostrando es que lo que atendemos no son principalmente problemas de drogas, en el sentido de que los efectos de tal o cual sustancia sean, por sí solos o principalmente, la causa de tanta patología. Lo que atendemos, en realidad, son:

a) Problemas de salud mental o conflictos de orden psicológico: trastornos de personalidad, del estado de ánimo, adaptativos y por estrés postraumático, así como diversos tipos de neurosis, psicosis, historias de abusos en la infancia, etc. En los últimos años se ha rescatado el concepto de patología dual que, en este ámbito, describe a quienes padecen un problema de drogas y además otro trastorno mental. Según nuestra observación³, la mayor parte de nuestros pacientes pueden ser diagnosticados de duales y, por lo general, es el otro trastorno psiquiátrico el que nos explica las dificultades de control con las drogas y no al revés. En definitiva, el consumo de drogas constituye a menudo una forma de automedicación⁴.

b) Problemas relacionales, conflictos familiares: de pareja, entre padres e hijos, trigeracionales... Una buena parte de los profesionales de la XAD y de las redes específicas de atención a drogodependientes son conocedores del modelo familiar-sistémico, quizá porque en este campo hay una tradición de trabajar con las familias y buscar su implicación en los tratamientos, particularmente en la psicoterapia. El abordaje familiar de los problemas de drogas tiene su origen

en el trabajo de L. Cancrini (1982), a quien nos referiremos más adelante.

c) Emergencias sociales: pobreza, marginalidad, carencias básicas (techo, nutrición, afecto...), procesos migratorios difíciles, constituyen situaciones desesperadas en las que los consumos abusivos de drogas son habituales y podrían considerarse también una forma de automedicación orientada a soportar un ambiente social excesivamente hostil. Dichas situaciones se perpetúan a menudo en el seno de auténticas sagas familiares que recogen, mezclan y combinan todo tipo de trastornos y de dificultades, como una pesada herencia de carencias que pasan de generación en generación. Son las denominadas familias multiproblemáticas (Coletti y Linares, 1997), en alusión a la multiplicidad de conflictos que les afectan, o incluso familias multiservicios, en referencia a la diversidad de recursos sociales que utilizan.

Estos tres grupos no son mutuamente excluyentes, sino que a menudo coinciden en un mismo individuo o situación, o bien se entra y se sale de la precariedad varias veces a lo largo de una misma trayectoria vital.

Pero, por otra parte, el hecho de que los conflictos con las drogas coincidentes con situaciones de marginalidad o precariedad social son los más visibles y llamativos, apunta a una de las funciones no explicitadas de las políticas prohibicionistas en materia de drogas y de sus discursos autojustificativos (Baratta, 1989): la transformación de unos problemas sociales, que podrían evidenciar déficits o negligencia en las políticas sociales



de las administraciones, en unos problemas de drogas, la responsabilidad de los cuales es fácil que recaiga sobre el propio afectado o, si no, sobre unas redes más o menos abstractas de narcotraficantes y mafiosos, contra las cuales se supone que ya se está luchando obstinadamente. De esta forma, el debate se centra en la necesidad de reforzar o no la represión, evitando replantearse conceptos básicos del modelo social que vivimos o padecemos, como la desigual distribución de la riqueza y las oportunidades, la escasez de recursos sociales al tiempo que se bajan los impuestos, la capacidad de integrar socialmente a los más débiles o desfavorecidos... Y el pueblo llano, educado para no entrar a fondo en ningún debate, pide soluciones inmediatas, que se traducen en más presencia policial y más represión, sin plantearse si eso comportará menos recursos sociales, menos programas orientados a la integración, etc. Parece que preferimos gastar cien en represión que diez en prevención y educación. Es así como los problemas se perpetúan, y culpar a las drogas o a la mafia es la forma que tienen en muchas ocasiones las administraciones de eludir sus responsabilidades.

Este debate, planteado en estos términos, se ha ido trascendiendo en la última década. Cada vez más, el consumo de drogas se percibe de forma normalizada, es decir, despojada de ideología; cada vez más, los consumidores no conflictivos ni patologizados se han mostrado a la luz pública, y su mera existencia visible ha acabado de desmontar la ideología que Baratta denominaba Sistema

Droga. Cada vez más, se han ido creando recursos para atender las situaciones de precariedad más graves, si bien muchos de ellos han surgido como recursos específicos ligados a los programas y redes de atención a las drogodependencias y no como recursos ligados a los servicios sociales generales. Aun teniendo en cuenta que, a menudo, los usuarios de estos recursos (de acogida, de emergencias sociales...) no son básicamente toxicómanos que han llegado a tal situación como consecuencia de su adicción, sino todo lo contrario: el uso más o menos abusivo de drogas sería un recurso para soportar una precariedad desesperanzada, en la línea de la automedicación, como ya apuntábamos.

Además, con el paso de los años las profecías autocumplidoras⁵ tienden a hacerse realidad, y en estos momentos contamos ya con un amplio colectivo de personas de cierta edad que han dedicado su vida a representar el papel estereotipado de toxicómano, ya sea en la vertiente activa o en la vertiente «ex-drogadicto-cruzado antidrogas». Asimismo, han adquirido conciencia de colectivo afectado por preocupaciones similares y, desde esta autodefinición, les resulta más fácil reconocerse, integrarse y cohesionarse cuando se encuentran en torno a un recurso formalmente creado para ellos, entendiendo por «ellos» aquellas personas que se identifican con la autodefinición referida. Algunos han tenido hijos, los cuales han podido seguir o no sus pasos, pero han crecido empapándose de dicha «doctrina». Todo ello explica que, pese a que normalizar significaría crear recursos generales frente a la precariedad de



todo tipo, siguen siendo necesarios recursos específicos debido a las especificidades históricas; de la misma forma que, desde una perspectiva sanitaria, normalizar significaría que los problemas relacionados con drogas se hubieran atendido ya en su día desde las redes generales de asistencia a la enfermedad mental, pero se llegó a una situación en la que los recursos específicos para atender dichos problemas se hicieron necesarios. No obstante, el objetivo final de estos recursos específicos sería hacer de puente con los recursos generales, atender aquellos mínimos que facilitarían aquel contacto, aquel acoplamiento estructural (Maturana y Varela, 1984) que propiciará los cambios necesarios para acceder a ellos.

