

“Análisis sobre la problemática de las adicciones, en el Real Sitio de San Ildefonso”.

INVESTIGACIÓN SOLICITADA POR EL ILUSTRÍSIMO
AYUNTAMIENTO DEL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO



REALIZADA POR:

Diego Fernández Piedra
Doctor en Sociología y Antropología Social
Profesor de la Universidad Complutense de Madrid.

“Un peligro compartido es el mejor pretexto para la manipulación y la amenaza de que toda la sociedad se contamine, es un arma que sus miembros esgrimen para controlarse recíprocamente”. Mary Douglas (1966).

AGRADECIMIENTOS.

La Real Academia Española de la Lengua refleja tres acepciones para este concepto: sentir gratitud; mostrar gratitud o dar gracias; dicho de una cosa: corresponder al trabajo empleado en conservarla o mejorarla. Todas ellas, pueden asociarse al estado de ánimo que me embarga al comenzar a escribir este complejo y último apartado de la investigación encargada por el Ayuntamiento del Real Sitio de San Ildefonso. Sin él y su apuesta por el cambio, nada de esto habría sido posible.

Samuel, José Luís, Álvaro. GRACIAS.

CEAS, OTIUM educación, CEIP Agapito Marazuela, CEIP "La Pradera" Valsaín, AMPAS del municipio, Comandancia de la Guardia Civil del Real Sitio de San Ildefonso, vecindario y demás asociaciones existentes en el Real Sitio... ¡Gracias por dejarme preguntar, escuchar y, como pueden leer a continuación, relatar vuestra historia!

Personas trabajadoras y voluntariado de Energy Control... ¡Gracias por ser a la vez compañeros, colegas, asesores, maestros, ejemplo y espejo!

A todos y a cada una de las personas entrevistadas: ¡gracias! Pero sobre todo... mi eterno agradecimiento a aquellas que, posicionadas socialmente en el *"bando de los malos"*, habéis compartido conmigo vuestras vivencias de conductas y consumos reprobados socialmente. Este texto va por vosotros, en un intento de reflejar como *"nadie es tan bueno como aparenta, ni tan malo como se comenta"*. Todo tiene una intencionalidad, la cual hay que conocer para poder cambiar la dinámica subjetiva subyacente en los juicios de valor, por reflexividad cercana a lo objetivo que deviene de los juicios de hecho y sustenta tanto las opiniones como las tomas de decisiones.

Familia, amigos, confesores, compañeras, extraños, conocidas, afecciones pretéritas cristalizadas en indispensables amistades actuales, apegos novedosos transformados en necesidades presentes...

Sin vuestro apoyo nunca hubiera podido desarrollar este trabajo.

Mara, durante la realización de mi primer acto científico de relevancia eras demasiado pequeña para comprender su complejidad. Este lo has sufrido de primera mano. Recuerda, aunque todavía no lo entiendas, tú sigues siendo mi verdadero legado, orgullo y esperanza. **Esto es para ti.**

GRACIAS

ÍNDICE.

AGRADECIMIENTOS.	1
ÍNDICE.	2
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	3
SITUACIÓN GENERAL A NIVEL NACIONAL DE LAS ADICCIONES.	4
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.	6
POR UNOS TÉRMINOS OPERATIVOS EN EL CAMPO DEL CONSUMO DE DROGAS.	7
CONCEPTUALIZACIÓN DE ADICCIÓN.	7
CONCEPTUALIZACIÓN DE DROGA.	10
LA DROGA COMO “PROBLEMA”.....	12
TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS.	14
UNIDADES DE ANÁLISIS.	16
ANÁLISIS.	17
ACCESO AL CAMPO.	17
CONTEXTO DE ACTUACIÓN.	19
CARACTERÍSTICAS DEL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.	19
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.	21
PERFIL ECONÓMICO DEL REAL SITIO.	23
INFRAESTRUCTURAS.....	28
ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES (2017-2024).....	31
PLAN DE ACCIÓN SOBRE ADICCIONES 2021-2024.....	34
VII PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS 2017-2021 CASTILLA Y LEÓN.	36
SISTEMA DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE EN CASTILLA Y LEÓN (SAISDE).	37
PRIMER NIVEL.....	39
SEGUNDO NIVEL.....	42
TERCER NIVEL.	49
PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS DE SEGOVIA.....	53
DISPOSITIVOS ASISTENCIALES SEGOVIANOS.	56
PRINCIPALES PROGRAMAS INTERVENTIVOS SOBRE ADICCIONES IMPLEMENTADOS EN SEGOVIA Y SU PROVINCIA.	60
COMPLEMENTOS A LOS PROGRAMAS ACREDITADOS DE PREVENCIÓN ESCOLAR EN CASTILLA Y LEÓN.	66
REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS.	74
REALIDAD ASISTENCIAL DEL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.	80
RECURSOS Y ORGANIZACIONES VINCULADOS AL TRABAJO CON LAS ADICCIONES EN EL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.	81
SITUACIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.	86
ADICCIONES CON SUSTANCIA.	88
DROGAS ILEGALES.	88
DROGAS LEGALES.	202
ADICCIONES SIN SUSTANCIA.	275
ANÁLISIS DE LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA EN EL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.	280
NUEVAS TECNOLOGÍAS.	306
OTROS TRASTORNOS IMPULSIVOS DE LA CONDUCTA, VINCULADOS CON LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA.	333
CONCLUSIONES.	344
BIBLIOGRAFÍA.	352
ANEXOS:	360

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente documento muestra los resultados de la investigación *“Análisis sobre la situación de la problemática vinculada a las adicciones, en el Real Sitio de San Ildefonso”*, solicitadas por el Ayuntamiento del Real Sitio, al doctor en Sociología y Antropología Diego Fernández Piedra. Este consistorio, además de querer conocer la realidad de un fenómeno tan complejo como las adicciones dentro de su vecindario, consideró necesario disponer de información rigurosa y científica sobre la cual elaborar intervenciones lo más acertadas posibles. De ahí que los datos utilizados para este complejo proceso, emanen de procedimientos metodológicos de investigación y técnicas de análisis especializadas sustentadas en la realidad observada y las principales percepciones y demandas vecinales trasladadas al equipo de investigación.

Un diagnóstico sobre el fenómeno de las adicciones en un municipio como el Real Sitio, teniendo en cuenta la “opinión” de sus residentes, se enmarca dentro de los nuevos modelos interventivos planteados por el Ministerio de Sanidad (2018), los cuales significan las adicciones como un fenómeno complejo, formado por múltiples variables. De ahí que estos planteen superar tanto la exclusión disciplinaria de ciertas áreas de conocimiento vinculadas con lo social, como la importancia de estas en la interpretación de las adicciones para ofrecer un análisis lo más acertado posible ante la gran complejidad de este fenómeno.

Estos postulados, enmarcados en el actual Plan de Acción sobre las adicciones 2021-2024 en el cual se desarrollarán acciones para alcanzar los objetivos que se marcan en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, presentan las causas, carácter, situación, dinámicas sociales y el imaginario manejado sobre las adicciones en el Real Sitio. Estos cambios son implementados por este consistorio al realizar una fuerte apuesta hacia nuevos tipos de política de droga ya desarrollado en otros núcleos poblacionales mayores (Madrid, Barcelona, etc.), buscando, mediante la aplicabilidad de resultados obtenidos epistemológicamente, no sólo un conocimiento real de las adicciones, sino mejoras tanto a nivel fenomenológico como de percepciones vecinales respecto a este fenómeno. De ahí que este trabajo no se centre solo en conocer el fenómeno de las adicciones en el Real Sitio, sino en cómo su vecindario lo vive, su percepción y las propuestas de intervención surgidas de su propia vivencia.

Con esta finalidad, los objetivos de investigación planteados fueron:

- A. **Obtener una imagen actual de la situación de las adicciones en el Real Sitio de San Ildefonso.**
- B. **Conocer y evaluar las principales demandas de intervención existentes en el municipio respecto al consumo de drogas.**
- C. **Comprender las representaciones sociales manejadas sobre la adicción en el municipio.**

D. Identificar y analizar las diferentes sustancias, pautas de consumo, representaciones sociales y contextos de consumo, en el municipio contratante.

E. Conocer la percepción de los residentes sobre las intervenciones en el campo de las adicciones y el papel de las instituciones en este.

Para sistematizar la información obtenida, este informe se organiza en 3 grandes epígrafes: el primero presenta las cuestiones más teórico/metodológicas que han sustentado la actividad científica, el segundo analiza la situación actual de las adicciones en el núcleo poblacional seleccionado en función de diferentes variables y el tercero detalla las conclusiones y acciones a llevar a cabo.

SITUACIÓN GENERAL A NIVEL NACIONAL DE LAS ADICCIONES.

España cuenta con dos grandes referentes estadísticos en el campo de las adicciones:

1. La **“Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España”** (EDADES). Estudio realizado cada dos años desde 1995, sirve para conocer la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol y otras drogas, así como otros aspectos tales como: perfiles, pautas de consumo, percepción del riesgo y de la disponibilidad, etc. En las últimas ediciones se añadió el fenómeno de las adicciones sin sustancia, preferentemente relacionados con los juegos de azar y las nuevas tecnologías. Su población diana son personas con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años.

2. La **“Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España”** (ESTUDES). Su objetivo es obtener información para sustentar la creación de políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones en el ámbito familiar y/o escolar. Se realiza de manera bianual desde 1994 a población estudiante de 14 a 18 años.

Con respecto al consumo de drogas legales el informe EDADES 2022 presentó cómo el 93,2% de personas de 15-64 años, señala haber consumido alcohol alguna vez en la vida, posicionándose cómo la sustancia psicoactiva más consumida. Tras ella aparece el tabaco, cuya prevalencia de uso es del 69,6% en nuestro país. Ambas son las drogas que más temprano comienzan a consumirse, tal y como revela el Informe ESTUDES 2021, con un 73,9% de jóvenes de entre 14 y 18 años que afirma haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y un 38,2% tabaco.

El consumo de hipnosedantes con o sin receta se ha incrementado, continuando con la tendencia creciente iniciada en 2018, hasta un 23,5% actualmente en toda la población. En 2023, el 14,8% de las personas de 15 a 64 años los ha consumido en los últimos 12 meses. Además, el 19,6% de los estudiantes de 14 a 18 reconoce haberlos consumido alguna vez en la vida, el 14,8% en el último año y el 8,2% en el último mes, alcanzando las cifras más altas de toda la serie histórica. Cabe destacar que,

a diferencia de lo ocurrido con las sustancias ilegales, el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, con o sin receta, muestran prevalencias más altas de uso en el caso de las chicas en este tramo de edad.

Respecto al uso de drogas ilegales esta misma encuesta presenta como el cannabis es la más consumida en España (40,9% alguna vez en la vida), mayoritariamente por población joven de entre 15-34 años. Además, esta sustancia es la que más diferencia de prevalencia por sexos muestra, con un decalaje de casi 100 puntos porcentuales entre ellos (14,4 % de hombre frente al 6,8% de mujeres en los últimos 12 meses). A pesar de la tendencia al alza del uso de esta sustancia, se sigue manteniendo la edad media de inicio de consumo ligeramente por encima de los 18 años.

Los datos del Informe ESTUDES 2021 el alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes de 14 a 18 años: el 73,9% de los jóvenes reconoce haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida; el 70,5% lo ha hecho en el último año y el 53,6% en el último mes. A pesar de haber experimentado un descenso en el consumo respecto a 2019, en toda la serie histórica, el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva legal con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes de 14 a 18 años. La prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas es mayor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad y en todos los tramos temporales analizados, alcanzando la mayor diferencia por sexo en 2021. El tabaco se coloca en segunda posición en cuanto a consumo. El 38,2% de los alumnos de 14 a 18 años afirma haber fumado tabaco alguna vez en la vida, el 30,7% en el último año, el 23,9% en los últimos 30 días y el 9,0% diariamente en el último mes. La prevalencia de consumo de tabaco es mayor en las mujeres en todos los grupos de edad y en todos los tramos temporales analizados. El uso de tabaco desciende respecto a 2019 y son las menores prevalencias de consumo desde que se monitoriza el consumo de esta sustancia. El 19,6% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias afirma haber consumido hipnosedantes (con o sin receta médica) alguna vez en la vida, el 13,6% en los últimos 12 meses y 7,5% en el último mes. La prevalencia de consumo de hipnosedantes es mayor en las mujeres en todos los tramos temporales y en todos los grupos de edad. Evolutivamente se observa una tendencia ascendente.

El cannabis se considera la tercera sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años (tras el alcohol y el tabaco) y la primera en la categoría de drogas ilegales. Los datos muestran que el 28,6% de los jóvenes declara haber consumido cannabis alguna vez en su vida, el 22,2% en el último año y el 14,9% en los 30 días previos a la encuesta. En cuanto a otras sustancias, la cocaína ocupa el segundo lugar en la lista de sustancias psicoactivas no legales más consumidas en España, con una prevalencia alta y alcanzando el 11,7% de población (15-64 años) que afirma haberla probado alguna vez en la vida. Sin embargo, está más de 10 puntos porcentuales por debajo de los hipnosedantes, siendo por tanto la quinta droga más consumida en España. Tras ella se encuentran los alucinógenos (5,4%), el éxtasis (5,1%) y las anfetaminas (4,6%).

El avance de la tecnología, el uso de las redes sociales e internet hace que aparezcan nuevas conductas que pueden acabar siendo de alto riesgo, convirtiéndose en adicciones. Desde las instituciones se ha decidido abordar esta problemática, por lo que la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 incorpora como línea de actuación las llamadas adicciones sin sustancia o comportamentales. De esta forma las encuestas anteriormente mencionadas recogen desde hace unos pocos años una serie de ítems para evaluar algunos fenómenos definidos como tal.

Con relación a los datos de estos estudios, en Castilla y León, destacamos que las drogas cuyo consumo está más extendido son el alcohol, el tabaco y el cannabis. El uso del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, heroína, etc.) es muy minoritario. La gran mayoría de los patrones de consumo continúan ligados en este grupo de edad al contexto recreativo y/o de fin de semana.

El informe EDADES Castilla y León de 2021 presenta datos similares ya que las drogas consumidas por un mayor porcentaje de personas son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, presentando un consumo en los últimos 12 meses de 79,5%, 36% y 12,6% respectivamente entre la población castellanoleonesa de 15-64 años. Con respecto a las drogas ilegales, el cannabis tiene datos menores que la población nacional con un 7,2% de prevalencia de usos en los últimos 12 meses, tendencia a la baja que se mantiene en el resto de sustancias preguntadas en comparación con los datos generales.

Por otro lado, el informe ESTUDES 2021 de Castilla y León presenta consumos de alcohol (79,1%), tabaco (31,2%) y cannabis (22%) por encima de la media nacional, con diferencias significativas en el caso del alcohol y tabaco en las prevalencias de 5,5% y de 3,3% respectivamente. Con relación a los hipnosedantes (5,6%), su uso en el último año es sensiblemente menor que los datos nacionales, mientras que para el resto de sustancias preguntadas, los resultados resultan parejos.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Actualmente, según el Instituto Nacional de Estadística, el Real Sitio de San Ildefonso cuenta con 5267 habitantes, suponiendo este número el 3,45% del total del total provincial y posicionando al municipio como el cuarto núcleo poblacional de Segovia. Su vecindario está conformado por las personas residentes en Valsaín, Riofrío, La Pradera de Navahorno y La Granja, sumando entre todos ellos 144,81 km², con una densidad de 36,7hab/km². Según el número de gente que lo compone, cerca del 67% pertenece al intervalo de edad de 15 a 64 años, el cual, conforme a las anteriores encuestas, son la franja con mayor prevalencia de consumo de drogas. El municipio analizado está compuesto por 2610 hombres y 2657 variable que, como muestran los estudios antes citados, influye no sólo en las sustancias y patrones de consumo, sino en expectativas, experiencia, etc.

Según los datos referidos por EDADES 2022 para Castilla y León, del 67% de la población del Real Sitio el 7,4% bebe alcohol a diario, el 1,1% ha consumido cocaína en el último mes y el 3,5% ha jugado

dinero online en este mismo período. Además, sus consumos de drogas presentan números menores que los del resto de España salvo en el de alcohol, tabaco e hipnosedantes.

Este municipio cuenta con 231 personas de edades comprendidas entre los 15-20 años, formando parte de la población diana del ESTUDES. Con lo que, según sus datos de 2023 para Castilla y León, el 76,8% de ellas ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 31,4% ha utilizado tabaco y el 25,4% cannabis. La edad de inicio en el consumo de drogas en España se sitúa entre los 13,7 y los 15,2, variando según la sustancia. Con lo que estas anteriores 231 personas jóvenes, serán prioritarias para cualquier tipo de trabajo vinculado con las adicciones que realicemos en nuestro contexto de estudio.

Análisis como ESTUDES y EDADES muestran rasgos y tendencias generales a la par que silencian realidades y casos concretos. De ahí que un acercamiento al estudio de las adicciones en el Real Sitio desde las ciencias sociales resulta clave en este proceso, al tener estas la capacidad de analizar lo general sin olvidar lo particular. El anterior ejercicio de traslación porcentual si bien no ha de tomarse como un reflejo fiel de la situación del fenómeno de las adicciones en el Real Sitio, si justifica la necesidad de conocerlo y de plantear una serie de políticas, tomas de decisiones y posibilidades interventivas ante una realidad existente y hasta ahora desconocida. El acto de superponer estas tendencias generales al ámbito local, además de evidenciar la posibilidad de que algunas de las personas del municipio desarrollen una relación de dependencia y/o consumo problemático de drogas, presenta también la necesidad de conocer la situación de las adicciones en este contexto por boca de ellas mismas, motivo por el cual se plantea un tipo de investigación cualitativa.

POR UNOS TÉRMINOS OPERATIVOS EN EL CAMPO DEL CONSUMO DE DROGAS.

CONCEPTUALIZACIÓN DE ADICCIÓN.

Como decía hace años el gran Paracelso, *“todas las sustancias son venenos, no existe ninguna que no lo sea. La dosis diferencia un veneno de un remedio”*. Esta frase presenta a la perfección la idea de que ninguna sustancia “per se” ha de ser comprendida como negativa ya que hay diversas variables que inciden en esta configuración como el tipo, contexto, la persona, etc. Con lo que su proceso de significación responde más a intereses políticos, económicos y culturales, que a su realidad farmacológica. Es por esto por lo que interpretar las adicciones como hechos culturales posibilita no sólo la entrada de nuevas disciplinas a su estudio, sino la intervención más allá de lo biomédico.

Habitualmente los conceptos de adicción y dependencia se utilizan como sinónimos, a pesar de que muchas personas expertas relacionan la primera con el consumo de sustancias y la segunda con

trastornos desvinculados de ellas. A continuación, vamos a reflexionar sobre algunas de las definiciones de los anteriores conceptos, que mayor influencia han tenido en el fenómeno estudiado:

“Estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia suele ir acompañada o no de tolerancia”. (Kramer y Cameron, 1975).

“Necesidad de consumir dosis repetidas de una sustancia para encontrarse bien o para no sentirse mal. Caracterizada por un deseo o necesidad de obtenerla y consumirla por todos los medios. Tendencia que hace que poco a poco se tenga que aumentar la dosis para conseguir los mismos fines”. (Organización Mundial de la Salud, 1976).

“Pauta de comportamiento, concretada en términos clínicos, caracterizada por la priorización del consumo de una sustancia particular frente a otras conductas cotidianas, por la aparición de síntomas de abstinencia ante la privación y por la imposibilidad de la persona de controlar su ingesta”. (American Psychiatric Association, 2002).

Las anteriores concepciones encontraron sustento en la teoría sobre la adicción de Lewin (1970), autor que explicó cómo la adicción y la dependencia eran constituidas en base a un triángulo conceptual formado por el fenómeno de la dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia. Además, explicó cómo el consumo prolongado de una sustancia genera una mayor necesidad de esta para conseguir los mismos efectos, situación que finaliza con la estabilización del consumo para buscar los resultados positivos por la persona. Esto conlleva que su retirada provoque un cuadro patológico brusco que lleva a la persona a perpetuar la ingesta para que no vuelva a desarrollarse.

Zinberg (1984), fue capaz de analizar cómo la aparición de esa dependencia *“problemática”* no sólo sucedía por la repetición del consumo/conducta, sino que influyen otros factores como :

- **La sustancia:** los efectos físicos provocados en el cuerpo.
- **La persona:** las características psicológicas y orgánicas de quien consume.
- **El contexto:** las características socioculturales en que se encuentra integrada dicha persona.

Estos influyen no sólo en la aparición de este fenómeno, sino en el proceso que identifica la relación con la sustancia y su uso en términos negativos. Los aportes del anterior autor quedan claros al hablar de la metadona¹, la cual es definida como medicamento o como droga según su contexto de uso.

¹ La metadona es un narcótico sintético fabricado por el hombre, cuyo uso es legal en algunos tratamientos médicos como la dependencia a opiáceos.

Pallarés (1996), matiza las definiciones anteriores al explicar la dependencia como *“un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares con diversas causas, pero cuyo síntoma principal es la organización del conjunto de la vida de una persona alrededor del consumo y la obtención de determinada sustancia”*. Para este autor el término hace referencia a un conglomerado conformado por una sustancia, una persona y un contexto concretos de consumo. Esta definición es extrapolable a cualquier sustancia y/o conducta que pueda ser interpretada desde esta lógica, recordando que estas no tienen por qué terminar de manera inexorable en el desarrollo de una dependencia y contradiciendo a la malograda *“teoría de la escalada”*² (Fernández y Sierra, 2008). Así pues, Pallarés (1996), expone que *“de todas las personas que consumen drogas, sólo una parte muy pequeña desarrollará dependencia a la sustancia”*, lo cual supone entender el uso de drogas como un itinerario y no como algo fijo y determinado. Así pues, existen diferentes posibilidades en estos recorridos, encontrando desde personas que nunca consumieron drogas, hasta aquellas que experimentan con las sustancias (fines de semana, experimentales, dependientes), sin que tengamos que caer en el error de relacionar todos los consumos a la dependencia. Con lo que, entender las posibles relaciones con las sustancias psicoactivas desde este posicionamiento permite comprender y analizar los cambios que se van produciendo desde el inicio del consumo, hasta que se desarrolle la dependencia, si es que finalmente ocurre. Ofrece la posibilidad de analizar las adicciones desde una perspectiva procesual y no mecánica. En el mismo texto, emplaza a comprender la dependencia como una relación y no como un síntoma. Según él, *“cuando una persona consume un tipo de droga a diario, esta ocupa un papel central en su vida, habrá desarrollado dependencia; mantendrá con la sustancia una relación de dependencia, distinguiéndose por esto de otros tipos de relación”*.

En una misma línea Menéndez y Di Pardo (2004), explicaron que *“las dependencias integran una compleja articulación de factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos, que han sido aplicados con mayor frecuencia a una gran cantidad de sustancias, productos y sujetos. Esto ha dado lugar a una verdadera explosión de dependencias, por lo cual casi todo proceso puede llegar a generar dependencia (dependencia al sexo, al juego, Internet, al trabajo, etc.), de tal manera que la dependencia aparece como un criterio de muy difícil precisión, cuyos indicadores refieren casi indefectiblemente a criterios sociales que posibilitan su uso en términos de control social e ideológico”*.

Así pues, estaríamos cometiendo un grave error conceptual si no utilizamos para la realización de este trabajo definiciones de conceptos como dependencia, adicción, etc., que atiendan a la multiplicidad de variables que conforman y confluyen en ella, como sucede con aquellas perspectivas que reducen este fenómeno a señales o indicios de algún padecer psicobiológico.

² Este concepto se basa en la idea de que en el consumo de drogas existen unos pasos secuenciales, cuyo comienzo vendría determinado por unas drogas de inicio como el tabaco/hachís, las cuales facilitan la llegada al consumo de otras como la heroína.

CONCEPTUALIZACIÓN DE DROGA.

La anterior reflexión nos lleva a plantear un ejercicio similar con otro concepto importante para comprender el fenómeno que estamos analizando: **droga**. Este proceso, además de aclarar un término complejo, sirve a quien lea este texto comprender el posicionamiento teórico de partida.

Como señala Escohotado (1994), el consumo de drogas es algo que podemos encontrar relacionado con el ser humano desde tiempos inmemoriales. Sin embargo, como explica Menéndez (1998), la generalización de la adicción a estas sustancias ha de ser considerada como un fenómeno contemporáneo ya que será durante el siglo XX cuando su uso y ellas mismas sean definidas socialmente como un problema. Esta idea no significa que antes no se consumiesen ni hubiese relaciones de dependencia, sino que los factores culturales, biológicos y sociales existentes en la actualidad han generado que este fenómeno sea definido como un problema.

La sociedad capitalista ha mercantilizado todo tipo de realidades y ofrece, gracias a la explosión de los medios de comunicación y transporte, la posibilidad tanto de generar necesidades como de poderlas cubrir con facilidad, hecho que facilita que las drogas se hayan convertido en una mercancía más. Aquellos consumos circunscritos a lo ritual y sus normas se han globalizado, pluralizando todo aquello constreñido antiguamente a una multiplicidad de significaciones, modelos, usos, contextos, interpretaciones, símbolos, etc. Estos, gracias a la alteridad del ser humano, pueden ser utilizados como referentes consciente o inconscientemente con una intencionalidad política de base para comprender el fenómeno (de la Vega y Fernández, 2019), luchando todos ellos por ocupar una posición explicativa hegemónica usada por toda la población.

Según el grupo analizado, todos los conceptos vinculados con la realidad de las adicciones pueden variar, encontrando diferentes formas de conceptualizar la droga, transformaciones en los modos de consumirlas, en la penalización o no de su consumo, los efectos producidos, el tipo y modo de consumo, etc. Esta variabilidad evidencia cómo las adicciones son construidas socialmente y plasmadas en la realidad con intencionalidad política, situación que muestra la necesidad de enfrentarnos a ellas desde un punto de vista que vaya más allá de lo meramente biológico. Así pues, asumiendo las ideas anteriores, vamos a realizar una operativización del concepto droga.

Es imprescindible comenzar desde la definición clásica utilizada por la Organización Mundial de la Salud y desarrollada por Kramer y Cameron (1975), en la cual definen droga como *“toda sustancia que al ser introducida en el organismo modifica alguna de las funciones del sistema nervioso central”*. Este planteamiento obvia la variabilidad existente dentro de un fenómeno tan complejo como el de las adicciones, pero, además, cualquier sustancia psicoactiva podría ser definida bajo este concepto situación que genera gran confusión a la hora de comprender qué y qué no es una droga. Ante esta confusión, la propia organización antes citada en 1986 generó un concepto nuevo tratando de

enmendar los anteriores errores: “*droga de abuso*”. Este fue explicado como una “*sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas*”. Esta vez sí diferenciaron entre medicamento y droga, pero no desde criterios farmacológicos, sino mediante la existencia o no de prescripción por el personal sanitario y que la intencionalidad del consumo sea o no la curación de una patología. Esta conceptualización sigue resultando confuso ya que existen sustancias que cambian su estatus de droga a fármaco según su contexto de uso, pautas culturales, etc.

La problemática continúa cuando en definiciones más modernas, como la presentada por Becoña y Cortés (2010), encontramos el mismo determinismo biomédico y falta de concreción señalada en las reflexiones anteriores. Estos autores consideran droga a “*cualquier sustancia que tiene la potencialidad de producir dependencia. Actualmente se diferencian en drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (ej., heroína, cocaína, cannabis, drogas de síntesis, LSD, etc.)*”. Esta acepción, además de repetir errores ya comentados, presenta una clasificación de las sustancias psicoactivas en términos de legalidad vinculada con lo económico y su capacidad de provocar dependencia. Estatus que variará, como ya hemos presentado, según los postulados teóricos de partida.

Lewin (1970), señaló el concepto de **efecto principal** como eje de su teoría explicativa sobre las adicciones ya que una persona consumidora de drogas siempre busca un resultado característico a través de dicha acción. Este podría agruparse en cinco categorías: **euforizantes, alucinógenos, embriagantes, hipnóticos y excitantes**. Además, este mismo autor añadió que la búsqueda continua de este efecto desarrollaría fenómenos como la **tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia**.

Lejos de aquello que ha defendido la literatura tradicional, las adicciones deben ser comprendidas más allá del centralismo biomédico como explican de la Vega y Fernández (2019), y se comienza a vislumbrar en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2021. Zinberg (1972), a través de un estudio sobre el consumo de heroína por parte de soldados estadounidenses durante la guerra de Vietnam, llegó a la conclusión de que la tolerancia, dependencia y el síndrome de abstinencia estaban condicionados por el contexto, ya que muchos de los soldados usuarios de esta, al finalizar la guerra y volver a su país, abandonaron dicha práctica. Esta situación, desarrollada en estudios posteriores, posibilitó que años más tarde pudiera postular su teoría sobre el “*Set & Setting*” Zinberg (1984), introduciendo en el panorama interpretativo de las adicciones variables como el contexto y la persona. Así pues, será la relación entre el individuo, la sustancia y el contexto la que proporcione sentido a la adicción sin que ninguna de ellas ocupe un posicionamiento central, como sucedía en la interpretación presentada por Lewin. Zinberg no sólo ha de recibir el reconocimiento de ser uno de los creadores del modelo biopsicosocial aplicado a las adicciones, sino que ha de ser entendido como una de las personas que modificaron la forma general de entender esta realidad tan compleja.

Comas (1989), mostró una idea similar al evidenciar que el efecto de una droga varía según la dosis, presentación y pureza; condiciones de consumo; expectativas del sujeto. Estos factores, influidos por las normas socioculturales de los contextos en los que se realizan los consumos, marcan el cómo, cuándo, dónde, etc., de las adicciones, ofreciendo un sistema de procesos interrelacionados con más sentido a la hora de interpretar este fenómeno que el tradicional centrada en el “efecto principal”. A pesar del avance que estos posicionamientos teóricos supusieron en el ámbito de las adicciones, actualmente, seguimos encontrando centralidad de las posturas biomédicas y jurídico-legal, como refleja Fernández (2017), dentro del ámbito de las adicciones.

Todo este recorrido conceptual evidencia la necesidad de reflexionar sobre tres conceptos que complejizan el fenómeno de las adicciones: **droga, principio activo, fármaco y medicamento.**

La OMS, en su informe técnico N.º 407 Comité de Expertos en Farmacodependencia, define **fármaco** como *“toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste”*. La legislación española equipara el término a **principio activo**, el cual es definido en el artículo ocho del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (29/2006 de 26 de julio), como *“aquella sustancia activa o mezcla de sustancias destinadas a la fabricación de un medicamento y que, al ser utilizadas en su producción, se convierten en un componente activo de dicho medicamento destinado a ejercer una acción farmacológica, inmunológica o metabólica con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas, o de establecer un diagnóstico”*. Si estos son presentados a través de una forma farmacéutica o, a pesar de no estar fabricados con esa finalidad, son administrados para aliviar algún padecimiento, son definidos como **medicamentos**.

Una **droga**, siguiendo a Romaní (1999), es una *“sustancia química, que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan”*. Es decir, es una sustancia que al ser introducida en el organismo de una persona produce cambios en alguna de sus funciones, pero cuya finalidad de consumo suele ser recreativa, por placer y, en definitiva, fuera de los usos marcados por los fármacos/medicamentos. Este hecho suele recibir estigma y la reprobación tanto del modelo psico médico como del económico, a modo de estrategia de control de una sustancia que se ha transformado en un bien de consumo. Este mismo autor, entiende el fenómeno de las drogas a través del concepto que Mauss (1971), denominó *“hecho social total”*. Las drogas y su relación con ellas están conformadas por un conjunto de conceptos y prácticas que se han ido construyendo históricamente mediante condicionamientos y procesos simbólico-materiales, los cuales se articulan con igual importancia para generar diacrónicamente su significado.

En la actualidad, al vivir en una sociedad gobernadas por las lógicas capitalistas, de libre mercado y de hegemonía en el campo de los padeceres por parte del modelo psico médico, éstas generan las explicaciones vinculadas al fenómeno de las adicciones.

LA DROGA COMO “PROBLEMA”.

Como ya hemos comentado en los anteriores párrafos, la concepción actual que se tiene de las drogas y las adicciones ha de entenderse como un fenómeno propio de las actuales sociedades occidentales. Estas, a raíz de la Revolución Industrial, han sufrido transformaciones sociales, culturales, económicas, etc., las cuales se han plasmado en el modo de producción capitalista y, por ende, en su modo de vida. Ejemplo paradigmático de este fenómeno fue la veloz y constante “*revolución tecnológica*”, cuyas consecuencias han trascendido su campo de acción, modificando instituciones, imaginarios, subjetividades, modos de actuación y de interpretación de la realidad. En el caso del fenómeno de las drogas, esto propició la salida de esta realidad del contexto ritual, para acoplarse y ofrecerse como posibilidad en prácticamente todos los entornos. Esta “*modernización*”, muchas veces presentada como un avance lineal, se tiene que comprender como un proceso de diferenciación sociocultural, construido sobre importantes cambios económico-técnicos. Paralelo a este fenómeno ocurre a su vez una “*normalización*” de estas sustancias en todos los ámbitos, buscando la imposición de un complejo normativo único en la sociedad sustentado en el consumo y mercantilización en los ámbitos que impone el actual capitalismo. Todo propiciado por la existencia de mecanismos de control social los cuales te hacen asumir como correcto un posicionamiento respecto al resto al consumo de drogas, negativizando al resto como principal estrategia de evitación de su uso a través del papel central que los medios de comunicación tienen en la actualidad.

La evolución de las adicciones en este tipo de sociedades ejemplifica a la perfección las anteriores ideas, ya que la llegada de los cambios acontecidos durante este proceso de modernización no sólo generaliza los consumos, pluraliza las sustancias, modifica los espacios de uso, capitaliza el fenómeno, etc., sino que crearon un fuerte paradigma de control: **la construcción de la droga como problema**. Romaní (1999) y (2010), realiza un exhaustivo análisis sobre la aparición de este fenómeno a través de los años situados entre 1975 y 1995. Este destaca cómo, durante este período, surgen prácticas y discursos socioculturales que influyen en la generación de mecanismos de control, imaginario social, implementación de ciertas patologías, etc., basados en una concepción de las adicciones sustentada en su parte biomédica, vinculando marginalidad-peligro-droga como estrategia legitimadora para aplicar medidas jurídico-represivas ante esta situación. Con lo que la definición de la droga como problema responde más a una construcción que intenta consolidar discursos hegemónicos respecto a este fenómeno, a modo de estrategia de poder y control respecto a unas conductas que van en contra de aquello que culturalmente está estipulado como “*saludable*” y la defensa de esto. Esta concepción

de la droga como problema, la cual negativiza, repele y simplifica todo aquello que se relaciona con ella, es una respuesta política del modelo capitalista ante una “*afrenta*” a su estilo de vida y corporalidades. Paradigma que plantea un tipo de salud concreto, procesos propios de autovalidación, modos de perpetuarse y una serie de preceptos que rechazan el consumo de drogas.