Hay que señalar también que es cierto que actualmente las demandas generadas en torno a la heroína tienden a descender (queda, eso sí, un remanente de históricos más o menos cronificados, y además todavía algunos jóvenes siguen iniciándose), aumenta notablemente la demanda relacionada con el uso y abuso de cocaína, pero no aumentan las demandas en torno a otras drogas de moda, como el éxtasis. También se incrementan, eso sí, las relacionadas con alcohol y tabaco, aunque no se puede deducir que aumenten los abusos de esas sustancias, ya que podría ser consecuencia del cambio de discurso social (ahora preocupan más que antes). También merecen consideración especial las demandas por cocaína combinada con alcohol en unas pautas de comportamiento determinadas, que permiten que la historia clínica pueda abrirse bajo uno u otro epígrafe⁶. A

menudo alcohol y estimulantes, malos tratos y violencia se encuentran juntos en la práctica clínica, si bien lo determinante continúan siendo los condicionantes socioculturales, que explican mejor tanto unos comportamientos como los otros. Sin embargo, las demandas por éxtasis (MDMA) o sustancias afines, siguen siendo insignificantes, pese a la alarma social expresada a menudo a través de los medios de comunicación. Por lo general, sus consumidores están más integrados socialmente, menos estigmatizados y, si lo precisan, son atendidos con más tranquilidad por diferentes dispositivos sanitarios y sociales, de forma que, a menudo, la tarea de los recursos específicos consiste en dar soporte a dichos servicios, sin realizar una intervención directa con los usuarios. La evolución de las demandas por cánnabis merece atención aparte y lo retomaremos más adelante en el capítulo de intervenciones y estrategias.

Por último, siguen encontrándose con serias dificultades de origen político quienes quieren investigar el potencial terapéutico de dichas sustancias⁷, aun cumpliendo con todos los requisitos de la ética científica. En contraste, existe otra realidad que con miles de jóvenes, cada fin de semana, en unas condiciones ambientales improvisadas y mucho menos seguras, «investigan» por su cuenta, sin poder beneficiarse de eventuales avances científicos que permitirían canalizar esta curiosidad, sana en sí, y disminuir sus riesgos. Todo ello constituye un amplio campo para la investigación científico-social, que permanece en buena parte bloqueada por absurdas inercias o por intereses oscuros.



Con quién estamos tratando

Ya hemos dicho que muchos de los conflictos que originan demandas focalizadas sobre los consumos de drogas son, ciertamente, problemas relacionados con el ámbito de la Salud Mental, pero con la presencia primaria de otros trastornos descritos en la literatura científica y respecto de los cuales el uso arriesgado o inadecuado de drogas constituiría un síntoma o manifestación externa.

A menudo, los criterios de diagnóstico psiquiátrico no son tan claros y objetivos como los de la medicina orgánica, dado que el grado de complejidad es mayor. Diagnosticar una apendicitis es cualitativamente diferente de diagnosticar un trastorno bipolar. Incluso el DSM-IV-TR (APA, 2002), elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana y adoptado internacionalmente como modelo y paradigma de la objetividad científica en materia *Psí*, deja amplios márgenes para la subjetividad, para la inventiva y, desgraciadamente, para el etiquetaje determinante, sobre todo cuando se diagnostican trastornos que ya portan en su propia denominación el trágico sello de la irreversibilidad, como los trastornos de personalidad. El diagnóstico como etiquetaje puede ser tan reduccionista como la etiqueta de toxicómano, la cual, por supuesto, también está recogida en un capítulo concreto del DSM-IV-TR con una denominación distinta para cada sustancia y para cada caso: Abstinencia, Dependencia, Abuso e Intoxicación.

En los dispositivos de drogodependencias se trabajaba tradicionalmente sin obsesio-

narse por los diagnósticos, centrandose la atención en las características individuales de cada caso. Pero un sistema diagnóstico consensuado también permite operativizar, simplificar y contabilizar el trabajo. Y abre la posibilidad de intercambiar información entre profesionales formados en distintos modelos. El diagnóstico como simplificación, como ejemplo, como metáfora de la realidad, permite esta comunicación entre profesionales que trabajan en el mismo caso a un nivel mitad racional, mitad intuitivo; el soporte terminológico permite entenderse mejor y, en definitiva, revertir esta coordinación en favor del paciente.

Otra cosa distinta es considerar el diagnóstico como una sentencia que ha de acompañar a una persona toda la vida, constando en todos sus informes de salud, despertando todo tipo de fantasmas y de temores irracionales en torno a unos trastornos que quizá ni siquiera existen objetivamente, que son como espejismos, como lo son (o lo eran) los toxicómanos tradicionales, que sólo existían en tanto en cuanto se creía devotamente en el Sistema Droga.

Otros factores, como las necesidades de las industrias farmacéuticas que, para hacer encajar mejor sus nuevos fármacos, necesitan operativizar el sufrimiento humano, o procesos tan circunstanciales y específicos como la cuestión de los MESTOS⁸, pueden haber contribuido a «psiquiatrizar» los centros de drogodependencias. Que todo ello coincida en el tiempo con el «resurgimiento» de la Patología Dual (FEPSM, 2004) puede que no sea más que una coincidencia.



En nuestro caso, orientamos nuestras prácticas partiendo de un modelo relacional, constructivista y cognitivista⁹, del cual pasamos a describir algunos conceptos.

Hablamos de paciente identificado cuando trabajamos con sistemas familiares. El concepto describe aquel a quien todos los demás señalan como problemático, habitualmente quien da nombre a la historia clínica, si bien su comportamiento más o menos excéntrico, inadecuado o conflictivo, visto en una perspectiva de conjunto, encaja perfectamente con los comportamientos simultáneos de otros miembros de la familia, conformando un juego relacional con unas leyes y características que trascienden las propias intenciones y voluntad de los afectados. Por ello, entendiendo a la familia como un sistema, como una unidad disfuncional, enferma, bloqueada o como se le quiera llamar, concebimos al paciente como un síntoma del trastorno que afecta al conjunto, aun siendo aquel a quien los demás señalan como único problemático. Así, hemos visto parejas que, sin proponérselo, han «salvado» su matrimonio gracias a tener un hijo toxicómano, y éste, sin saberlo, les ha hecho este favor o esta jugarreta cuando quizás únicamente intentaba evadirse de la situación. También vemos parejas sustentadas por la enfermedad de uno de ellos, que da la oportunidad al otro de manifestar su abnegación vocacional: ¿que sería del uno sin el otro? Son aquellos que no tienen nada de que hablar sobre sí mismos o sobre su relación, porque todo está muy bien, y el único problema es la sustancia, respondiendo a la imagen estereotipada

sobre el «poder» de la sustancia a la que nos hemos venido refiriendo.

El modelo sistémico no trabaja con lo intrapsíquico, como el psicoanálisis o la hipnosis, ni exclusivamente sobre la conducta, como el conductismo; trabaja sobre las relaciones, sobre aquello que fluye entre los unos y los otros, y también sobre las cogniciones. No busca relaciones de causa-efecto, sino circularidad, bucles autoexplicativos, feed-backs; no interesa si fue primero el huevo o la gallina, sino que los huevos y las gallinas se explican mutuamente. Es un modelo que más bien rehuye los diagnósticos, pero habla de metáforas-guía.

Juan-Luis Linares (1996) describe los conceptos de conyugalidad y parentalidad y, en torno a ellos, propone todo un sistema diagnóstico que expondremos brevemente.

Conyugalidad hace referencia a la calidad de las relaciones entre los padres o aquellos que asumiesen las funciones parentales en la infancia del sujeto y se sitúan en un continuum desde la más armónica a la más disarmónica.

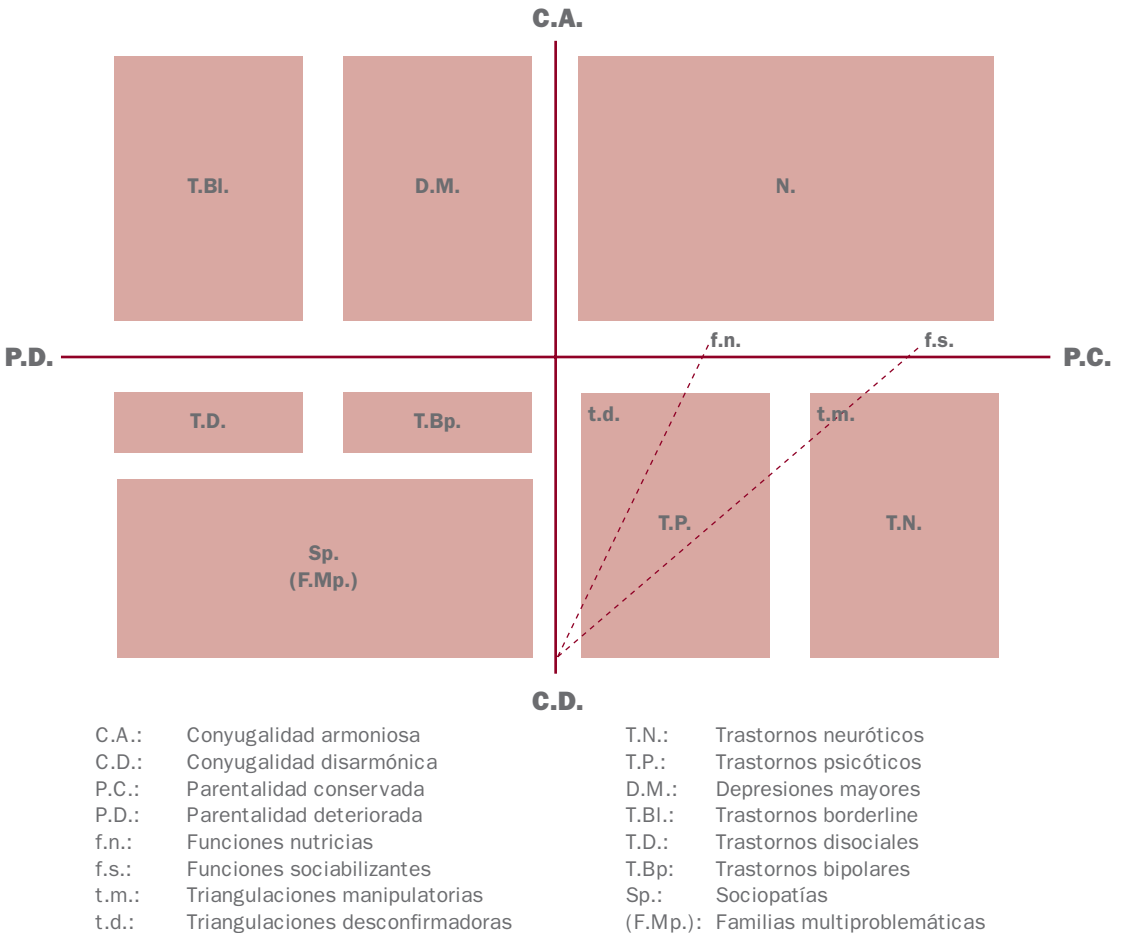
Parentalidad se refiere a la calidad de las relaciones entre aquellos y el propio sujeto, y tales relaciones también se sitúan en un continuum desde la más conservada hasta la más deteriorada.

Ambos ejes se cruzan y dan pie a diferentes posibilidades que describiremos en términos de DSM-IV (fig. 1):

1) Cuadrante CA-PC: Todo muy bien, normalidad. Pero hay trastornos que no tienen que ver con los acontecimientos de la infancia sino con situaciones traumáticas su-



FIGURA 1. Metáforas-guía para un diagnóstico sistémico



Extraído de Linares JL. *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós Terapia familiar, 1996; 112.

cedidas después, como los trastornos por estrés postraumático, adaptativos, algunos procesos psicossomáticos menores...