Dentro de este contexto Foucault (1990), y Rose, O`malley y Valverde (2006), explicaron cómo las formas tradicionales de gobierno resultaron inoperantes ante la llegada de la lógica mercantil a todos los ámbitos de la vida. Este cambio propició la posibilidad de “gobernar en la distancia” a nuevas instituciones y personas, generando a su vez nuevos dispositivos, tecnologías, modos de atención etc. Los recursos asistenciales sobre drogas se han adaptado a esta nueva lógica, pasando de ser espacios meramente biomédicos a ofrecer procesos disciplinantes de personas. Es decir, en ellos se interioriza como propia la responsabilidad de abandonar los consumos de drogas y de cuidar un tipo de salud concreto, evidenciando formas de gobierno más atenuadas y menos directivas.

Así pues, el análisis que vamos a realizar ayudará a comprender la realidad de las adicciones desde esta concepción amplia y no determinista, ofreciendo un punto de vista poco estudiado hasta ahora: la lógica de control y políticas que imperan en ellas desde una perspectiva holística³ y constructivista⁴. Proceso que sustentará las acciones interventivas en este campo a implementar por el Ayuntamiento del Real Sitio de San Ildefonso.

DECISIONES METODOLÓGICAS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.

Debido al tipo de objeto de estudio seleccionado, los objetivos planteados y el posicionamiento teórico de este estudio, consideramos que un análisis e interpretación de los discursos emitidos por la población residente en el contexto seleccionado, mezclado con la información obtenida por el investigador al vivir de primera mano los fenómenos, resulta clave para comprender los significados y relaciones sociales vinculadas a las adicciones que se producen en el Real Sitio de San Ildefonso. Es por esto que, metodológicamente hablando, seleccionamos un diseño de investigación cualitativo, así como la realización de una investigación exploratoria, descriptiva y ex post facto.

De todas las posibilidades cualitativas existentes, se seleccionó el método etnográfico como piedra angular del proceso investigativo llevado a cabo. El cual consiste en interpretar, de manera sistemática, grupos, comportamientos, valores, etc., en el contexto en que se producen mediante la captación directa de información de los propios agentes sociales.

³ Analiza cualquier hecho social como un conjunto en el que interaccionan todas sus partes.

⁴ Posicionamiento teórico que plantea que el conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad preexistente, sino de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y reinterpretada por la mente.

TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS.

Las técnicas de producción de datos elegidas fueron la observación participante, la entrevista semiestructurada y las conversaciones etnográficas.

Observación participante:

La observación precisa y organizada constituye el primer paso del método científico, con lo que debe ser una habilidad fundamental para cualquier persona experta en este ámbito. Aunque para que pueda considerarse como parte de este debe implementarse de manera metódica, planificada y con una finalidad anteriormente reflexionada. Taylor y Bogdan (1984), explicaron cómo esta técnica involucra la interacción entre el investigador y las personas informantes en el contexto en el que sucede el fenómeno analizado. Esta situación implica ciertas selecciones y maniobras a realizar por el científico social como el acceso al campo de estudio (llegada al contexto de estudio, establecimiento de relaciones con los agentes sociales, no intrusividad), negociación del rol (administrar diferentes roles asignados para una buena recolección de datos), establecer una relación de sintonía y confianza con las personas informantes, participar de las dinámicas (buscando un término medio entre investigador ajeno y “uno más del grupo”), utilizar informantes claves (gestionar esta relación con usos epistémicos), preguntar a la población (sabiendo qué vamos a preguntar y qué no), aprender el lenguaje (no sólo para generar confianza, sino para no perder información), registrar las sesiones de manera eficaz y sistémica (no es posible un adecuado trabajo de campo sin un registro de notas completo y detallado) y, por último, retirada del campo (cuando los datos comienzan a repetirse).

Además, de manera complementaria, necesita de un procedimiento de registro metódico de lo analizado, realizando continuamente ejercicios de evaluación reflexiva para cotejar su valía.

Entrevista semiestructurada:

Se conoce así al tipo de entrevista en la que la persona entrevistadora alterna preguntas estructuradas y espontáneas. De esta forma la parte organizada obtiene información común comparable entre todas las personas entrevistadas, mientras que la parte “abierto” favorece la profundización en temas específicos de cada persona. La aplicación de esta técnica suele comenzar con preguntas iniciales sobre sus características sociales, para finalizar con una parte en forma de diálogo abierto⁵. Así pues, quien entrevista, previamente, debe preparar las preguntas, abogando porque sean abiertas, claras, neutrales, con un orden lógico, centradas en un único tema.

En nuestro estudio, tratando de perder la menor información posible, durante su realización se grabó en formato digital, siempre que la persona participante lo permitiese. De forma paralela, se recogieron

⁵ Ver guiones de entrevistas en anexos de la investigación.

notas sobre su lenguaje corporal, influencia del contexto, etc. Toda situación de entrevista realizada para este trabajo, siempre con el anonimato garantizado, fue precedida tanto de la firma de un consentimiento informado por parte de la persona participante como de una notificación por parte del entrevistador del uso que se iba a hacer de la información obtenida.

Conversaciones etnográficas:

Esta técnica, como bien explican Devillard, Franzé y Pazos (2012), genera la no imposición en la persona de nuestros propios marcos culturales, así como el entorpecimiento de las respuestas basadas en el “*sentido común*”. Según los estudios de las anteriores personas citadas, entendemos con este nombre a las interacciones verbales y discursivas que tienen lugar durante el trabajo de campo etnográfico. Estas no se limitan a entrevistas formales, sino que abarcan todo tipo de intercambios verbales informales, observaciones participantes y diálogos cotidianos que permiten obtener información profunda y contextualizada sobre el objeto de estudio seleccionado.

Previamente a cualquier diálogo producido entre las personas investigadoras y cualquier informante, se realizó un ejercicio de elaboración de unos bloques de relevancia sobre los que sustentar las interacciones. Los cuales emanan directamente de los presupuestos teóricos y los objetivos de la investigación, sirviendo de base al discurso libre que emiten las personas interlocutoras.

UNIDADES DE ANÁLISIS.

Para conocer la situación de las adicciones, en nuestro contexto de estudio, es necesario establecer cuál será la entidad principal sobre la que lo realizaremos. En nuestro caso el Real Sitio de San Ildefonso ejerció como universo, sus habitantes fueron las unidades de análisis y cualquier persona, grupo, institución, recurso terapéutico, organización social, etc., tengan o no relación directa con el consumo de drogas, la muestra seleccionada. Dar de voz a quienes participan en la realidad de las adicciones del municipio, no sólo proporciona un análisis mucho más profundo, sino que sustentará intervenciones más certeras. Ya que, a través de la observación participante, las propias personas vecinas serán aquellas que verbalicen sus necesidades, las cuales serán tamizadas con la experiencia vivida por el equipo de investigación y el aparato teórico seleccionado para el estudio de esta realidad.

Para la selección de participantes en el estudio se siguió un criterio de muestreo teórico basado en la saturación de categorías, ya que nuestra intencionalidad no es buscar una representatividad estadística, sino captar los diferentes factores que influyen en la configuración de la percepción subjetiva que tiene el vecindario sobre la situación de las adicciones en el contexto analizado (Glaser y Strauss, 1967). Este proceso se organizó de forma no probabilística, no aleatorio y por conveniencia. Es decir, la muestra se construyó de acuerdo con la facilidad de acceso y la disponibilidad de las personas. Como criterios de exclusión se decidió que sólo podrían participar en la investigación

aquellas personas mayores de edad que hayan firmado el consentimiento informado en el caso de las entrevistas o expresaran su interés en participar en la investigación con relación a las otras técnicas ya comentadas y, debido a nuestros objetivos, residir o permanecer de manera habitual⁶ en el municipio.

El proyecto de investigación se implementó durante el 2019, teniendo que aplazar parte de los análisis, presentación e implantación de alguna de las medidas recomendadas a los años 2022, 2023 y 2024 debido a la llegada del Covid-19. De todas formas, durante el año de inicio, se pudo completar un año entero realizando observación participante en reuniones vecinales, fiestas patronales, plenos del ayuntamiento, eventos deportivos, etc. Durante ese tiempo, se realizaron 50 entrevistas y otras tantas conversaciones etnográficas, las cuales fueron transcritas para su posterior análisis.

ANÁLISIS.

Para el estudio de los datos producidos se aplicó un análisis de contenido temático descriptivo, sustentado en categorías construidas mediante las primeras tomas de contacto con la población del Real Sitio al preguntarles sobre la situación de las adicciones en el municipio y las propias conseguidas de la información conseguida mediante el uso del programa Atlas.ti

ACCESO AL CAMPO.

Antes de comentar cómo se produjo este, consideramos necesario establecer una distinción conceptual entre **campo** y **escenario**, ya que a pesar de que puedan ser consideradas ideas similares, epistemológicamente, no lo son tanto. Según lo explicado en Robledo (2009), en este trabajo entendemos campo como la realidad social a analizar mediante la presencia de la persona investigadora en diferentes escenarios en los que esta se manifiesta. Por otro lado, siguiendo la autora antes citada, escenario es cada uno de los diferentes contextos en los que la realidad social se manifiesta. Ninguno de estos espacios debe ser confundidos con limitaciones arquitectónicas, las cuales son meramente soportes utilizados para articular el drama social, que no influyen en los comportamientos de manera directa. Ambos conceptos aglutinan construcciones sociales realizadas por la población y sus diferentes comportamientos, las cuales van más allá de lo físico. En nuestro caso, queriendo conocer la situación de las adicciones en el Real Sitio como campo, resultan de sobrado interés espacios de ocio como bares, fiestas, parques, etc. aunque no podemos olvidar los centros educativos, asociaciones, referentes médicos etc., como escenarios. Aunque, a priori, estos últimos parezca que tienen menos importancia en la conformación del fenómeno a estudiar.

⁶ Visitantes regulares al pueblo tengan o no residencia. Cuyo número de visitas o días de permanencia en el pueblo sea superior a 90. Tiempo más que suficiente para conocer las dinámicas sobre las que gira este trabajo.

El acceso tanto al campo de estudio como a los escenarios es una de las etapas más complicadas de todo el proceso investigador. En este proceso se ponen en juego, en función del objeto de estudio seleccionado, una serie de estrategias y recursos interpersonales, propios de la persona que investiga, en los que se juntan características desarrolladas en su vida cotidiana y otras vinculadas con su formación académica. Entrar al contexto de estudio es más que poseer permisos, los cuales legitiman legalmente, pero no a nivel social. Que una institución valide nuestra labor no significa que los agentes sociales la acepten, autorización que poco a poco se irá ganando a través de maniobras en el contexto de investigación, entre las que podemos destacar la presentación sin reservas de la intencionalidad del proyecto al vecindario. La negociación del acceso, la acogida por parte de los agentes sociales, recogida de información, etc., además de resultar relevantes para el devenir epistemológico, se superponen entre ellas teniendo que analizarlas como un todo. Es interesante prestar especial atención a la figura de “*porteros*”, siendo estos aquellas personas que nos facilitan el acceso tanto al campo como a los diferentes espacios de investigación y funcionan como punto inicial de contacto. En nuestro caso, aquellas que desempeñan este rol, fueron concejales, integrantes de asociaciones, directores de centros educativos formales/no formales, guardia civil, etc., fueron contactadas mediante la carta que puede observarse en el Anexo 1.

Un estudio sobre el estado de un fenómeno como las adicciones en un núcleo poblacional pequeño evoca, a priori, un acceso al campo relativamente complejo. La penalización, estigmatización, marginación y todos los procesos negativos asociados a esta realidad social hacen que sea complicado poder llegar a observar las dinámicas asociadas a este fenómeno. Que el investigador principal fuese nacido en la localidad donde se realizó el estudio, haya estado vinculado con el ocio nocturno, conozca muchas personas jóvenes del lugar y que su experiencia en el trabajo con drogas sea conocida en él, favoreció que este trámite fuese relativamente sencillo. Además, poder identificarse como trabajador del ayuntamiento, así como realizar unas presentaciones previas tanto “*in situ*” como vía email (Anexo 2), facilitó mucho la apertura/participación por parte del vecindario. El cual, rápidamente, comprendió que la labor a desarrollar suponía una plusvalía para el pueblo, lejos de ser una herramienta incriminatoria hacia aquellas personas que consumen drogas en él.

No queremos finalizar este apartado sin destacar cómo toda la población que ha participado en el estudio, tanto en la realización de entrevistas como en conversaciones etnográficas, ha sido informada sobre el uso que se haría con la información facilitada. Esto fue comunicado a través de la entrega de un consentimiento informado, así como una hoja informativa sobre el proyecto, previamente a la aplicación de la técnica y la grabación de esta. Además, debido a que la utilización de los datos es meramente epistemológica, cualquier rasgo identificatorio ha sido anonimizado, buscando con esto mitigar los riesgos que presentan la obtención y tratamiento de estos.

CONTEXTO DE ACTUACIÓN.

CARACTERÍSTICAS DEL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.

Este municipio se encuentra ubicado al sur de la provincia de Segovia, limitando con la Comunidad Autónoma de Madrid. De forma administrativa, linda al sur con el término municipal de El Espinar y la provincia de Madrid, al Norte con Palazuelos de Eresma, por el Este hace lo propio con los municipios de Rascafría, Navacerrada, Los Baldíos y Manzanares el Real y al Oeste con Segovia ciudad y Navas de Riofrío. Su extensión ocupa en total de 144,81 km², estando conformado por 4 núcleos poblacionales: La Granja de San Ildefonso (capital), Riofrío, Valsaín y la Pradera de Navalhorno.

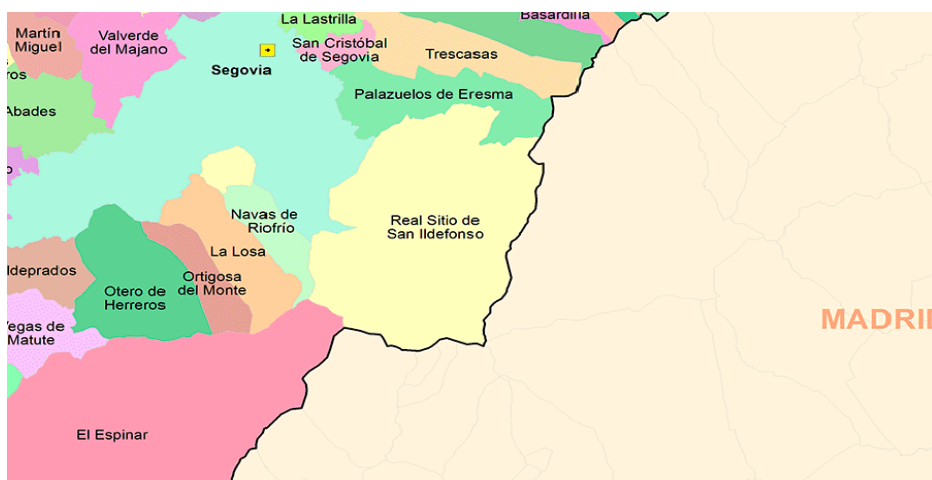


Figura 1. Mapa ubicación del Real Sitio de San Ildefonso en la provincia de Segovia. Fuente: elaboración propia.

San Ildefonso se encuentra en la vertiente septentrional de la Sierra de Guadarrama, dentro del Sistema Central, encuadrado por una serie de accidentes geográficos como Peñalara, Siete Picos, etc. Esto propicia que su ubicación esté a menor altura que el resto de territorios circundantes, situación que provoca su aspecto a modo de depresión. Al encontrarse en el sector occidental del Macizo Ibérico, geológicamente hablando, sus principales variedades de rocas son plutónicas, sedimentarias y metamórficas. Respecto a su hidrografía, todos los cursos fluviales que transcurren por el municipio forman parte de la Cuenca del Duero, siendo su río principal el Eresma.

Climatológicamente hablando, el Real Sitio de San Ildefonso presenta un clima mediterráneo continentalizado⁷. Esta tipología incide en el día a día poblacional del espacio y, por ende, en las dinámicas vinculadas al ocio desarrolladas en él.

⁷ Tipo de clima caracterizado por ser similar al clima mediterráneo, alejado del mar. Presentando inviernos largos y fríos, veranos cortos y cálidos y fuertes variaciones entre las temperaturas nocturnas y diurnas.

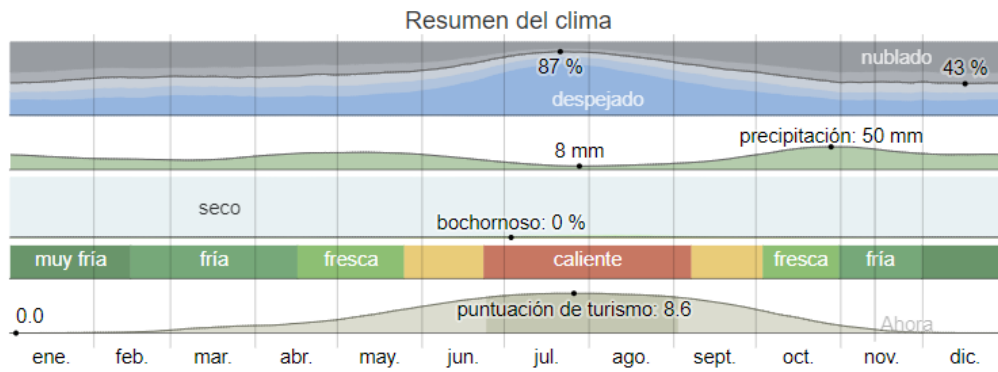


Figura 2. Gráfico resumen del clima del Real Sitio de San Ildefonso. Fuente: Weatherspark.

El ocio, por este motivo, suele realizarse al aire libre en los meses de verano, teniendo que “resguardarlas” en los que las temperaturas son mucho menos agradables. De ahí que, en períodos como diciembre y enero, sea difícil ver personas por la calle después de la caída del sol, concentrando las interacciones del vecindario en espacios cubiertos como los negocios de hostelería.