2) Cuadrante CD-PC: Los padres son funcionales como tales, aportan la nutrición ne-

cesaria, incluida la afectiva, pero tienen mala relación entre ellos y, de alguna manera, el hijo se ve involucrado en medio de un conflicto de lealtades, atrapado en lo que llamamos triangulación. Ésta puede ser sencillamente



manipulatoria, cuando uno de los progenitores, de forma explícita, propone al hijo coaliciones contra el otro; se relaciona con todo tipo de neurosis, concepto hoy en desuso y traducido de mil maneras en el DSM-IV. La triangulación también puede ser desconfirmatoria, cuando la propuesta no es explícita sino equívoca y contradictoria. Estos dobles mensajes se han relacionado en el modelo sistémico con la psicosis (Bateson, 1956).

3) Cuadrante CA-PD: La madre de todas las depresiones. Los padres se quieren -se ve claramente-, pero «no me quieren a mí», forman un frente de rechazo insuperable. Estas situaciones, junto a la hiperexigencia, se relacionan más con la depresión mayor. Pero si lo que predomina es el caos y la dejadez, se relacionarán más con trastornos de personalidad del grupo de los inmaduros, como el límite.

4) Cuadrante PD-CD: ¡Todo va mal! Suele relacionarse con situaciones de caos y emergencias sociales, como los citados al principio, falta de nutrición a todos los niveles, carencias heredadas, familias multiproblemáticas o multiservicios, trastornos antisociales y, para aquellos casos en los que hay un poco más de estructura pero persisten las carencias afectivas, trastornos bipolares.

Esta propuesta no se corresponde, por supuesto, con la realidad absoluta, pero es una buena guía o herramienta de trabajo, siempre y cuando estemos dispuestos a asumir que no siempre encajará.

En los años 70, L. Cancrini, a quien ya nos hemos referido, realizó también una cla-

sificación, específicamente para toxicómanos en su caso (identificados exclusivamente con los heroínómanos, en aquel momento). Su objetivo era profundizar en el conocimiento de tales situaciones, escoger las estrategias terapéuticas más adecuadas y pronosticar su evolución. Si bien no constituye más que una aproximación a la complejidad de lo real y hay que relativizarla en su aplicación, se debe reconocer su utilidad a efectos descriptivos en un momento en que el desconocimiento del fenómeno era general.

Cancrini las dividía en:

a) Traumáticos: Los que usan drogas de forma peligrosa o inadecuada como consecuencia de un trauma sufrido en algún momento de su vida. Hay más posibilidades de superar el conflicto si se puede identificar el trauma y trabajarlo psicoterapéuticamente de forma individual.

b) Neuróticos: Quienes se basan en su propia tendencia a acomodarse en la repetición de ciertas conductas, una comodidad relativa, puesto que el cuestionamiento es constante: «Mañana lo dejo» sería su frase preferida. Pero permanecen atrapados en dilemas imposibles, recorriendo bucles que les impiden avanzar pese a su constante movimiento, porque son isomórficos con el aprendizaje relacional que conocieron en su primer núcleo familiar.

c) Psicóticos: Las drogas ilegales no son sino otros fármacos más de los que definen su desdichada vida, etiquetados de enfermos incurables, rebosantes de neurolépticos y buscando, siempre buscando, algo que les



aligere de tanto sufrimiento, de tanta disforia. Se han formulado hipótesis en el sentido de que los opiáceos podrían tener efectos antipsicóticos sin los efectos displacenteros de los neurolépticos, lo cual explicaría la predilección de algunos de estos pacientes psiquiátricos por sustancias como la heroína (Casas M., 1991). Al mismo tiempo, pacientes psicóticos o bipolares ya medicados con neurolépticos consumen importantes cantidades de estimulantes y de alcohol para mejorar la sintomatología negativa de la enfermedad (aun a riesgo de activar la productiva) y los efectos adversos de la medicación prescrita.

d) Sociópatas: Las drogas son un elemento más de la cotidianeidad en su subcultura de origen; no son, ni de lejos, el principal problema de sus vidas ni ellos mismos lo consideran así. Pasan por temporadas que podrían describirse como de fuerte dependencia y por otras de abstinencia absoluta, cambiando con relativa facilidad, a menudo en respuesta a circunstancias externas muy variables: entrar y salir de prisión, encontrar uno u otro ambiente, o ninguno. Frecuentemente no tienen familia o, si la tienen, no pueden esperar apoyo adecuado. Paradójicamente, se cuentan entre ellos quienes mejor se han adaptado al discurso y comportamiento del toxicómano clásico, que describe el Sistema Droga, pese a que en sí constituyen un buen ejemplo de lo contrario. Pero son quienes mejor se lo han creído, tanto en su faceta activa como en la de ex, que suelen sucederse como parte de su propia historia interminable. En debates públicos solían

sentar cátedra, suponiendo que su experiencia era la única experiencia posible con la «Droga» y, por tanto, nadie sabía más que ellos, que la habían vivido en carne propia.

Pues bien, esta clasificación de L. Cancrini la podemos hacer encajar en los ejes de Linares, como ya hizo este mismo autor (fig. 2):

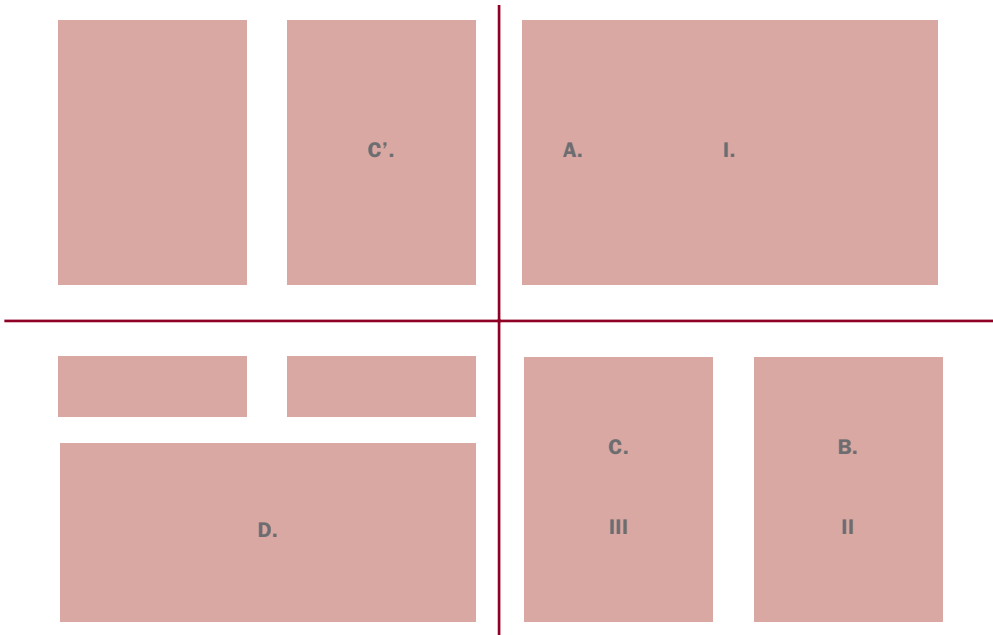
- a) Traumáticos: CA-PC.
- b) Neuróticos: CD-PC con triangulación manipulatoria.
- c) Psicóticos: CD-PC con triangulación desconfirmatoria.
- d) Sociópatas: CD-PD.

Quedaría aún el tercer cuadrante -CA-PD- en el que encajarían los alcoholismos depresivos, de los cuales constituían un buen ejemplo las mujeres que bebían solas y a escondidas en casa, perfil que actualmente se va modificando con la introducción de nuevas sustancias como la cocaína y los cambios en los roles sociales. Otro ejemplo lo constituirían algunos hombres en paro, que no acaban de encontrar su papel a nivel familiar cuando su pareja está laboralmente activa. Como se ha dicho, en la clasificación DSM-IV correspondería a la depresión mayor, ya que la distimia, que incluye comportamientos más provocativos, encajaría mejor en el perfil CD-PC con triangulación manipulatoria.

Extendernos en la descripción de este modelo diagnóstico, que no es, ni con mucho, el más utilizado en los centros de dro-



FIGURA 2. Metáforas-guía para un diagnóstico sistémico



- A.: Drogodependencias traumáticas
- B.: Drogodependencias neuróticas
- C.: Drogodependencias psicóticas
- D.: Drogodependencias sociopáticas

- I.: Alcoholismo “depresivo”
- II.: Trastornos psicósomáticos menores
- III.: Trastornos psicósomáticos psicóticos

Extraído de Linares JL. *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós Terapia familiar, 1996; 118.

godependencias, sino uno más, tiene el sentido de mostrar que es relativamente fácil construir categorías y clasificaciones diagnósticas y que, una vez bien definidos cuatro rasgos característicos, se pueden hacer encajar en otras construcciones similares de forma muy verosímil; tanto, que corremos el riesgo de acabar utilizando simples metáfo-

ras como realidades incuestionables y tangibles, tal y como ha ocurrido a lo largo de muchos años (y sigue ocurriendo aún en muchos sectores) con el tema de las drogas y el uso que de ellas hacemos. Este es el riesgo de confundir el mapa con el territorio o tomarse los diagnósticos demasiado al pie de la letra.



Estrategias de intervención: terapia, control y sus puntos de fricción

Este apartado no pretende describir exhaustivamente la amplia diversidad de actividades y servicios (educación sanitaria, tratamientos farmacológicos, psicoterapias, gestión de ayudas sociales...), que se ofrecen desde los distintos centros de tratamiento o desde las redes de salud comunitaria y de servicios sociales (áreas básicas de salud, centros de salud mental, servicios sociales de atención primaria, oficinas de farmacia, centros de formación y ocupación...) de una forma independiente o coordinada con los servicios específicos. Indudablemente, cada servicio tiene su importancia y relevancia, y en distintos tiempos de un mismo proceso terapéutico el referente para el usuario puede ir variando (actualmente se ha empezado a incorporar la figura del gestor del caso, término al que, en nuestra opinión, habrá que dotar de contenido en el ámbito de intervención real. Entre las nuevas incorporaciones en las redes de atención queremos destacar la de los farmacéuticos comunitarios y sus oficinas de farmacia como servicios de dispensación de tratamientos con agonistas opiáceos y otros tratamientos farmacológicos que puedan ser precisos, en estrecha colaboración con los servicios que prescriben y además realizando un soporte psicosocial continuado¹⁰.

Toda esta información puede consultarse en los distintos planes municipales, autonómicos o estatales¹¹.

Sí que nos permitiremos, no obstante, extendernos en algunos aspectos quizá más

delicados de nuestra actividad, por entrar en juego diversos dispositivos sociales, cada cual con sus funciones y características; y que constituyen a la vez situaciones más propias de los centros de drogodependencias que de otros recursos sociales o sanitarios.

Los objetivos de los centros de tratamiento son terapéuticos, definición con la que todo el mundo está formalmente de acuerdo. No obstante, es frecuente que estas funciones se confundan por parte de algunas instancias o de algunos particulares, y se formulen demandas de control y coerción, que no tan sólo no les corresponden sino que podrían ser contraproducentes para el objetivo esencial, que es curativo y que debe basarse en la confianza para ser eficaz.

También hay requerimientos que no pueden ser rechazados (como las demandas judiciales, por ejemplo). Así pues, se han ido generando modelos y estrategias que conjuguen el obligatorio respeto a la ley, la necesaria coordinación entre profesionales de distintos ámbitos y el mantenimiento de las condiciones básicas que permitan seguir ejerciendo con eficacia las funciones encomendadas.

Vamos a repasar algunos ejemplos:

a) *Informes judiciales*: Ya sea a propuesta del propio juez que instruye el caso o del abogado que lleva la defensa del paciente, a menudo se requieren informes, tanto para esclarecer la realidad en todos sus aspectos como para ser utilizados a favor de argumentaciones exculpatorias o atenuantes en la línea de alienaciones mentales transitorias



debido al efecto de las drogas o a las consecuencias del síndrome de abstinencia.

No hay un consenso acerca de cómo abordar este tipo de demandas ni tampoco existe ningún protocolo específico. Se tiende a incluir información bastante general y neutra, referida ante todo a la asistencia e implicación en los programas, pero sin desvelar información confidencial, a no ser que se nos pida explícitamente por parte del interesado y que sea, por tanto, en su beneficio. Además se comparte el contenido del informe con éste antes de entregarlo al juez o a quien proceda; pensamos que este tipo de intervenciones también deben implicar al paciente de una forma responsable y participativa.

b) *Libertad condicional*: Cuando un preso accede a ella y los servicios sociales penitenciarios o el propio juez de vigilancia penitenciaria piensan que va a tener dificultades para integrarse a la vida social en libertad, solicitan la intervención de los recursos sociales externos. Si el preso tiene antecedentes de toxicomanías, suelen derivarlo a un centro de tratamiento específico. Cuando el interesado discrepa de esta opinión y no desea contactar con dichos recursos, se puede llegar a exigir dicho contacto como condición para acceder a la libertad.