En relación con la vegetación, el 79,8% de la superficie del municipio está compuesto por arboladas, las cuales a su vez conformadas por especies arbóreas y sotobosque, siendo pino albar junto a la encina dos de las especies dominantes, situación que influye en la economía del lugar. Respecto a la fauna, en el municipio encuentran acomodo especies como el águila imperial, el buitre leonado y negro, el gato montés, la trucha etc., estando muchas de ellas catalogadas como protegidas por diversos organismos. Por este y otros motivos similares el Real Sitio ha sido nombrado “Reserva de la Biosfera”, “Zona de especial protección de aves de la sierra de Guadarrama”, “Parque natural sierra norte de Guadarrama”, “Parque Nacional sierra de Guadarrama”, etc., influyendo no sólo en las políticas de protección del espacio, sino también en las dinámicas turísticas de la zona.

Acerca del patrimonio cultural, llama la atención la ingente cantidad de emplazamientos destacables con los que cuenta. De estos destacamos los palacios de La Granja, Valsaín y Riofrío, Real Fábrica de cristales, Casa de oficios, Jardines de la Granja, Caballerizas, bosque de Riofrío, etc., declarados todos ellos como bienes de interés cultural. Estos tienen gran influencia económica en el contexto analizado al determinar gran parte de las políticas implementadas en él, generando conflicto entre los intereses políticos, los de la vecindad y la explotación/salvaguarda de estas posesiones.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.

El Real Sitio está conformado por 5188 habitantes, resultando ser 2.536 hombres y 2652 mujeres.

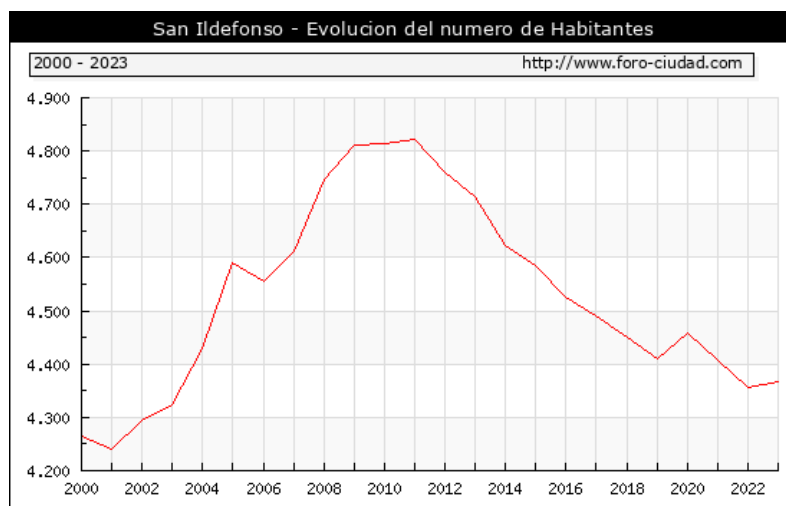


Figura 3. Gráfico de evolución poblacional del municipio (2000-2023). Fuente: Forociudad.

Como vemos en el gráfico, la población ha sufrido múltiples variaciones, presentando un notable ascenso desde el inicio del 2000 hasta el 2011, para regresar a los números de 2003 en la actualidad.

La estructura poblacional muestra una acumulación de personas situadas en las edades centrales.

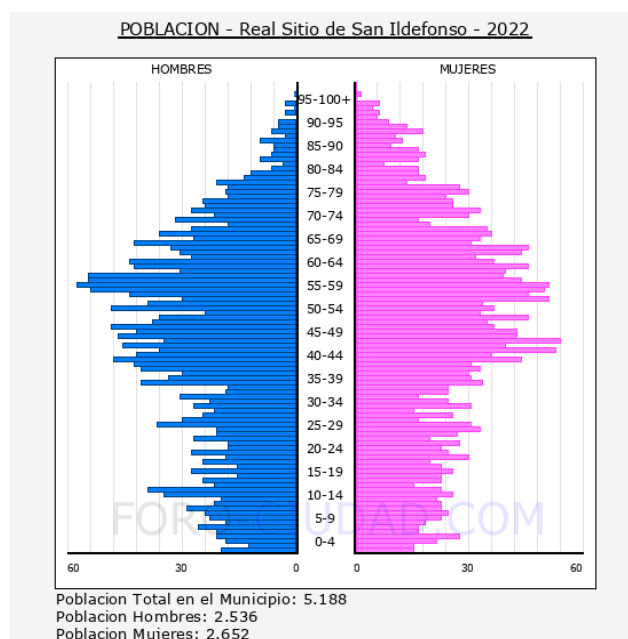


Figura 4. Gráfico comparativo poblacional por sexos Real Sitio de San Ildefonso (2022). Fuente: Forociudad.

Esta situación, con el paso del tiempo, puede favorecer el desarrollo de una población envejecida, ya que el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad propicia que el crecimiento vegetativo sea negativo. Ahondando el anterior gráfico el bajo número de personas ubicadas en el tramo correspondiente a la población de menor edad provoca que la base de esta sea pequeña, evidenciando la baja natalidad que caracteriza a las sociedades occidentales actuales. La parte central, cuyos integrantes representan a los adultos, muestra números mayores que el resto de los grupos,

resultando más del 65% de la población total y siendo la cohorte más numerosa aquella situada en la franja de los 55-59 por parte de los hombres y 40-44 en las mujeres. La zona superior representa a la población de mayor edad, la cual se reduce hasta desaparecer conforme se acerca a la parte más alta, evidenciando el envejecimiento poblacional al que ya nos hemos referido.

Sin entrar a profundizar mucho en el campo de los movimientos migratorios, según el Sistema de Estadística de Castilla y León, el Real Sitio de San Ildefonso presenta un saldo migratorio negativo, abandonando mayor cantidad de personas el municipio de las que llegan. Los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el Censo Electoral sobre españoles residentes en el extranjero en el año 2023 presentan que las personas españolas que residen habitualmente en el extranjero o han trasladado a este su residencia habitual mayores de 18 años, con origen en el Real Sitio, eran 81. Además, de nuevo según el INE, los habitantes empadronados en este municipio nacidos en un país distinto a España eran 365.

Estos se dispersaron de la siguiente manera:

- 143 habitantes, 48 hombres y 95 mujeres nacidos en América.
- 93 habitantes, 43 hombres y 50 mujeres nacidos en África.
- 7 habitantes, 3 hombres y 4 mujeres nacidos en Asia.

PERFIL ECONÓMICO DEL REAL SITIO.

Para facilitar la comprensión del fenómeno analizado en este trabajo, consideramos de vital importancia conocer la situación económica del municipio. Labor para la cual vamos a analizar diversos indicadores económicos que influyen en dinámicas vinculadas con las adicciones.

Uno de los elementos a considerar será la renta bruta por habitante⁸ la cual, según datos de 2021 en el Real Sitio, presentó un valor en el 2021 de 26.964 euros.

Evolución Renta en Real Sitio de San Ildefonso (Segovia)						
Fecha	Renta Bruta	Renta Disponible	Puesto nacional	Puesto CCAA	Población	
2021	26.964 €	23.451	745	46	5.188	
2020	26.007 €	22.046	701	48	5.237	
2019	26.138 €	21.747	698	45	5.285	
2018	24.812 €	20.765	792	52	5.241	
2017	24.851 €	20.748	667	44	5.267	
2016	24.298 €	20.385	645	47	5.315	
2015	23.325 €	19.616	702	51	5.352	
2014	23.004 €	19.069	689	55	5.403	
2013	23.191 €	19.229	635	50	5.464	

Figura 5. Tabla de evolución de la renta en el Real Sitio de San Ildefonso (2022). Fuente: Expansión.

⁸ Es la suma total de todos los ingresos netos de un vecino, durante un determinado período de tiempo.

La renta disponible⁹ es 23.451, valor que le sitúa entre los 50 más importantes de Castilla y León y los 700 de toda España. Esto muestra el alto poder adquisitivo de la municipalidad.

El empleo es otra variable importante para conocer la configuración de nuestro contexto. Según los datos del INE, el Real Sitio en marzo de 2024, tenía 173, de los cuales 72 son hombres y 101 mujeres.

Marzo 2024	Total Parados	Variación			
		Mensual		Anual	
		Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Total	173	-10	-5.46 %	-24	-12.18 %
HOMBRES	72	-1	-1.37 %	-11	-13.25 %
MUJERES	101	-5	-4.72 %	-9	-8.18 %
MENORES DE 25 AÑOS:	11	+4	57.14 %	+5	83.33 %
HOMBRES	5	+5	100.00 %	-1	-16.67 %
MUJERES	6	-1	-14.29 %	+6	100.00 %
ENTRE 25 Y 44 AÑOS	48	-8	-14.29 %	-7	-12.73 %
HOMBRES	22	+1809	7,537.50 %	+4	22.22 %
MUJERES	26	-6	-18.75 %	-11	-29.73 %
MAYORES DE 45 AÑOS	114	-2	-1.72 %	-18	-13.64 %
HOMBRES	45	-4	-8.16 %	-14	-23.73 %
MUJERES	69	+2	2.99 %	-4	-5.48 %
SECTOR:					
AGRICULTURA	7	+2	40.00 %	0	0 %
INDUSTRIA	7	-1	-12.50 %	-4	-36.36 %
CONSTRUCCIÓN	11	-2	-15.38 %	-4	-26.67 %
SERVICIOS	134	-8	-5.83 %	-16	-10.87 %
SIN EMPLEO ANTERIOR	14	-1	-6.67 %	0	0 %

Figura 6. Tabla de la situación laboral en el Real Sitio de San Ildefonso (2024). Fuente: Forocidad.

De todos los grupos de edad, aquellos con más de 45 años, con 114 parados, son las personas más afectadas por el desempleo, seguido de quienes se encuentran entre 25 y 44 años con 48, siendo el grupo de menores de 25 años con 11 parados el que presenta menor incidencia. Por sectores vemos que en el servicio es donde mayor número de parados existe en el municipio con 134 personas, seguido de las personas sin empleo anterior con 14 parados, la construcción con 11 parados, la industria con 7 parados y por último la agricultura con 7 parados.

El número de empresas activas en Real Sitio de San Ildefonso se situó en 353 en 2022, según la actualización del Directorio Central de Empresas (DIRCE).

⁹ Es la renta que queda tras restar a los ingresos netos, los impuestos y los cargos a la seguridad social.

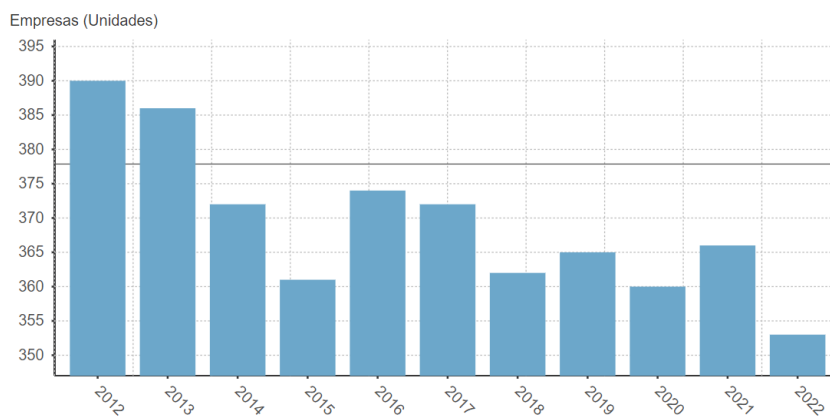


Figura 6. Gráfico de la evolución empresas Real Sitio de San Ildefonso (2024). Fuente: EP-data.

Más del 60% de las empresas activas se dedican al sector servicios o al comercio, hostelería, transporte, estando conformado el resto la industria, construcción y agricultura/ganadería.

Según el Ayuntamiento del Real Sitio sus políticas económicas abogan hacia una sostenibilidad sustentada en sus principales recursos **económicos endógenos: vidrio, medio ambiente y turismo.**

“Nuestro maravilloso entorno natural, arquitectónico, histórico y cultural, además de la exaltación del espíritu, nos ha generado economía a lo largo de los años de existencia de nuestra comunidad... Este ha ido conformando no sólo nuestro patrimonio histórico y arquitectónico, sino también nuestra comunidad, nuestra forma de vida y nuestra opción de desarrollo basada en nuestros propios recursos” (www.lagranja-valsain.com).

Esta toma de decisiones, influida por las características propias del municipio, propicia que la gran mayoría del tejido empresarial tenga que ver con los tres elementos antes citados. El consistorio asegura, además, que no tiene como objetivo agrandar la productividad del municipio, sino generar una óptima calidad de vida para su vecindario a través de un desarrollo que no conlleve la degradación y/o pérdida de aquellas realidades que lo han sustentado y configurado tradicionalmente. Así pues, debido al papel central que tienen en el devenir del contexto de estudio, es importante su análisis.

- **Medio ambiente:** más del 73% de la superficie del Real Sitio de San Ildefonso está conformada por los Pinares de Valsaín, espacio gestionado por la institución Red de Parques Nacionales. En ellos se realizan diversas actividades, destacando aquellas relacionadas con el pasto y la madera, determinando este suceso la centralidad que el sector forestal tiene tanto para la economía municipal como para el empleo. Uno de los principales ejemplos de este fenómeno podemos encontrarlo en la importancia que tiene en las dinámicas municipales el Centro Montes y Aserradero de Valsaín¹⁰, el cual cuenta con más de 25 trabajadores en sus instalaciones.

¹⁰ Se trata de un aserradero abierto en 1884, muy avanzado para la época, que actualmente está catalogado como uno edificio importante respecto al patrimonio industrial del S. XIX del Real Sitio.

En mayo del año 2013, sus pinares fueron nombrados “Reserva de Biosfera”, situación que fue posible tras muchos años de reivindicación política de un estilo de vida “sostenible” en el municipio, respetuoso con la amplia variedad de fauna y flora existentes en la zona. Este reconocimiento a una manera de vivir que no centraliza el modo de producción del contexto en la maximización económica de sus principales recursos, sino en el respeto e implementación de estos como filosofía para su población, supuso un buen escaparate turístico para nuestro contexto de estudio.

Por otro lado, debido a la alta carga de monumentos que con la que cuenta el Real Sitio de San Ildefonso, gestionados por Patrimonio Nacional¹¹, estos se erigen como generadores económicos y de empleo al contar, entre otros, con el Palacio y Jardines de La Granja, el Palacio de Riofrío, etc., originando un número cercano a 300 personas trabajadoras en ello.

No podemos olvidar la importancia que el cultivo del “Judión” tiene para esta municipalidad. Más si cabe desde que en 2013, como parte de las políticas que llevaron a la obtención de la categoría “Reserva de la Biosfera”, se consiguió la aprobación por parte del Instituto Tecnológico Agrario de Castilla y León y su posterior inscripción como marca en la Oficina Española de Patentes y Marcas del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, de la Marca de garantía “Judión de la Granja”.



Figura 7. Logo marca registrada: Judión de La Granja. Fuente: Asociación tutor del judión La Granja.

Este proceso aseguró unos mínimos de calidad acorde con el producto protegiéndolo de imitaciones y fraudes, suponiendo un gran avance comercial para el municipio. Esta situación se canalizó a través de la asociación “Tutor del Judión”, institución que gestiona tanto la marca de garantía como su explotación, semillas, producciones etc. Este cambio, además de tener impacto económico en la circunscripción, modificó la manera “tradicional” de cultivo y venta de este producto.

- **Vidrio:** La Granja de San Ildefonso es un referente mundial respecto a la industria vidriera. Hace casi 3 siglos existieron unos talleres que fabricaron vidrio para la construcción de su majestuoso

¹¹ Es un organismo público español, dedicado al cuidado y mantenimiento de los bienes históricamente vinculados a la Corona de España.

palacio, proceso que culminó en el siglo XVIII con la apertura de la Real Fábrica de Cristales. En este espacio, actualmente, se encuentra la Fundación Centro Nacional del Vidrio y su escuela taller.



Figura 8. Imagen de la fachada de la Fundación Centro Nacional del Vidrio. Fuente: Fundación Real Fábrica de Cristales.

El impacto de esta apertura fue tal que modificó tanto el imaginario colectivo del vecindario, como la principal fuente de empleo de la zona, la renta per cápita, el trazado urbano, etc.

Esta situación ha pervivido hasta nuestros días, culminado en el mayor generador de empleo local: Verescence. Esta es una organización que genera más de 400 empleos directos y otros tantos indirectos y continúa con la tradición vidriera del municipio.



Figura 9. Imagen Verescence. Fuente: Verescence.

- **Turismo:** la ubicación del municipio, su tradición histórico cultural, la sostenibilidad económica planteada en este apartado y la idiosincrasia del vecindario, le confieren tal excepcionalidad que lo hacen susceptible de ser uno de los principales entornos de interés tanto a nivel nacional como internacional. De ahí que el turismo sea uno de los factores determinantes para la economía municipal influyendo en todas sus realidades, terciarizando su economía y, debido a su volubilidad, provocando gran dinamismo en aquellos emprendimientos vinculados a esta actividad.



Figura 10. Logo de turismo Real Sitio de San Ildefonso. Fuente: Turismo del Real Sitio de San Ildefonso.

La importancia de esta actividad propicia la existencia de gran cantidad de cafeterías, bares, restaurantes, etc. Esto se plasma en la recuperación de algunos de los edificios más emblemáticos del pueblo como el “*Parador de Turismo de La Granja*”, el “*Centro de Congresos*” (antiguo Cuartel de Guardia de Corps), unido a proyectos privados como “*La Farm Studio*” y a un conjunto patrimonial (Colegiata, Palacio Austrias de Valsaín, etc.) y sociocultural, perfectamente mantenidos

INFRAESTRUCTURAS.

Respecto a las vías de comunicación, la red de caminos y carreteras con las que cuenta el Real Sitio, permiten interconectar fácilmente todos sus puntos habitados. A través de la vía CL-601 llegamos a la capital de la provincia en no más de 15 minutos, haciendo lo propio con Madrid a través de la AP-61/A-6 o la CL-601, en un tiempo cercano a la hora y media.