La intención de estas prácticas es positiva, en la línea de sustituir coerción por terapia, pero a veces su utilidad es escasa si no se trabaja teniendo en cuenta estos condicionantes contextuales.

Lo peor que puede ocurrir es que coincidan una excesiva rigidez por parte de los operadores sociales con un empecinamiento

desafiante por parte del afectado. En cambio, si existía una relación de confianza previa entre el usuario y el operador social, es más fácil llegar a un acuerdo de mínimos, con la suficiente flexibilidad y trascendiendo los recelos mutuos.

c) *Multas por consumo público o por tenencia de drogas ilegales*: Entre los profesionales se conocen popularmente como «multas por porros», ya que en su inmensa mayoría se aplican en torno a esta sustancia, ya sea porque su consumo es el más extendido (de entre las ilegales), ya sea porque sus consumidores son más propensos al consumo público, quizá porque no llama mucho más la atención que el hecho de fumar tabaco. El crecimiento de este tipo de demandas se ha disparado en los últimos años (Sardà et al., 2001). Puesto que la propia ley que permite sancionar el consumo público (o la simple tenencia detectada en el curso de registros más o menos arbitrarios) establece que la sanción no se hará efectiva si el afectado se «somete» a tratamiento, va en aumento el número de ciudadanos dispuestos a «someterse» (con la peor disposición posible) a las propuestas más o menos interesantes o en ocasiones incluso caprichosas de unos seres con bata blanca que pueden ser percibidos como un apéndice del aparato represivo oficial. La mayor parte de dichos demandantes no tiene una relación problemática con las drogas, sino que sus consumos son moderados, adecuados e incluso (hoy ya) socialmente aceptados. Pero si hipotetizamos que podrían llegar a tener problemas con las drogas en el futuro, las



condiciones de su primer contacto con los recursos públicos destinados a ayudarles no pueden ser más nefastas: ni interés personal, ni confianza; sólo obligatoriedad y «sometimiento». Una vez más, los operadores tenemos la oportunidad de darle la vuelta a esta situación, siempre y cuando tengamos claro que nuestra fidelidad la debemos a las funciones socialmente encomendadas y no a determinadas estrategias políticas cada día más cuestionadas.

Si bien cada centro asistencial resuelve estas situaciones a su manera, en algunos de ellos se ha acabado desarrollando un protocolo de actuación que referimos a continuación:

En primer lugar se realiza la anamnesis clínica. En ese momento se emite el primer informe certificando que dicho sujeto ha iniciado tratamiento, lo cual paraliza el procedimiento sancionador durante un tiempo, a la espera de los informes posteriores. Se le cita entonces para la exploración psicológica unos días después. Se emite un segundo informe y se le emplaza para contactar con nosotros si surge algún problema (con las drogas). Pasados algunos meses, si el sujeto no ha hecho ninguna demanda, deducimos que está bien, con lo cual se le facilita el informe final o de alta. Se evitan planteamientos que sugieran «sometimiento» del tipo que sea, se crea una atmósfera de confianza y complicidad terapéutica, que será, en definitiva, lo que favorecerá una pronta demanda si, eventualmente, la persona atendida tuviera algún día verdaderos problemas con drogas y no sólo problemas policiales o referidos a los derechos humanos.

El contenido de los informes es totalmente neutro y, en el ámbito estadístico, los casos constan en el apartado de «Otros» especificando «Multas», para evitar así hinchar las cifras de demandas de tratamiento por cannabis mediante artificios políticos.

d) *Grupos de usuarios*: Otro fenómeno desarrollado a lo largo de los años 90 ha contribuido a desmontar el Sistema Droga: la aparición de asociaciones antiprohibicionistas, la organización de grupos reivindicativos por parte de sujetos que habían sido definidos como incapaces de organizarse o de reivindicar nada como colectivo, ya que el deterioro provocado por la «Droga», les impedía, supuestamente, organizar su propia vida.

Contrariamente a tanta superstición, estos grupos, sobre todo los cannábicos¹², han sabido llegar a los medios de comunicación, a diversos sectores políticos y sociales, provocando una verdadera revolución en la percepción social del cannabis y de las drogas en general. En torno a la cultura cannábica han crecido empresas y editoriales, se han realizado congresos e investigaciones, llegando incluso a la cultura popular de la pequeña pantalla.

Paralelamente, e inspirándose en diversas experiencias europeas, desde los centros de tratamiento se ha potenciado y prestado apoyo a la creación de asociaciones de usuarios, concebidas como algo a medio camino entre el grupo de autoayuda y la asociación reivindicativa, oscilando entre una y otra opción según el momento, el lugar y las personas. El desarrollo de este tipo de grupos está dando buenos resultados a nivel terapéutico y comunitario (Borràs et al., 2000).



Podemos ejemplificarlo con la descripción de uno de estos grupos, que conocemos bien por proceder de nuestra realidad local, denominado ARSU:

ARSU significa *Associació Reus Som Útils*¹³, y sus integrantes, con un mínimo de infraestructura cedida por el Ayuntamiento, han creado una asociación que se coordina con otras similares del área de Barcelona y del resto de Cataluña, además de estar en fase de integración en la Federación Estatal de Asociaciones, FAUDAS. A escala local, han aparecido en ocasiones en los medios de comunicación debido a sus campañas de recogida voluntaria de jeringuillas en las zonas de consumo, así como también por su participación en el programa DIPI (Diversificación de Puntos de Intercambio)¹⁴, ocupándose del mantenimiento de una máquina de recogida y dispensación de jeringuillas y material higiénico para la inyección más segura y para la dispensación de preservativos. Con todo ello podemos decir que la red funciona desde los usuarios hasta la Administración a través de un entramado comunitario que incluye también los dispositivos asistenciales así como otros centros comunitarios, logrando con mayor o menor fortuna el objetivo de la participación y la interacción dialéctica.