Con relación al equipamiento local, servicios y similares de la zona, seguidamente reseñamos aquellos más destacados según la información recogida por el investigador.

EQUIPAMIENTOS LOCALES	
TIPO	Nº
Mercado / plaza de abastos	1
IES en La Granja	1
Escuela infantil de (0 a 3). La Granja.	1
Colegios (3 a 12). 1 en Valsaín y 1 en La Granja.	2
Estación de repostaje eléctrica	1
Viviendas tuteladas para dependientes /Residencia de Mayores	2
Consultorio en Valsaín	1
Centro de Salud en La Granja	1
Ludoteca	1
Escuela de Música	1
Casa joven (La Bola)	1
Centro de jubilados	1
Biblioteca	1
Casa de la Cultura	1
Polideportivo (Valsaín y La Granja).	2
CEPA (Educación Adultos)	1
CEAAS (Centros Agrupados de Acción Social)	1
Sala de cine/teatro (Canonigos)	1
Campos de fútbol de hierba (natural y artificial)	2
Pistas de tenis	3
Pistas de pádel	3
Pistas baloncesto	3
Piscinas (1 cubierta, 2 aire libre)	3
Rocódromo	1
Campo de polo	1
Campo de Tiro con Arco	1

Figura 11. Tabla de equipamientos locales. Fuente: elaboración propia.

El total del municipio cuenta con más de 4000 viviendas, soportando una población máxima de unos 15000 habitantes. Estos datos muestran la capacidad adaptativa de la zona, la cual triplica su población en los meses de verano, siendo esta una de las razones de la existencia de un sincretismo entre lo tradicional/moderno dentro de las dinámicas sociales observadas en el Real Sitio.

SITUACIÓN NORMATIVO ASISTENCIAL DE LAS ADICCIONES EN NUESTRO CONTEXTO DE ESTUDIO.

Para comprender la situación de las adicciones en el Real Sitio, consideramos vital la presentación de las diferentes estrategias políticas que existen en España actualmente. Este apartado presenta recorrido por los referentes normativos estatales sobre adicciones para concretarlos en las divisiones administrativas existentes y, finalmente, analizar cómo se concretan en él.

El artículo 43 de la Constitución Española dice:

1. *“Se reconoce el derecho a la protección de la salud”.*

2. *“Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.*

3. *“Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”.*

El anterior artículo describe el papel que el Estado, como institución referente de gobierno, debe asumir respecto a las adicciones usando para ello conceptos como *“salud”* y *“saludable”*¹².

Referencias similares sobre el papel estatal en el consumo de sustancias estupefacientes en España, las encontramos en la **Ley General de Sanidad** y en la **Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos**. En ellas destaca la equiparación de la adicción a las drogas con otras enfermedades, así como la influencia en esta de lo biológico, psicológico, social y económico. Estos preceptos muestran el cambio producido en la interpretación de las adicciones, pasando de otorgar peso únicamente a lo biomédico a incorporar otras variables importantes.

Según esta ley, en España, los ayuntamientos con más de 20.000 habitantes están obligados a desarrollar y ejecutar planes municipales sobre drogas, dejando a aquellos cuyo vecindario es menor sólo con potestad sobre las sanciones y algunas cuestiones vinculadas con el consumo y venta de alcohol. Es por eso que el desarrollo de una investigación como esta supone un extra de preocupación hacia aquellas personas que residen en él, buscando ofrecer una respuesta al fenómeno analizado acorde tanto con su complejidad como con los deseos del vecindario.

ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES (2017-2024).

En el año 1985 aparece en España, el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), organismo creado para contar en el territorio nacional con una institución que se dedicase en exclusiva a la gestión de la problemática de las adicciones. Este tiene como objetivos principales coordinar y potenciar las políticas referidas a las adicciones llevadas a cabo desde las distintas administraciones públicas y entidades sociales de España desde el ámbito de la prevención, asistencia y reinserción social.

De manera similar, desde el 11 de septiembre de 1985, se creó la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND), siendo este un órgano directivo dependiente de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, al cual corresponde la organización, impulso, coordinación y supervisión de los servicios encargados de actualizar y ejecutar todo aquello pautado por el PNSD. Este funcionamiento y sus competencias se plasman en

¹² Si el lector quiere profundizar en el tema, recomendamos Fernández (2018), trabajo en el que se reflexiona sobre las nuevas formas de gobierno desde ciertos dispositivos asistenciales sobre drogas y el modelo de salud y saludable que buscan.

un documento llamado “*Estrategia Nacional sobre Adicciones*”, el cual sirve de referente para cualquier tipo de intervención en el campo de las adicciones en España. Esta se concreta en las diferentes divisiones territoriales españolas, buscando adaptarla a cada realidad territorial existente. Desde la creación del PNSD, se han elaborado diferentes versiones, comenzando por el **Plan Nacional sobre Drogas de 1985**, el **Plan de medidas para luchar contra las drogas de 1997**, la **Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)**, la **Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016)** y la actual **Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024)**. Es interesante analizar el cambio de nombre de los anteriores compendios, iniciándose con la palabra “*plan*” para pasar posteriormente a “*estrategia*”. Esta decisión muestra la llegada, en su concepción de base, del carácter procesual a la interpretación de las adicciones. Este documento, en 1985, era un programa cerrado que detalla el modo y los medios necesarios para intervenir en el fenómeno de las drogas, mientras que la actual concepción de estrategia evoca una serie de acciones consensuadas, procesuales y encaminadas hacia un fin. Además, podemos ver como también se ha ido cambiando el término “*droga*” por el de “*adicción*”, ejemplificando esta variación la llegada de una concepción más amplia del fenómeno. La ENA 2017-2024, incorpora las adicciones sin sustancias en su ámbito de trabajo, mostrando cómo los anteriores órganos de gobierno manejan una conceptualización del fenómeno más amplia como es la de adicción.

ENA 2017-2024:

Fue aprobada por una comisión interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas el 18 de octubre de 2017, para, posteriormente, ser aceptada por el Consejo de ministros el 9 de febrero de 2018. Este es “*un documento participativo y de consenso, acordado entre todas las Administraciones Públicas, las organizaciones no gubernamentales del sector, las sociedades científicas, los centros de investigación, y todas aquellas instancias públicas y privadas que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas*”. (Plan Nacional sobre Drogas, 2017). Así pues, según lo expresado, su finalidad es la de facilitar “*estrategias nacionales, como documentos de planificación, se han convertido en el medio principal a través del cual se establecen y apoyan las diferentes respuestas ofrecidas a nivel local y/o regional, creando una herramienta de coordinación para todos aquellos involucrados en implementar una política de drogas*” (Plan Nacional sobre Drogas, 2017).

Misión¹³:

Ofrecer un marco de referencia con un enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia a, por un lado, todas las Administraciones Públicas, instancias que forman parte del PNSD y otras entidades concernidas, para que con la necesaria flexibilidad, lleven a cabo los planes y programas relacionados con las adicciones que son objeto de su competencia, aprovechando las sinergias que se crean de la

¹³ La misión se define como la razón principal que sustenta un plan de intervención de una organización concreta, es decir, cuál es su propósito y su función dentro de una sociedad.

coordinación y colaboración entre ellas; y por otro, a las acciones que del PNSD, se desarrollen en el contexto internacional (Estrategia Europea, Declaración Política de ONU, UNGASS, Convenciones...).

Visión¹⁴:

En 2024, se habrán reducido en España los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales, a través de la ejecución de políticas sobre drogas y adicciones encaminadas a disminuir su presencia y consumo, con actuaciones dirigidas a las personas y su contexto, familias, comunidad y conjunto de la sociedad, contribuyendo a construir una sociedad más saludable, informada y segura.

Objetivos generales:

- Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
- Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
- Retrasar la edad de inicio a las adicciones.

Valores:

La ENA 2017-2024 mantiene el compromiso del PNSD de garantizar que todos los aspectos de la reducción de la demanda y la oferta, medidas conexas y la cooperación internacional relacionada con el fenómeno de las adicciones, se aborden de plena conformidad con los propósitos de la Carta de las Naciones Unidas, el Derecho Internacional y la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como los acuerdos alcanzados en el seno de Naciones Unidas y la Unión Europea.

Además, de manera más concreta, también matiza que su trabajo se centrará en un enfoque de Salud Pública integral, incluyendo a la persona, su entorno familiar y social y al conjunto de la comunidad; la universalidad; coherencia y colaboración entre Administraciones Públicas; atención a la diversidad; corresponsabilidad social y responsabilidad pública.

Principios rectores:

- Equidad.
- Perspectiva de género.
- Transparencia.
- Evidencia científica.
- Participación.

¹⁴ La visión es el camino por el cual dirigirse a largo plazo. Sirve de rumbo y aliciente, para orientar las decisiones estratégicas.

- Intersectorialidad e interdisciplinariedad.
- Calidad.
- Eficiencia y sostenibilidad.

La ENA 2017-2024, como una de sus mayores novedades, plantea un elemento clave tanto a nivel coordinación como de implementación de cualquier tipo de intervención: **el empoderamiento y participación de los agentes sociales claves en este tipo de decisiones**. Idea que no sólo resulta fundamental para la apertura en el trabajo de las adicciones de todo tipo de disciplinas, sino que ha sido una de las máximas asumidas por el ayuntamiento del Real Sitio para llevar a cabo esta investigación y la posterior implementación de medidas sustentadas en el trabajo con el vecindario.

El ámbito de actuación de esta propuesta se centra en 4 fenómenos:

1. Drogas legales (alcohol y tabaco).
2. Medicinas y otras sustancias con potencial adictivo, recetadas por el personal sanitario.
3. Drogas ilegales, incluyendo las “nuevas sustancias psicoactivas”.
4. Adicciones sin sustancia o comportamentales, centrando su mirada en la realidad de los juegos de apuestas (online y presencial), los videojuegos y el uso de las nuevas tecnologías. Estos fenómenos son la primera vez que aparecen en este tipo de planteamientos estatales.

Se articula alrededor de 68 objetivos, los cuales son resumidos en 3 grandes tipos de actuaciones:

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas y el acceso a “situaciones” con posibilidad de generar relaciones de dependencia.
2. Reducir los consumos y comportamientos adictivos, ya desarrollados por los agentes sociales.
3. Mermar los daños derivados y/o causados por el fenómeno analizado.

La consecución de las anteriores propuestas se realiza desde la prevención, asistencia, reducción de daños e incorporación social, añadiendo la perspectiva de género como parte central de todas ellas.

La crítica que podemos realizar a esta guía de intervención es que, además de no reflejar la variabilidad existente en las personas usuarias, sustancias, etc., evidencia intencionalidad política y económica en muchas de sus principales decisiones. Ya que sustancias con similar incidencia en el ser humano y su entorno son catalogadas como drogas o no según ciertos intereses, como es el caso de medicamentos, alcohol, etc. Además, encontramos ciertas contradicciones políticas cuando se trata de proteger a los menores del acceso al alcohol, al juego, tabaco etc., mientras vemos cómo se promocionan económicamente sectores como el vitivinícola, las empresas de apuestas y se evidencia una flexibilidad con el tabaco en zonas donde no se debería fumar. Por otro lado, postulando que la “demonización” y el estigma de sustancias/comportamientos no funciona como estrategia de evitación y retraso del

inicio (Romaní, 1999), resulta cuando menos sorprendente que se realice lo mismo con las nuevas tecnologías y videojuegos, en vez de abogar por educar hacia el buen uso de ellas.

PLAN DE ACCIÓN SOBRE ADICCIONES 2021-2024.

Este documento, aprobado por la Conferencia sectorial sobre Drogas¹⁵ el día 25 de enero de 2022 como sus homólogos anteriores, define las principales líneas de actuación que seguirá el PNSD para conseguir los objetivos planteados por la ENA, además de pautar el tipo de trabajo que las administraciones autonómicas y locales deben realizar respecto a las adicciones.

Sus campos de actuación son las drogas legales, los fármacos con y sin prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo, las drogas ilegales, y las adicciones sin sustancia o comportamentales.

Su elaboración se enmarca dentro de la Estrategia Nacional de Adicciones vigente, incorporando como suyas la misión, objetivos generales, visión, valores, y sus principios rectores de este documento.

Además, esta presenta áreas de trabajo similares, ya que ambas tienen que alinearse a las propuestas planteadas a nivel europeo en materia de lucha contra la droga en la Estrategia sobre drogas de la UE 2021-2025, las cuales se plasman en el Plan de Acción de la UE sobre Drogas 2021-2025¹⁶.

Objetivos y actividades del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024:

META 1. Hacia una sociedad más saludable e informada.

1. Prevención y reducción del riesgo
2. Atención integral y multidisciplinar
3. Reducción de daños.
4. Incorporación social.

META 2: Hacia una sociedad más segura.

5. Reducción y control de la oferta.
6. Revisión normativa.
7. Cooperación judicial y policial nacional e internacional.

¹⁵ Órgano que asume y ejecuta las competencias políticas del Plan Nacional sobre Drogas, conformado por representantes de diferentes ministerios.

¹⁶ La Estrategia de la UE sobre Drogas 2021-2025 proporciona el marco político general y las prioridades de actuación de la Unión Europea en esta materia para el período 2021-2025. El marco, la finalidad y los objetivos de la Estrategia servirán de base para el Plan de Acción de la UE sobre Drogas 2021-2025.

Áreas transversales.

- T1. Coordinación y gestión.
- T2. Gestión del conocimiento.
- T3. Legislación.
- T4. Ámbito internacional.
- T5. Sensibilización, comunicación y difusión.
- T6. Evaluación y calidad.

Las críticas que se hacen a esta propuesta son similares a las realizadas a la ENA española, ya que plantea ciertas decisiones cargadas de intencionalidad económica y biomédica, además de presentar una evidente falta de reflexión sobre las adicciones comportamentales.

VII PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS 2017-2021¹⁷ CASTILLA Y LEÓN.

Siguiendo con el recorrido por los distintos documentos que pautan cómo intervenir en el campo de las adicciones y su tratamiento en España, vamos a analizar el plan que actualmente rige la comunidad autónoma donde se encuentra ubicado el Real Sitio de San Ildefonso: **Castilla y León**. Esta es la más extensa de España con una superficie de 94 226 km², así como la sexta más poblada con casi dos millones y medio de habitantes. Se divide en 9 provincias y un total de 2248 municipios, entre los que se encuentra nuestro contexto de estudio.

Según el acuerdo 22/2017 del 25 de mayo, la Junta de Castilla y León aprobó el VII Plan Regional sobre Drogas (2017-2021). Según sus palabras es un *“instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma”*. Este documento da continuidad a una planificación por parte de esta institución, iniciada en 1988¹⁸, respetando la recomendación estatal e internacional de mantener una acción sostenida a largo plazo en los logros obtenidos, a la que se incorporen las correcciones mostradas a través del proceso de evaluación. Además, continuando con la coherencia estatal en el campo de las adicciones, tanto la ENA como el Plan de Acción sobre Adicciones nacional se concretan a nivel autonómico en él.

¹⁷ Prorrogado hasta el 2023, año en el que está planteado diseñar uno nuevo.

¹⁸ Si quiere consultar la relación de leyes implementadas, consultar:

www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/CCAA_norma/norma_castillayleon.pdf

El VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021 Castilla y León, tiene como **objetivo estratégico** la reducción de la mortalidad, morbilidad¹⁹ y problemas sociales relacionados con el abuso y dependencia de las drogas.

Esto se plasma en 4 objetivos generales y 19 específicos:

1. Reducir la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas ilegales.
2. Reducir los riesgos y daños para la salud y la sociedad derivados del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.
3. Potenciar la participación social y optimizar la coordinación y cooperación institucional.
4. Promover la formación, investigación y evaluación en materia de drogodependencias.

El documento se estructura en 8 capítulos y un anexo, en los cuales se comentan la situación actual de las adicciones en la comunidad, la evaluación del plan anterior, se presenta los objetivos del nuevo, muestra estrategias y criterios de actuación, se muestra el sistema de asistencia e integración de la autonomía, los fondos a destinar, etc.

Si nos paramos a reflexionar sobre este documento, podemos ver que es mucho más biologicista que sus superiores estatales. La elección de términos como prevalencia, morbilidad, etc., evidencia una clara disonancia con lo mostrado en la ENA y en el Plan de Acción nacional, donde su lenguaje refleja metafóricamente la entrada de nuevas disciplinas y modos de trabajo en el campo de las adicciones. Es destacable la falta de referencias profusas a las adicciones sin sustancias y la perspectiva de género, cosa que sí encontramos en los planes estatales, debiéndose esto a cuestiones más temporales que metodológicas. Las encuestas EDADES y ESTUDES sirven como referencia y justificación de todas las decisiones/acciones a llevar a cabo sobre las drogas en esta comunidad, situación que traslada los errores de estas encuestas al soporte legislativo sobre las adicciones de esta región. Plantear un objetivo estratégico centrado en la “mortalidad”, “morbilidad” y “los problemas sociales” negativiza y estigmatiza las adicciones, obviando posiciones intermedias que ni matan ni generan dificultades y desarrollando procesos de relación conceptual entre droga y adicción con lo peligroso.

Por último, centrar parte de sus políticas en la reinserción laboral evidencia cómo estos dispositivos pretenden devolver a las personas a una centralidad social perdida por el uso de drogas, vinculando de nuevo el fenómeno con una imagen negativa e improductiva en términos de utilidad social.

¹⁹ Cantidad de personas que enferman en un lugar y/o período de tiempo determinados, en relación con el total de la población.

SISTEMA DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE EN CASTILLA Y LEÓN (SAISDE).

Antes de todo, cómo podemos ver en Fernández (2017), queremos reflejar que entendemos por **dispositivo asistencial en adicciones**: recursos de intervención a través de los cuales se implementa una estrategia general de gobierno sobre el consumo de sustancias y ciertas conductas, imponiendo una subjetividad concreta respecto a lo que se considera saludable y lo que no. Estas realidades ofrecen estrategias, herramientas, contextos donde poner en juego saber experiencial y teórico, donde se intercambian a modo de capitales.

El Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE), según lo expresado en la ley 3/1994 del 29 de marzo respecto a la prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, establece una serie de características primordiales que han de cumplirse. Estas configuran una red asistencial pública y diversificada, integrándose en ella aquellos centros y servicios generales del sistema sanitario público (generalistas y específicos) vinculados con el fenómeno de las adicciones y recursos de ámbito privado²⁰ con objetivos similares. Con lo que formar parte del circuito terapéutico, supone la aceptación por parte de sus integrantes de los objetivos generales, el estilo de trabajo, etc., desarrollados en el Plan Regional sobre Drogas.

El fenómeno de las adicciones se trabajará en Castilla y León desde:

Complejo normativo. Formado por todas aquellas leyes que legislan la realidad de las adicciones en la autonomía donde hemos realizado el estudio.

Asistencia e integración social. Conformado por los dispositivos interventivos generados con la intencionalidad de paliar la relación de dependencia que tienen los usuarios que los conforman.

Prevención e información. Configurado por todos los programas y talleres cuya finalidad es la de prevenir/retrasar el inicio en el consumo de la población castellana.

Reducción de daños. Constituido por las acciones que aminoran el posible daño que los consumos causan en quienes no tienen intención de abandonar el uso, pese a sus consecuencias.

Como añadido reciente a esta división, encontramos un apartado informativo dedicado a las **adicciones sin sustancia**²¹, aunque todavía no está implementado en el resto campos.

El SAISDE castellano leonés se **estructura** en **tres niveles** asistenciales los cuales sustentan la jerarquización de recursos, condiciones de acceso, tipo de intervención, posibles derivaciones, etc. Estos son 30 centros acreditados de tratamiento gestionados por ONGs: 11 de tratamiento

²⁰ Será la Junta de Castilla y León, el organismo que establezca los requisitos para obtener la acreditación administrativa para que estas iniciativas privadas formen parte de su red asistencial de adicciones.

²¹ Puede ser consultado en <https://familia.jcyl.es/web/es/adiciones-sustancia.html>

ambulatorio (CAD); 6 centros de día, 1 centros de tratamiento ambulatorio para alcoholismo, 1 unidad de desintoxicación, 8 comunidades terapéuticas y 2 centros residenciales para rehabilitación de alcohólicos. A esto habría que añadir otros 7 centros de tratamiento públicos: 2 unidades de tratamiento del alcoholismo, 1 unidad de desintoxicación y de patología dual y cuatro de tabaquismo.

PRIMER NIVEL.

En él se ubican los principales dispositivos de “*entrada*” al sistema asistencial castellanoleonés, siendo los más accesibles y con una exigencia terapéutica más laxa. Sus principales objetivos son la detección, captación y derivación de población drogodependiente a servicios especializados, ofreciendo atención a las necesidades sociosanitarias tanto del demandante de asistencia, como de su familia. En esta categoría encontramos recursos tanto de Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales, como otros específicos de Atención al Drogodependiente.

Equipos de Atención Primaria de Salud (E.A.P.S.).

El acceso a este servicio se realiza bien por derivación de otro recurso del mismo nivel, bien de manera directa por parte de la población afectada.

Sus objetivos son:

- ∇ La detección de consumos de riesgo y problemas de salud por abuso y dependencia de las drogas, en especial de alcohol y tabaco.
- ∇ Derivar, a quien lo necesite, hacia el segundo nivel para comenzar/proseguir el itinerario terapéutico.
- ∇ Consejo sanitario antitabaco en fumadores habituales e intervenciones breves en personas con consumos de riesgo de alcohol.
- ∇ Ofrecer pautas sanitarias para disminuir el riesgo/daños vinculados al consumo de drogas.
- ∇ Trabajo en red tanto con el resto del sistema sanitario como el área de trastornos mentales, de patología orgánica, etc.

Estos pueden derivar tanto al resto de servicios de este primer nivel (donde se ofrece información, seguimiento y orientación para este tipo de población), cómo a los especializados del resto.

Centros de Acción Social (CEAS).

Es un dispositivo comunitario que está conformado por aquellos equipos técnicos y medios que facilitan la llegada de la población a los Servicios Sociales. Esto puede suceder a través de una derivación directa de algún dispositivo del primer nivel o mediante un ingreso voluntario por parte de la persona.

Sus objetivos son:

- ∇ Ofrecer orientación e información sobre posibilidades interventivas.
- ∇ Anticipar la existencia de agentes sociales con problemas de adicciones.
- ∇ Derivación, en caso de necesidad, a dispositivos del siguiente nivel.
- ∇ Atención social a la problemática del usuario de drogas y su familia.
- ∇ Apoyo y guía en el proceso de integración social.

Estos pueden derivar tanto al resto de servicios del primer nivel, cómo a los especializados del resto.

Centros específicos de primer nivel.

Aquí se encuentran los servicios generales de información, seguimiento, orientación y apoyo al drogodependiente. Estos son el recurso de referencia de esta categoría, ya que reciben todos los perfiles que no puedan ser atendidos por los dos anteriores. Existen dos tipos: aquellos destinados a todo tipo de drogodependientes y los que específicamente intervienen con pacientes alcohólicos.

La llegada a ellos se realiza a través de la derivación de otros recursos del nivel o de forma directa.

Sus objetivos son:

- ∇ Informar y orientar sobre posibilidades de tratamiento.
- ∇ Detectar y captar personas con problemas de dependencia a todo tipo de sustancias.
- ∇ Derivar y motivar a la población para continuar con el tratamiento, en cualquiera nivel.
- ∇ Guiar en el proceso de incorporación social.
- ∇ Asesorar a la familia/entorno de la persona drogodependiente durante su recuperación.
- ∇ Ofrecer pautas destinadas a disminuir el riesgo y los daños vinculados al consumo de drogas.
- ∇ Coordinar y desarrollar el programa individualizado de cada paciente, en colaboración con el resto de los recursos.

Sus principales derivaciones serán a los recursos del segundo nivel.

Servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el ámbito laboral.

Estos centros ofrecen intervención profesional destinada a potenciar las capacidades y el funcionamiento de población trabajadora/drogodependiente. Se accede a ellos directamente o por derivación de CEAS, teniendo como demarcación de intervención al ámbito autonómico.

Sus objetivos son:

- ∇ Orientar e informar, sobre posibilidades asistenciales.

- ∇ Detectar y comenzar el tratamiento con trabajadores con problemas con drogas.
- ∇ Apoyar jurídicamente y ofrecerse como elemento mediador, en conflictos laborales.
- ∇ Motivar a las personas trabajadoras que abusan del alcohol y/o tabaco, a realizar intervenciones de deshabituación.
- ∇ Derivar a personas trabajadoras con una relación de dependencia hacia cualquier droga o conducta, a los servicios específicos donde comenzar el tratamiento.
- ∇ Seguir tanto el tratamiento como su incidencia en su situación laboral, del agente social.
- ∇ Apoyar la reincorporación al puesto laboral del drogodependiente rehabilitado.

Este recurso realiza derivaciones tanto a la Atención Primaria como a los centros del segundo nivel.

Servicios de orientación y asesoramiento a personas drogodependientes con problemas jurídico-penales.

Ofrecen apoyo especializado a población consumidora con problemas en el ámbito judicial.

Sus objetivos son:

- ∇ Ofrecer orientación legal tanto al drogodependiente como a su familia.
- ∇ Informar sobre recursos y posibilidades de tratamiento.
- ∇ Captar personas con problemas de drogas.
- ∇ Motivar el inicio/continuidad del tratamiento en toda la población que llega hasta ellos.

Estos realizan derivaciones de sus pacientes hacia dispositivos especializados del segundo nivel.

Servicios de atención de emergencia social para personas con drogodependencia.

Su finalidad es acoger, conectar e intervenir con población drogodependiente que evidencia graves problemas de exclusión social, además de mejorar su calidad de vida, atender sus necesidades básicas y conducirlos a otros recursos.

Se accede a ellos tanto de manera directa como derivados de cualquier punto de la red asistencial de Castilla y León.

Sus objetivos son:

- ∇ Suministrar material e información sobre reducción de riesgos/daños: preservativos, jeringuillas u otros útiles de consumo, etc.
- ∇ Ofrecer servicios de higiene personal y lavarropa.
- ∇ Proporcionar espacios de descanso y hospedaje de estancia y descanso.

- ∇ Dispensar comidas y bebidas.
- ∇ Suministrar información sobre posibilidades asistenciales.
- ∇ Servir de nexo entre los drogodependientes y el Sistema de Salud y los Servicios Sociales.

SEGUNDO NIVEL.

Los centros englobados en este nivel cuentan para realizar su actividad con equipos ambulatorios multidisciplinarios, los cuales son los encargados de diseñar y llevar a cabo los diferentes procesos terapéuticos que cada una de las personas que los van a recorrer. Sus dispositivos de referencia son los Servicios de Asistencia Sociosanitaria Ambulatoria a personas con Drogodependencia, aunque el nivel está conformado por otros tipos. La oferta de tratamiento que en ellos podemos encontrar se caracteriza por su diversidad y globalidad ya que este, al realizarse de manera integral, posibilita la implementación de intervenciones médicas, psicológicas y de carácter social.

El acceso a ellos es flexible, pudiendo realizarse a través de una derivación de cualquiera de los dispositivos de la red y por iniciativa de la persona que desee entrar en algún tipo de tratamiento.

Los recursos de este nivel presentan diferente grado de especialización pudiendo agruparlos por:

- Centros especializados de carácter general, como los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).
- Dispositivos específicos para el tratamiento de las drogodependencias como el CAD, unidades de tratamiento del alcoholismo, servicios de tratamiento del tabaquismo, centros de día para drogodependientes, recursos penitenciarios, etc.

Centros específicos de asistencia ambulatoria a drogodependientes (CAD).

Este funciona como referencia asistencial de este nivel, al ser el espacio donde se realizan tratamientos sociosanitarios a población con problemáticas vinculadas a las adicciones. Su trabajo se centra en recuperar la abstinencia a la droga/conducta que generó la situación por la que se acude al recurso, así como la integración familiar y social perdida. Son centros pluridisciplinarios formados al menos por un médico, un psicólogo, un trabajador social y un profesional de enfermería. Esta composición sugiere la variabilidad asistencial desde la que se interviene, a pesar de que siga predominando el rol del profesional médico en el proceso. A diferencia de otras comunidades como la madrileña donde estos recursos son la referencia asistencial de todos los niveles interventivos, a los CAD de Castilla y León sólo se derivan los casos más complejos y menos motivados.

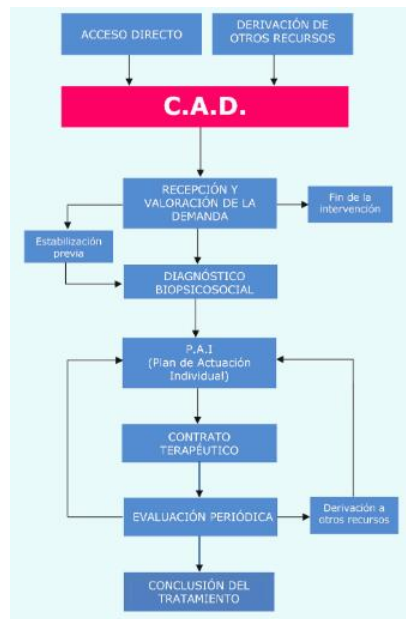


Figura 12. Organigrama de la estructura de trabajo de un CAD. Fuente: Aclad.

La comunidad que estamos analizando cuenta con 11 de estos espacios, uno por cada área de salud²², las cuales serían la de Ávila, Burgos, León, Bierzo, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid Oeste, Valladolid Este y Zamora. La atención a la población residente en estas demarcaciones está supeditada a la pertenencia o no a estas, teniendo siempre en cuenta el mapa vigente de unidades básicas y servicios en zonas rurales²³ para comprender este fenómeno. El acceso es tanto directo o por derivación de recursos tanto del primer como del segundo nivel.

Sus principales objetivos son:

- ∇ Promover actitudes y comportamientos que favorezcan pautas de vida saludables.
- ∇ Desarrollar habilidades personales, sociales y laborales que promuevan comportamientos competentes.
- ∇ Fomentar estrategias que faciliten el proceso de rehabilitación.
- ∇ Generar una incorporación laboral efectiva.

Las principales derivaciones que realiza este servicio serán a los centros específicos de primer nivel, a los recursos del tercero y tanto a los dispositivos generales como de integración sociolaboral.

²² Se entiende de esta manera a aquella circunscripción administrativa, que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional

²³ Puede consultar esta información en:

www.saludcastillayleon.es/institucion/es/organizacion/ordenacion-sistema-sanitario/guia-ordenacion-sanitaria-castilla-leon/anexos.ficheros/77581-Anexo%20I.pdf

Unidades para el tratamiento del alcoholismo (UTA).

Estos centros reciben los casos menos motivados y más complejos que no pueden ser atendidos por el resto de los recursos de este segundo nivel. Castilla y León cuentan con dos de ellos, a los cuales se accede mediante una derivación por parte de los Equipos de Salud Mental de la zona o desde las unidades de hospitalización psiquiátrica. Su contexto de actuación es el mismo que hemos mostrado en el apartado anterior, es decir, las áreas de salud según los distintos núcleos urbanos.

Sus objetivos son:

- ∇ Evaluar, diagnosticar, desintoxicar y deshabituarse de manera ambulatoria, a pacientes que hayan desarrollado una dependencia alcohólica.
- ∇ Tratar los trastornos mentales asociados a este tipo de adicción.

Sus derivaciones serán, principalmente, a las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, recursos generales y a los servicios de formación para la integración laboral.

Servicios especializados de tratamiento del tabaquismo.

Castilla y León cuentan con 9 de estos espacios, en los cuales se ofrece tratamiento ambulatorio para abandonar el consumo de tabaco. El ingreso en ellos se realiza de manera directa por parte del agente social o a través de una derivación desde los Centros de Atención Primaria y los servicios de orientación sobre drogas en el ámbito laboral. Además, ofrecen cobertura a nivel provincial o menor según sea esta y los servicios ofrecidos en cada zona rural. Son gestionados por la Asociación Española contra el Cáncer.

Objetivos:

- ∇ Evaluar individualmente a cada fumador que llegue a sus instalaciones.
- ∇ Implementar terapias individuales y/o grupales, con la única finalidad de poner fin al uso de esta sustancia.

Estos centros pueden derivar a sus pacientes a unidades específicas de tratamiento del tabaquismo, según la complejidad del caso.

Unidades o consultas específicas de tratamiento del tabaquismo.

Existen cuatro unidades funcionales de tabaquismo en Castilla y León. Estas intervienen en los casos de mayor complejidad de dependencia al tabaco como problemas graves de salud relacionados con su uso, mujeres embarazadas o en período de lactancia, fracasos previos, alta dependencia, etc., siendo estos los criterios utilizados por los Equipos de Atención Primaria y/u otras consultas especializadas para derivar personas usuarias a estos recursos.

Su objetivo principal es:

∇ Evaluar, diagnosticar y atender a la población dependiente del tabaco que llega a sus instalaciones.

Su ámbito de actuación serán las diferentes áreas de salud según provincia.

Centros de día para drogodependientes.

Estos son recursos asistenciales multidisciplinarios en régimen intermedio donde profesionales se dedican a atender las necesidades de la población drogodependiente sólo durante determinadas horas del día. En ellos, además de atención ambulatoria, se ofrece apoyo ocupacional y laboral durante un intervalo más largo que los CAD.

A ellos se llega a través de recursos de primer o tercer nivel y de manera presencial. Su área de intervención está constreñida al ámbito provincial, contrariamente al resto de los integrantes del nivel.

Sus objetivos son:

∇ Evaluar, diagnosticar y rehabilitar a sus pacientes, a través de un régimen cerrado.

∇ Ofrecer asesoría sobre reducción de riesgos y daños provocados por el consumo de drogas.

∇ Prevenir y analizar tanto las enfermedades físicas y mentales asociadas al uso de drogas.

∇ Ofrecer coordinación y apoyo al resto de recursos existentes sobre drogas.

Estos centros pueden recomendar que sus integrantes acudan a recursos del tercer nivel, así como a otros generales y de ámbito sociolaboral vinculados con las adicciones.

Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).

Son centros de apoyo a la Atención Primaria que sirven de puerta de entrada a la red de Salud Mental especializada. Atienden problemas de Salud Mental de población de todas las edades y coordinan las actuaciones del resto de recursos específicos, estando entre sus funciones las adicciones.

Se accede a ellos a través de la Atención Primaria y Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, siendo su ámbito de intervención las diferentes áreas de salud preestablecidas por el organismo pertinente.

Sus objetivos son:

∇ Evaluar, diagnosticar y rehabilitar drogodependientes, sobre todo a aquellos que presentan dependencia alcohólica.

∇ Tratar trastornos mentales vinculados con las adicciones.

∇ Atender ambulatoriamente urgencias psiquiátricas provocadas por el consumo de drogas.

Estos recursos pueden derivar a sus pacientes a la Atención Primaria, a los CAD, recursos del tercer nivel y, en caso de que sean individuos que presenten trastornos vinculados al consumo de alcohol, a las Unidades del Tratamiento de Alcoholismos.

Programas asistenciales en centros penitenciarios.

Son aquellos que ofrecen distintas prestaciones asistenciales a población reclusa drogodependiente, con lo que sólo pueden acceder a ellos aquellas personas con problemas de drogas que estén cumpliendo algún tipo de condena en alguna de las cárceles españolas. Su disponibilidad estará reducida a la implementación o no por parte del centro penitenciario de este tipo de programas.