Comentarios finales

La organización de las redes de atención a las drogodependencias en el estado español se ha desarrollado en los últimos 25 años y es, por tanto, relativamente joven.

Se construyeron como respuesta a una creciente presión social que demandaba respuestas urgentes ante un fenómeno nuevo, lo cual comportó que al principio las respuestas fueran simples, rígidas y, en ocasiones, inadecuadas. Faltaba tiempo para la reflexión, el análisis y la investigación y faltaba experiencia por parte de todos los protagonistas.

La irrupción del sida contribuyó al desarrollo de nuevos paradigmas de intervención, en la línea de la disminución de daños y riesgos, que favorecían la normalización de las relaciones entre el colectivo de usuarios (o consumidores) y el contexto social más amplio, permitiendo a su vez poner en marcha diferentes estrategias basadas en la prevención y la salud comunitaria, la asistencia terapéutica y los mecanismos de integración social, todo ello desde una postura más flexible, adaptada a la complejidad y a las diferencias entre los distintos usuarios.

Dichos cambios se relacionan también con la creciente experiencia de los profesionales, de los propios usuarios y de otros colectivos sociales, lo cual ha permitido desarrollar estrategias distintas de las meramente asistenciales, para así llegar a otros colectivos y otras pautas de consumo.

Los objetivos actuales de las intervenciones se relacionan con conceptos como la calidad de vida y el derecho a decidir. Partiendo del respeto a las ideas y estilos de vida distintos, podemos establecer relaciones de confianza que ya son terapéuticas en sí mismas y permiten llegar en cada caso lo más lejos que se pueda llegar (en términos de calidad



de vida) con la colaboración del interesado quien, cada vez más, debería vernos como asesores amables, respetuosos, próximos y generadores de confianza.

Notas

1. Esta visión inspira y se fundamenta en la «Lei 20/1985, del 25 de juliol, de Prevenció i Assistència en materia de substancies que poden generar dependència, de la Generalitat de Catalunya (DOG núm. 572, de 7/8/85».
2. Información básica sobre este concepto la podemos encontrar en O'Hare PA. «Introducción: Apuntes sobre el concepto de reducción de daños» (pág.17.»La reducción de los daños relacionados con las drogas». Barcelona: Grup Igja, 1995), en el que se incluye la siguiente definición: «...es una política social que da prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de drogas. Esta estrategia se está convirtiendo en la principal alternativa a los enfoques basados en la abstinencia, cuyo propósito principal es disminuir la frecuencia o la incidencia del consumo de sustancias tóxicas. Los antecedentes de la reducción de daños se sitúan en el modelo sanitario científico, con raíces más profundas en el humanitarismo y el libertarismo. Por tanto, contrasta con la teoría de la abstinencia, que se arraiga más en el modelo punitivo de aplicación de la ley y en un paternalismo médico y religioso.» (Opus cit., 1995, pag. 25).
3. Coordinadora de CAS de drogodependències de Catalunya. Patologia Dual als CAS. Realitats i canvis. Resum i Conclusions de la Jornada de Treball. Cabriels, octubre de 1999, p.15.
4. Diferentes autores se refieren a hipótesis de automedicación. Citamos a Miquel Casas y Stefano Cirillo en la bibliografía como representantes de dos paradigmas bien diferentes: las neurociencias y el modelo sistémico.
5. Baratta (1989) cita el teorema de Thomas y la profecía que se autorrealiza atribuyéndolo a W. y D. Swaine Thomas. «Situations defined as Real are Real in their Consequences». En: Gregory P. y Harvey A. *Social Psychology Trough Symbolic Interactions*. Massachussets-Toronto, pp. 154-155.
6. Datos del Plan Nacional Sobre Drogas.
7. Ahí está el reciente caso de José Carlos Bouso y Gregorio Gómez-Jarabo, que en mayo de 2002 tuvieron que interrumpir una investigación sobre el uso de MDMA como fármaco coadyuvante de la psicoterapia en mujeres con trastorno por estrés postraumático y víctimas de alguna agresión sexual, investigación que contaba con todos los permisos de las comisiones éticas correspondientes y que seguía la línea de otras investigaciones similares en Estados Unidos y otros países (MDMA para el TEP, psilocibina para depresión y ansiedad en enfermos terminales así como para el TOC, ibogaina y ketamina para las adicciones). El motivo de dicha interrupción es que no se les ha proporcionado un local adecuado; ningún centro sanitario ha querido albergarlos. ¿Se trata de algún tipo de objeción (u obsesión) corporativista o de la disciplinada respuesta a los intereses del poder? ¿De que poder? ¿Con que interés? Para más detalles sobre este caso, leer a los propios investigadores en la sección de Cartas al Editor de la publicación *Medicina Clínica* (Barcelona) 2003; 121: 316-9. Y para informarse sobre investigaciones en curso consultar <http://www.maps.org/research/>
8. El 25 de septiembre de 1999 se publicó en el B.O.E. el Real Decreto 1497/1999, en el que se abre un procedimiento especial para la regulación de la obtención de la titulación de médicos especialistas para aquellos médicos que, habiendo obtenido su licenciatura con posterioridad al 1982 y no habiendo optado a la obtención del título de especialista por la vía M.I.R. (médico interno residente), tengan la opción de dejar de ser llamados M.E.S.T.O.S. (médicos especialistas sin título oficial) y tras la acreditación de una dilatada experiencia profesional pudieran acceder a demostrar sus conocimientos en un examen. Ello conllevó, a nuestro entender, una importante psiquiatrización de la red de atención a las drogodependencias en detrimento de la interdisciplinariedad que había prevalecido hasta este momento.
9. Para más información sobre el modelo relacional-sistémico, consultar los clásicos citados en la bibliografía: Ausloos, Bateson, Cancrini, Linares,