Sus objetivos son:

- ∇ Evaluar, diagnosticar y rehabilitar drogodependientes en el propio centro penitenciario, ya sea de manera ambulatoria, centro de día o módulo terapéutico.
- ∇ Ofrecer tratamientos con sustitutivos opiáceos.
- ∇ Generar motivación para que los individuos continúen el tratamiento fuera de la prisión.
- ∇ Ofrecer pautas y material para disminuir daños y riesgos asociados al consumo de drogas.
- ∇ Prevenir enfermedades infectocontagiosas y trastornos mentales asociados al uso de drogas.

Debido al régimen de internamiento de las instituciones penitenciarias estos recursos no pueden realizar derivación alguna, salvo algunas excepciones.

Servicios de formación y apoyo para la integración sociolaboral de personas con drogodependencia.

Son recursos que ofrecen apoyo a población con problema de adicciones rehabilitadas o en pleno proceso para posibilitar su incorporación al mundo laboral. Están dirigidos a personas en riesgo de exclusión social y/o baja empleabilidad, con atención a las procedentes del medio penitenciario.

El acceso a ellos se produce tanto de manera directa por parte del individuo interesado como del resto de recursos del sistema, pudiendo desarrollar su actividad a nivel provincial o menor según el mapa de unidades básicas de intervención.

Sus objetivos son:

- ∇ Formar a través de diferentes estrategias a la población drogodependiente, para dotarlos de nuevo de empleabilidad.
- ∇ Brindar formación pre-laboral y técnicas de búsqueda de empleo.
- ∇ Ofrecer escuelas taller, casas de oficios, talleres de empleo, etc.

∇ Orientar y mediar en el medio laboral, a este tipo de población con dificultades para acceder al mercado laboral.

∇ Dotar de soporte residencial: pisos, centros específicos de reinserción, casas de acogida, etc.

Estas propuestas se sustentan en la idea de que dotar al drogodependiente la posibilidad de trabajar lo devuelve a una centralidad social perdida, al convertirlo de nuevo en un elemento que produce y consume dentro del sistema capitalista actual. Según lo planteado en Fernández (2017), los paradigmas interventivos hegemónicos actuales sobre adicciones responsabilizan a estas de la falta de trabajo, el cual se recupera según se abandona el consumo²⁴. Este fenómeno, utilizado como referente significativo, ofrece explicaciones deterministas e inefables, de aquello acontecido durante el establecimiento, desarrollo y recuperación de una relación de dependencia.

TERCER NIVEL.

Está constituido por recursos especializados en el tratamiento de las adicciones de régimen residencial. El acceso se realiza desde otros tanto del segundo como de su misma categoría.

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).

Castilla y León cuentan en la actualidad con dos, estando ubicadas en Salamanca y otra en Palencia. La primera es de gestión pública, asumiendo funciones de unidad de patología dual²⁵, mientras que la segunda es dirigida por una entidad privada. El acceso a ambas se realiza a través de los CAD, centros de día, UTA y los equipos de salud mental, ubicando su contexto de actuación al ámbito autonómico.

Su objetivo es:

∇ Ofrecer desintoxicación hospitalaria a la población drogodependiente que lo necesite.

Una vez termine con este proceso, el individuo puede ser regresado a los recursos que lo derivaron a este tipo de tratamiento, así como al resto de dispositivos asistenciales del tercer nivel.

Unidades de patología dual (UPD).

Es un recurso asistencial específico que atiende a personas que presentan, de manera simultánea, una relación de dependencia y un trastorno mental. En la mayoría de los casos, debido a sus características y la severidad de estos padeceres, no pueden ser tratadas adecuadamente en los centros más

²⁴ *El paradigma de la pérdida*: es una instrumentalización del fenómeno de las adicciones en forma de herramienta disciplinante, desde la que incorporar y reproducir disposiciones vinculadas con un modelo de clase concreto, tenga o no que ver con la adicción. De ahí que aquello que se vincule con la adicción sea la ausencia de bienes vinculados con el capitalismo y la clase media.

²⁵ Se denomina así al hecho de que una persona presente a la vez una adicción y una enfermedad mental, existiendo actualmente un gran debate tanto por la aplicabilidad del término, como por la conveniencia de su uso.

generales, de ahí que se hayan generado recursos tan específicos. En ellos intervienen equipos multidisciplinares de profesionales, ofreciendo un abordaje integral de los dos trastornos.

La única forma de acceder a este recurso es mediante una derivación directa de los Equipos de Salud Mental, las Unidades de Tratamiento de Alcoholismo y los CAD. Aunque, excepcionalmente, pueden aceptar pacientes que vengan de otro recurso de la red de salud de Castilla y León.

La demarcación territorial de este dispositivo es autonómica, no atendiendo población de contextos distintos a aquellos en la que está implementado el dispositivo.

Sus objetivos son:

- ∇ Diagnosticar, desintoxicar y rehabilitar a personas que llegan al recurso en busca de ayuda.
- ∇ Estabilizar psicológicamente a sus integrantes para, posteriormente, iniciar un tratamiento según la “*dolencia*”.
- ∇ Coordinar con otros dispositivos la continuidad del proceso de recuperación/reinserción.

Este recurso puede derivar a sus pacientes, según las necesidades y complejidad de cada caso, tanto a Comunidades terapéuticas como a Centros Residenciales.

Como muestra Lledó (2012), el término “*patología dual*” funciona como una categoría diagnóstica “*novedosa*” dónde su uso permite analizar la presencia en una persona de un trastorno adictivo y uno mental, así como su relación. Pero, además, genera varias contradicciones dentro de la comunidad que la utiliza al no presentar un alto grado de consenso sobre su definición, contexto de actuación, estrategias de trabajo, etc.

Comunidades terapéuticas para drogodependientes (C.T.).

Este recurso asistencial nació a mediados del siglo pasado, sustentándose en la proliferación de ciertos grupos de Ayuda Mutua como Alcohólicos Anónimos (A.A.), algunos de los cuales fueron modificándose hasta convertirse en agrupaciones autosuficientes. Como podemos ver en Fernández (2017), estas agrupaciones buscan el mantenimiento de la abstinencia y la incorporación de una nueva subjetividad respecto a las drogas: adicto en recuperación. Este modo de comprender las adicciones fue asumido por las C.T. al inicio para, posteriormente, incorporar un tipo de identidad propia. Para acceder a ellas las personas han de ser derivadas tanto por recursos del segundo como de tercer nivel.

En ellas se ofrece a sus personas usuarias asistencia continuada, intensiva y prolongada durante un período de tiempo concreto, con la que se busca potenciar sus capacidades para poder lograr un nuevo tipo de relación con las drogas, su familia y el entorno social. En este caso se considera que una estancia larga es contraproducente con lo que, una vez sobrepasado el máximo temporal, el sujeto debe abandonar el tratamiento.

Castilla y León tiene 8 de estos recursos, presentando todas las siguientes características:

1. Son un centro **residencial** en el que las personas usuarias conviven con el equipo profesional.
2. La **permanencia** en el recurso tiene una duración **determinada**, definida con anterioridad por los objetivos planteados a conseguir mediante el tratamiento o los criterios temporales del recurso.
3. Cada C.T. recibe un **perfil concreto**, sólo pudiendo residir en ellas aquellos que lo cumplan.
4. El acceso es **voluntario**, es por eso por lo que serán las propias personas integrantes aquellas que acepten las normas y el ingreso mediante la firma de un contrato terapéutico.

Sus objetivos son:

- ∇ Diagnosticar, desintoxicar y rehabilitar a los individuos que decidan utilizar el recurso.
- ∇ Educar en la reducción de daños y riesgos vinculados al consumo de drogas.
- ∇ Participar en la prevención/tratamiento de enfermedades contagiosas y mentales asociadas al consumo de drogas, en colaboración directa con el Sistema Sanitario castellanoleonés.
- ∇ Realizar atenciones sanitarias básicas.
- ∇ Ofrecer formación para aquellos con baja empleabilidad.
- ∇ Servir de soporte residencial (temporal) a sus integrantes.
- ∇ Coordinar sus actuaciones con recursos externos para asegurar que el proceso de recuperación sea el mejor posible.

Su contexto de actuación es el autonómico, pudiendo recibir personas de cualquier punto de Castilla y León que cumpla con el perfil del recurso.

Centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos.

Estos dispositivos, también conocidos como servicios de asistencia residencial para personas con problemas de alcoholismo, proporcionan un tipo de intervención residencial, integral, intensiva y continuada para quienes manifiestan una relación de dependencia con el alcohol. Castilla y León cuentan con dos de estos centros, los cuales buscan potenciar las capacidades de sus usuarios para establecer un proyecto de vida sin alcohol y otras drogas, así como su integración social y laboral.

Sus objetivos son:

- ∇ Diagnosticar, desintoxicar y rehabilitar a personas con problemas de alcoholismo, a través de un régimen residencial.
- ∇ Educar en la reducción de daños y riesgos vinculados al consumo de drogas.

- ∇ Participar en la prevención/tratamiento de enfermedades contagiosas y mentales asociadas al consumo de alcohol, en colaboración directa con el Sistema Sanitario autonómico.
- ∇ Realizar curas y atenciones sanitarias básicas.
- ∇ Ofrecer formación para aquellos con baja empleabilidad.
- ∇ Servir de soporte residencial (temporal) a personas con problemas de alcoholismo.
- ∇ Coordinar con recursos externos para asegurar el cumplimiento del proceso terapéutico.

La forma de acceder a ellos es mediante una derivación por parte de sus homólogos del segundo y tercer nivel, atendiendo a cualquier individuo perteneciente a la misma comunidad autónoma en la que esté instaurado el dispositivo. Tras cumplir la temporalidad de estancia en el recurso, los pacientes regresarán a su dispositivo de referencia.

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (U.H.P.).

Son recursos residenciales que reciben pacientes con crisis psiquiátricas que imposibilita su permanencia en otros centros. Su incorporación suele realizarse desde los servicios de urgencias de Atención Primaria/ Psiquiátrica, equipos de salud mental y unidades de tratamiento del Alcoholismo.

Sus objetivos son:

- ∇ Desintoxicar de manera hospitalaria, los pacientes alcohólicos que ingresen en el recurso.
- ∇ Atender urgencias psiquiátricas relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas.

Respecto a su ámbito de intervención, estos dispositivos reciben pacientes tanto del Área de Salud que le corresponda por ubicación, como de las zonas rurales colindantes.

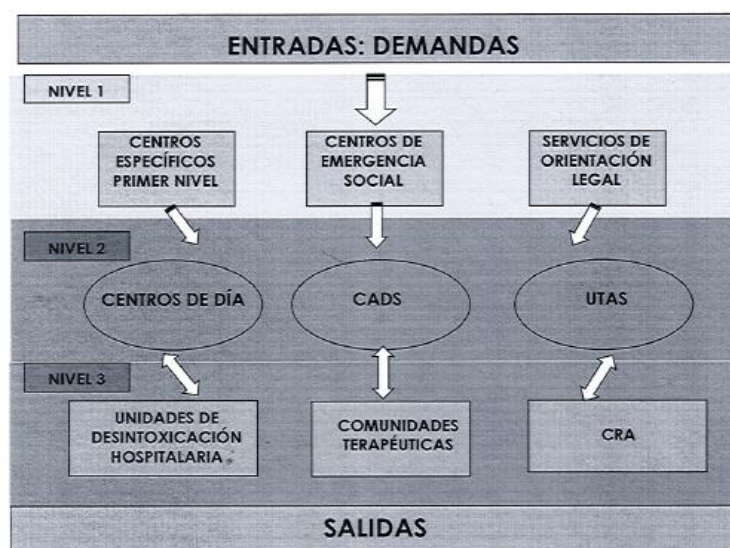


Figura 13. Representación gráfica de los diferentes niveles de intervención adicciones Castilla y León.

Fuente: Cruz Roja Segovia.

A modo de resumen consideramos interesante añadir una representación gráfica sobre la red asistencial que acabamos de presentar, la cual sirva como complemento a todo lo explicado. La anterior figura muestra, de manera clara, el itinerario de aquellas personas que entran en la red asistencial de Castilla y León. En ella, el proceso de recuperación y acceso a los dispositivos está representado como algo rígido, unidireccional, no abierto a las distintas posibilidades que conforman la realidad de las adicciones. Con lo que solo llegarán a sus dispositivos aquellas personas que se identifiquen con el perfil de consumidor que en ellos subyace, ya que el tipo de intervención que promueve no está abierto a variaciones y, por supuesto, no se centra en la diversidad individual.

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS DE SEGOVIA.

Segovia, al ser un municipio de más de 20000 habitantes y según lo explicado en la **Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León** (Anexo 4), está obligada por ley a desarrollar un Plan Municipal sobre Drogas.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN (Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes)		
SOBRE PREVENCIÓN	SOBRE ASISTENCIA E INSERCIÓN	OTRAS COMPETENCIAS
<p>Artículo 5: Corresponde a las Administraciones Públicas promover, desarrollar, apoyar, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones tendientes a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir la presencia, promoción, venta y niveles de consumo de drogas. - Aumentar los conocimientos y la responsabilidad de los ciudadanos en materia de prevención de drogodependencias. - Modificar las actitudes y comportamientos de la población en general. - Intervenir sobre las condiciones sociales y del entorno que favorezcan los factores de riesgo y el consumo de drogas. - Potenciar una cultura de la salud. <p>Artículo 7: La Administración Autónoma, en colaboración con las Administraciones Públicas, promoverá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acreditación de los programas de prevención. - Realización de una política global preventiva. - Inclusión de la educación para la salud a lo largo de todo el proceso educativo. - Promoción del asociacionismo juvenil y de alternativas saludables de ocio y tiempo libre. - Realización de programas de prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral. - Realización de programas comunitarios dirigidos a zonas urbanas y rurales con mayor incidencia y prevalencia, bajo el impulso, coordinación, ejecución y evaluación de las Corporaciones Locales. 	<p>Artículo 10: La Administración Autónoma, en colaboración con las Administraciones Públicas, promoverá las siguientes actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención a los drogodependientes desde las redes generales de los sistemas sanitario y de acción social. - Ampliación de la red de centros específicos de atención ambulatoria. - Potenciación de los programas asistenciales en régimen intermedio y ampliación de la cobertura asistencial en régimen residencial. - Potenciación de programas de integración social. - Realización de programas encaminados a la reducción de daños y la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente. - Creación y extensión de programas dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario. - Potenciación de programas de formación ocupacional y profesional. - Sensibilización de la sociedad en general. 	<p>Artículo 23: Regulación de localización, distancias y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.</p> <p>Artículo 36: Comisiones Provinciales de Coordinación. Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes.</p> <p>Artículo 37: Consejo Asesor. Representación de los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y de las Diputaciones Provinciales en el Consejo Asesor.</p> <p>Artículo 41: Las Administraciones Públicas fomentarán la participación del voluntariado social.</p> <p>Artículo 46: Competencias de los Ayuntamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas. - Otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas. - Colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud. <p>Los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes tienen las siguientes competencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprobación de Planes Municipales sobre Drogas. - Coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen en el ámbito de su municipio. - Apoyo técnico y económico en materia de drogas a los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes.

Figura 14. Resumen de la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León. Fuente: Plan Nacional sobre Drogas.

Este servirá para coordinar aquellos dispositivos asistenciales de prevención e integración social que se desarrollen en el municipio, formar en materia de adicciones a su personal, promover la participación social de sus vecinos en este ámbito, legislar la apertura de locales que vendan alcohol, así como colaborar con el sistema educativo/sanitario en el tema de las adicciones y apoyar a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades acordes con lo que en él se

plantea, respetando siempre los criterios del Plan Regional sobre Drogas y en coordinación con su Diputación Provincial. De los planes que se han desarrollado sólo pudimos acceder a los dos últimos.

El III Plan Municipal sobre Drogas de la ciudad de Segovia (2006-2009) tuvo como objetivo principal promover acciones dirigidas a **evitar el inicio de los consumos en la población**, prestando una atención especial a los menores y ofreciendo a su vez dispositivos que favorezcan el acceso a las diferentes posibilidades asistenciales municipales y regionales, a todas aquellas personas con problemáticas vinculadas a las adicciones. Otro de los principios sobre los que se sustentó este compendio, fue el de **proporcionar una calidad de vida digna a sus ciudadanos**. De ahí que la concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Segovia ofreciera dispositivos cuyo objetivo sea **construir una ciudad que proporcione una calidad de vida digna a sus ciudadanos, en la que se atienda especialmente a aquellos con mayores dificultades**.

En Segovia, a nivel legislativo, existe una **Comisión para la coordinación, seguimiento y evaluación del Plan Municipal sobre Drogas**²⁶, presidida por el concejal de servicios sociales y compuesta por todas aquellas entidades e instituciones que intervienen en materia de prevención, intervención e integración sociolaboral de drogodependientes como es el caso de Cruz Roja, Cáritas, Anar, Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Segovia, etc. Esta, el 22-09-2014, decidió prorrogar la vigencia del IV Plan Municipal sobre Drogas (2011-2013)²⁷, situación que se mantendrá hasta la aprobación de un nuevo Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León. Este documento, en vez de estructurarse como su predecesor, explica el tipo de planificación y ordenación de las actuaciones sobre drogas que se llevan a cabo en este municipio alrededor del desarrollo de unos principios básicos de intervención, líneas estratégicas, objetivos específicos y planificación.

Así pues, los **principios** que rigen las intervenciones segovianas en el campo de las adicciones, según el actual plan son: **individuación, normalización, participación social, planificación y consideración de la evidencia, efectividad y eficacia, anticipación, prioridad en prevención y trabajo en red**.