- Madanes, Minuchin, Selvini, Sluzki, Watzlawick, Whitaker, White y otros.
10. *Intervenciones preventivas en drogodependencias desde las oficinas de farmacia (IPOF)*, proyecto financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Barcelona: Grup Igia y colaboradores, 1998.
 11. A modo de ejemplo, proponemos consultar el Plà Municipal de Drogodependències 2004 de Reus y el Plà de Qualitat dels Centres d'Atenció i Seguint a les Drogodependències, en los que se enmarcan los autores.
 12. Actualmente, en el estado español ya debe de haber más asociaciones legalizadas que comunidades autónomas. Entre ellas destaca ARSEC (Asociación Ramón Santos de Estudios sobre el Cannabis), la más antigua (data de principios de los 90), la que cuenta con mayor número de militantes (casi 4.000 en su último censo) y la más activa (campanas a favor del autocultivo, iniciativas para reformar las leyes al respecto, promoción de la investigación terapéutica...).
 13. Estatutos d'ARSU. Servei Territorial de Justicia a Tarragona. Generalitat de Catalunya. 21 de junio de 2004.
 14. *Diversificación de los Programas de Intercambio de jeringas*. Barcelona: Grup Igia y colaboradores, 1998.
- Bibliografía**
- Andrés de M et al. *I.P.O.F. (Intervenciones Preventivas en las Oficinas de Farmacia)*. Barcelona: Grup Igia, 1997.
- Andrés de M, Borràs T, Magrí N. *Los programas de reducción de daños. Análisis del desarrollo, funcionalidad e implementación a nivel social de: grupos de usuarios, tratamientos con heroína, educación a la salud*. Barcelona, 1996.
- Ausloos G. *La compétence des familles: temps, chaos, processus*. Ramonville Saint-Aigne: Ed. Eres, 1995.
- Baratta A. Introducción a una sociología de la droga. *Debats* 1989;29:58-69.
- Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland JH. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1956;1:251-264.
- Borràs T, Sesnilo M, Salmons R, Aparicio A, Sabater E. Del hospital a la farmacia comunitaria. En: *Gestionando las drogas*. Barcelona: Grup Igia, 2001; 403-413.
- Borràs T, Carbonell J, de Andrés M, Kjaer J, Kempfer J, Magrí N, et al. *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: Monografías n.7 CREFAT, 2000.
- Borràs T, Ilundain E, Rodes A, Manera P, Andrés de M. *Diversificación de los Programas de Intercambio de jeringas*. Barcelona, 1998.
- Baulenas G, Borràs T, Nieva P. *Centros de encuentro y acogida: documento de referencia*. Barcelona, 1994.
- Baulenas G, Borràs T, Magrí N. *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. Barcelona, 1998.
- Cancrini L. *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma: Nuova Italia Científica, 1982.
- Casas M. Trastorno por dependencia de opiáceos: la hipótesis de la automedicación y su repercusión en el debate sobre la legalización de la heroína. *JANO* 1991;40(943):11-12.
- Coletti M, Linares JL. *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Ed. Paidós, 1997.
- Comelles JM. *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. Barcelona: PPU, 1988.
- Escohotado A. *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial, 1989.
- Escohotado A. *La cuestión del cañamo. Una propuesta constructiva sobre hachís y marihuana*. Barcelona: Ed. Anagrama, 1997.
- FEPSA. *Consenso Patología Dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L., 2004.
- Fericgla JM. *Al trasluz de la ayahuasca. Antropología cognitiva, oniromancia y consciencias alternativas*. Barcelona: Los Libros de la Liebre de Marzo, 1997.
- Freixa F, et al. *Toxicomanías. Un estudio multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella, 1981.
- Funes J, Romaní O. *Dejar la heroína*. Madrid: Dirección General de Acción Social y Cruz Roja Española, 1985.
- Gamella J. *La historia de Julián*. Madrid: Ed Popular, 1990.
- Grup Igia et al. *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona y FAD, 2000.



- Grup Igia et al. *Drogas, legislación y sistema sociosanitario: propuestas desde una perspectiva no represiva*. Barcelona, 1994.
- Grup Igia et al. *Protocolo de actuación ante conflictos comunitarios asociados a la implantación de recursos sociosanitarios de atención a usuarios de drogas en Catalunya*. Barcelona, 2003.
- Grup Igia. *Bases conceptuales y metodológicas de los programas de disminución de riesgos: análisis de experiencias*. Barcelona, 1994.
- Grup Igia et al. *Gestionando las drogas*. Barcelona, 2001.
- Linares JL. *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Ed. Piados, 1996.
- Madanes C. *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Barcelona: Piados, 1993.
- Mayol I, Baulenas G. *Intervención municipal en drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia, 1988.
- Maturana H, Varela F. *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: O.E.A. (Programa de Comunicación Transcultural, 1984.
- Minuchin S, Fishman HCh. *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Ed. Piados, 1984.
- Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S. *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2000.
- O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia, 1995.
- Roca F, Villalví JR. Els grups d'ajuda mutua en el camp de la salut. *Revista de Treball Social* 1989;114.
- Romaní O. *A tumba abierta. Autobiografía de un gri-fota*. Barcelona: Ed. Anagrama, 1983.
- Romaní O. *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ed. Ariel, S.A., 1999.
- Romaní O, Baulenas G, Borràs T, Sánchez E, et al. *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: Grup Igia, 1996.
- Sardà A. Análisis crítico de las demandas de tratamiento relacionadas con el uso de cannabis en el CAS de Reus. En: *Gestionando las drogas. Conferencia de Consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad*. Barcelona: Grup Igia, 2001; 143-148.
- Sardà A, Borràs T, Gabriel M. *Análisis crítico de las demandas de tratamiento relacionadas con el uso de cannabis en el CAS de Reus - Clat-2*. Perpignan, 2003.
- Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Piados, 1990.
- Sluzki CE. Process, Structure and World Views: an Integrated View of Systemic Models in Family Therapy. *Family Process* 1983;22:469-476.
- Solomon J, Zimberg S, Shollar E (ed). *Diagnóstico Dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, S.L., 1996.
- VV.AA. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson, 2000.
- Viola A. Dossier MDMA. *Cáñamo, la revista de la cultura del cannabis* 1997;4: 38-48.
- Watzlawick et al. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder, 1986.
- Whitaker C, Bumberry WM. *Bailando con la familia. Un enfoque simbólico-experiencial*. Barcelona: Piados, 1991.
- White M. *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa, 1994.
- White M, Epston D. *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Piados, 1993.