Estos son plasmados en las siguientes estrategias de actuación:

1. **Prevención del consumo de Drogas.** Para el municipio de Segovia la prevención del consumo es la principal prioridad, concediendo una especial atención tanto a jóvenes y adolescentes, como al consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, cannabis y drogas psicoestimulantes. Esta estrategia olvida la influencia que tiene en las adicciones fenómenos como las tecnologías, el juego, etc.
2. **Regulación y control de la oferta.** Una forma importante de influir sobre el inicio y mantenimiento de muchas de las formas de relación con las adicciones es la incidencia en estos dos

²⁶ Institución donde están representadas todas las entidades e instituciones que intervienen en materia de prevención, intervención e integración en materia de adicciones del municipio.

²⁷ Puede ser consultado en: <https://segovia.es/area/servicios-sociales/iv-plan-municipal-sobre-drogas>

fenómenos. Siempre sin caer en el error de mantener una postura determinante que olvide la influencia de otras variables como la importancia simbólica que ciertos usos de drogas tienen para la población juvenil, así como la invisibilización y estigmatización que este tipo de políticas puede generar en parte de la población usuaria como es el caso de los usos recreativos.

3. **Disminución de los riesgos y reducción de los daños asociados al uso y abuso de drogas.** Es interesante cómo este plan ya recoge la necesidad de intervenir a través de la reducción de riesgos y daños, plasmando esta intencionalidad en el desarrollo de actuaciones que disminuyan estos fenómenos tanto de las personas usuarias como de las familias, comunidad, etc.

4. **Asistencia e integración social de drogodependientes.** Esta línea quiere mejorar la red asistencial de adicciones de Segovia, siendo consciente de sus propias limitaciones municipales.

5. **Formación, investigación, evaluación y sistemas de información.** El desarrollo de este epígrafe en el plan se centra en la formación de profesionales y agentes de mediación para la mejora de las actuaciones en el resto de líneas estratégicas. Por otro lado, con relación a investigación, evaluación y sistemas de información presenta planteamientos genéricos, mostrando una desigualdad evidente entre estas realidades y la intencionalidad institucional de este apartado.

6. **Participación social, coordinación y cooperación institucional.** De manera transversal se plantea el trabajo en red entre la sociedad civil y la totalidad de las instituciones que intervienen en la realidad de las adicciones como elemento clave del IV Plan sobre drogas de la ciudad de Segovia.

DISPOSITIVOS ASISTENCIALES SEGOVIANOS.

Las diferentes leyes existentes en España sobre adicciones cargan la responsabilidad asistencial de los núcleos poblacionales menores de 20000 habitantes en la capital de provincia y la comunidad autónoma de la que forman parte. Con lo que el análisis de la realidad asistencial segoviana resulta crucial para mostrar las posibilidades con las que cuenta el Real Sitio de San Ildefonso.

Segovia solo cuenta con dispositivos de primer y segundo nivel ya que los terceros son de competencia autonómica. Este municipio y sus núcleos urbanos adyacentes, según lo comentado en el Plan municipal sobre drogas de Segovia vigente en la actualidad y la información encontrada en la “*Guía de Recursos Sociosanitarios de Segovia 2019* ²⁸”, cuenta con los siguientes recursos asistenciales.

²⁸ Realizada por la Junta de Castilla y León en coordinación con el Ayuntamiento de Segovia, pudiendo ser consultada en: www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/noticias-12de21/publicada-guia-recursos-sociosanitarios-segovia-2019.ficheros/1302516-GUIA%20DE%20RECURSOS%20SOCIOSANITARIOS%20DE%20SEGOVIA.pdf

RECURSOS ASISTENCIALES A DROGODEPENDIENTES EN SEGOVIA						
Nivel Asistencial	Tipo de Centro o Servicio	Dependencia Institucional	Dirección	Localidad	Teléfono	Fax
Primer Nivel	Alcohólicos	Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Segovia (ARSEG)	C/ Puente de San Lorenzo, 22-1º	40003 Segovia	921433269	
	Toxicómanos	Cáritas	C/ Riaza, 6 bajo	40001 Segovia	921461188	9214622820
Segundo Nivel	Centro Especifico de Asistencia Ambulatoria (CAD)	Cruz Roja	C/ Camino de la Piedad, 10	40001 Segovia	921440202	921441403
	Servicios de Tratamiento de Tabaquismo	Asociación Española contra el Cáncer	Marqués de Mondéjar, 3-1º dcha	40001 Segovia	921426361	975240700

Figura 15. Tabla de los diferentes recursos asistenciales en adicciones de Segovia. Fuente: elaboración propia.

La **concejalía de Juventud** segoviana, referente consistorial de las intervenciones vinculadas con la población de menor edad, tiene vinculadas las siguientes acciones.

- **Casa Joven:** espacio en el que se implementan juegos y Talleres, trabajando el tema de las adicciones y su prevención de manera directa tal y como plantea el Plan Municipal sobre Drogas.
- **Programa Enróllate:** a través de él se ofrecen alternativas de ocio gratuitas en sus instalaciones municipales, polideportivos, piscinas, etc., en las que se desliga la relación social actual entre ocio y consumo de alcohol y otras drogas.
- **Campamentos de Verano y actividades similares:** este tipo de salidas, con pernoctaciones fuera del hogar o no, sirven para trabajar directa o indirectamente la prevención respecto a las adicciones o incluso, depende de la edad, para intervenir sobre aquellas problemáticas asociadas a los consumos que existan. Sobre todo, en el ámbito del alcohol, tabaco y cannabis.

En Segovia también interviene, en adicciones, **Cruz Roja**. Esta organización tiene como objetivo *“preservar la salud y la vida de los individuos, especialmente en situaciones de emergencia”*, así como la *“prevención de enfermedades, la promoción del bienestar social y el fomento del trabajo voluntario”*.

Las actividades que desarrolla esta entidad son:

- **Programas de Educación para la Salud:** llevados a cabo en Educación Primaria, ESO, Bachillerato y Formación Profesional, buscando desarrollar en el alumnado conductas que favorezcan su salud a través de la alimentación, actividad física, educación afectivo-sexual, desarrollo personal y prevención del consumo de drogas.

- **Servicio de Atención a Drogodependientes (CAD):** Segovia cuenta en su núcleo poblacional con un centro de este tipo, el cual ofrece tratamiento integral sobre las adicciones.



Figura 16. Imagen de la entrada del CAD de Segovia. Fuente: elaboración propia.

Este recurso ofrece programas libres de drogas, sustitutivos de opiáceos (metadona), tratamiento del alcoholismo, atención a drogodependientes en Centro Penitenciario e integración laboral, etc.

Otra organización que trabaja con población drogodependiente en Segovia es **Cáritas**. Así se conoce a la *“Confederación oficial de entidades de acción caritativa y social de la Iglesia católica”*, cuya finalidad es la *“la realización de la acción caritativa y social de la Iglesia”*, promoviendo *“el desarrollo integral de las personas y los pueblos, especialmente de los pobres y excluidos”*.

Los programas que realiza son:

- **Formación para Mediadores en Prevención:** Cáritas define así a aquellas personas que pueden trabajar en el ámbito de las adicciones. Este proyecto las capacita para desarrollar esta actividad bajo los intereses planteados en el Plan Municipal sobre Drogas y los de la entidad.
- Cáritas también implementa varios programas de prevención como son el **DÉDALO**, **TIRA DEL HILO** y el **MONEO**, los cuales serán explicados en el apartado siguiente.
- Esta asociación, presta en Segovia un servicio **Asesoramiento Jurídico a drogodependientes** y otro de **Atención y Prevención** a población relacionada con las adicciones.

La **Fundación Anar** también trabaja en adicciones en la ciudad de Segovia, siendo una ONG nacida en 1970 que trabaja en la defensa de los derechos de niños y adolescentes en situación de riesgo.

Esta asociación lleva a cabo en Segovia los siguientes programas:

- Programa **EDUCAR PARA CRECER**: dirigido a alumnado de 5º y 6º de Primaria y 1º y 2º de la E.S.O., enseña pautas de crecimiento saludables entre las que está el rechazo al consumo de drogas.
- Anar también es una de las organizaciones con potestad para impartir el programa **MONEO**, el cual será presentado más adelante.
- Jornadas formativas de **Habilidades Parentales**: dirigidas a padres y madres, complementan los objetivos pretendidos con los menores mediante el trabajo con sus progenitores.
- **Teléfono del Menor y del Adulto**: el cual ofrece un soporte comunicativo a través del cual ofrecer respuestas a diferentes problemáticas, encontrando las adicciones entre sus competencias.

El **Colegio oficial de médicos de Segovia**, Institución que agrupa a todos los médicos que ejercen esta profesión de forma legal en el municipio, también intervienen en el campo de las adicciones.

Esta organización ofrece los siguientes servicios:

- **Programas Educación para la Salud**: dirigidos a personas que usan drogas y a población con inquietudes sobre ellas, ofrecen actividades organizadas e integradas destinadas a mejorar la salud.

Además, **La Asociación Alcohólicos Rehabilitados Segovia (ARSEG)** cuenta con un centro especializado en tratamiento del alcoholismo que forma parte del Sistema Sanitario Público. El trabajo en él se realiza a través de personas psicólogas y voluntarias, mediante intervenciones grupales e individuales.

La ARSEG realiza en Segovia las siguientes acciones:

- **Programa de rehabilitación**: dirigido a personas que hayan desarrollado problemáticas vinculadas con el consumo de alcohol y a sus familiares.
- **Charlas informativas**: las cuales están centradas en dar soportes informativos sobre el alcohol y su tratamiento a otras asociaciones y entidades que lo soliciten.
- Esta asociación también realiza programas como **ALFIL, MONEO Y EL DÉDALO**, dirigidos a personas alcohólicas, familiares de estas y población adolescente.

La **Asociación Española contra el Cáncer (AECC)**, es una organización sin ánimo de lucro formada por profesionales, pacientes con cáncer y familiares, que busca en Segovia disminuir el impacto causado por esta enfermedad y mejorar la vida de las personas que la sufren.

La AECC realiza las siguientes acciones:

- Programa de **Deshabitación Tabáquica**, dirigido a población adulta.
- Actividades de **Prevención del Tabaquismo** para toda la población.

En el contexto de tratamiento de las adicciones, la **Policía Local** también realiza algunas acciones. Esta fuerza pública de seguridad es, junto con la Guardia Civil, el principal órgano punitivo y sancionador en este ámbito en Segovia al ser los encargados de hacer cumplir la Ordenanza Municipal de Prevención del Alcoholismo y Tabaquismo y llevar a cabo los controles de alcoholemia.

No podemos olvidar que los **Centros de Acción Social** (CEAS), en nuestro contexto de estudio, son la unidad básica de atención a toda la población en materia de Servicios Sociales, desarrollando su actividad en un ámbito territorial determinado denominado zona de Acción Social. Estos son gestionados por un Ayuntamiento si el municipio cuenta con al menos 20000 habitantes mientras que, en caso contrario, su administración dependerá de su Diputación Provincial. Entre otras acciones los CEAS se encargan de detectar, informar, orientar y motivar a personas con problemas de adicciones, para iniciar un proceso terapéutico por la red asistencial segoviana y castellano leonesa.

Antes de finalizar este apartado, queremos destacar como algunas instituciones como ayuntamientos, institutos, universidades, etc., desarrollan **Espacios de reflexión Institucional/Educativo**, siendo lugares para reflexionar e investigar sobre el fenómeno de las adicciones dirigidos a toda la población segoviana en forma de charlas, jornadas, investigaciones, etc.

PRINCIPALES PROGRAMAS INTERVENTIVOS SOBRE ADICCIONES IMPLEMENTADOS EN SEGOVIA Y SU PROVINCIA.

Segovia y su provincia cuentan con gran número de organizaciones que trabajan directamente en la problemática de las adicciones. Estas, capacitadas para estos menesteres institucionalmente, implementan diferentes programas los cuales vamos a presentar a continuación.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.

Estos son un proyecto o una planificación ordenada de actuaciones y/o actividades cuyo objetivo es impedir el desarrollo de la problemática a la que van dirigidas, siendo en nuestro caso las adicciones. En este contexto la prevención se entiende como el conjunto de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo y a fomentar factores de protección frente al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, lograr que se retrase su inicio, o bien conseguir que no se conviertan en una problemática personal o social.

Estas acciones se pueden clasificar en:

- A. **Primaria:** se interviene antes de que surja el problema, con el objetivo de impedir el surgimiento de este.
- B. **Secundaria:** la finalidad es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
- C. **Terciaria:** se aplica cuando el problema aparece y su objetivo es evitar problemas y recaídas.

1. **Universal:** la que se desarrolla para todo el conjunto de la población diana.
2. **Selectiva:** aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la población general.
3. **Indicada:** además de realizarse en un grupo, este está formado por población de alto riesgo.

La Junta de Castilla y León organiza sus programas no por la población que los recibe, sino por el contexto en el que se implementa. De ahí que sus acciones preventivas se organicen por:

- A. **Comunitaria:** programas orientados al trabajo con la totalidad de las personas de un grupo, con la intención de buscar soluciones conjuntas a las adicciones existentes en su contexto.
- B. **Escolar:** a través de ella se desarrollan programas promotores de la salud y el desarrollo personal, con la finalidad de que los escolares adquieran conocimientos, actitudes y comportamientos que fomenten los factores de protección ante las adicciones.
- C. **Familiar:** se dirige a las familias, al entender que estas tienen un papel importante en la educación de los jóvenes y, por ende, en el fenómeno de las adicciones.
- D. **Extraescolares:** ofertan una serie de actividades “saludables” para niños y adolescentes, destinadas a prevenir las adicciones (deportivas, culturales, etc.).

Estas propuestas se complementan mediante campañas de sensibilización realizadas a través de las nuevas tecnologías.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ESCOLAR.

Según el Plan de Prevención de Drogodependencias de Castilla y León y desarrollados por las Consejerías de Educación y de Familia e Igualdad, se implementan en Segovia ciertos programas preventivos sobre adicciones acreditados cuya finalidad es capacitar a las personas asistentes de habilidades para gestionar la presión del grupo de iguales respecto al consumo de drogas. Es por esto que su ámbito de aplicación es el escolar.

PROGRAMA DISCOVER: APRENDIENDO A VIVIR.

Este comenzó a implementarse en Castilla y León durante el curso 96-97, introduciendo diferentes adaptaciones que poco a poco fueron mejorando la experiencia interventiva. En él se trabaja con el intervalo de edad ubicado entre los alumnos de 5º de Primaria y 4º de la ESO, oscilando el número de sesiones obligatorias entre las ocho con los más pequeños y diez con aquellos de mayor edad.

Está conformado por acciones de prevención universal en medio educativo, las cuales consideran la influencia de sus iguales como uno de los motivos que mayor peso tienen respecto al desarrollo de problemáticas vinculadas con las adicciones en este grupo de edad. Con lo que el aprendizaje de una

serie de habilidades se erige como un factor de protección para gestionar la influencia del grupo en el fenómeno de las adicciones.



Figura 17. Logo del programa Discover. Fuente: Junta Castilla y León.

El recurso debe ser solicitado por el centro, teniendo que ser incluido en el Plan General Anual y, en el caso de secundaria, en el de Plan de Acción tutorial, siendo el profesorado quien debe formarse en estas competencias. Estos, deben de adquirir un compromiso de continuidad de al menos dos años.

PROGRAMA CONSTRUYENDO SALUD.

Este proyecto, aplicado obligatoriamente de forma conjunta con el Discover, está dirigido a prevenir el consumo de alcohol y otras drogas en centros educativos. Se trata de una acción de prevención universal en medio escolar, la cual busca no sólo desarrollar factores de protección en esta población respecto a las presiones de consumo que pueden sufrir, sino también frente a otras problemáticas relacionadas con actividades antisociales, la iniciación temprana en el sexo y el absentismo escolar.

Este recurso promueve acciones dirigidas a los alumnos de 1º y 2º de la ESO, ofreciendo contenidos específicos para estas edades ya que, según lo explicado en el propio programa, el sistema educativo debe promover una juventud más sana y capaz de enfrentarse a los problemas de una sociedad cada vez más compleja. El profesorado debe recibir una formación (online y presencial) anterior a la aplicación del recurso, buscando de esta manera que la efectividad de este sea la más alta posible.

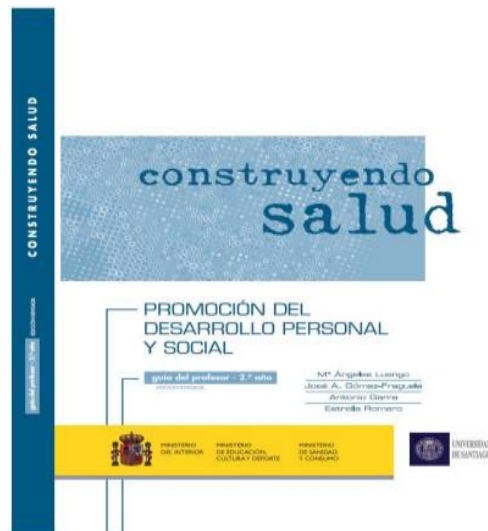


Figura 18. Logo del programa Construyendo Salud. Fuente: Junta Castilla y León.

Una vez realizadas estas formaciones, el programa se lleva a cabo en dieciséis sesiones de 45-50 minutos el primer año y nueve de refuerzo en el siguiente período educativo, ofreciendo de manera complementaria otras cinco para las familias.

PROGRAMA UNPLUGGED.

Es un proyecto de prevención universal en contexto escolar dirigido a jóvenes de 12 a 14 años que, al igual que los dos ya explicados, pretende promover el desarrollo de estrategias saludables para acrecentar factores de protección frente a las influencias sociales que favorecen la aparición de las adicciones en el ámbito educativo. De esta forma se busca promover una juventud más sana y enseñar a las personas estudiantes habilidades que puedan aplicar a distintas situaciones de su vida y, de manera especial, a casos concretos en los que puedan verse presionadas a consumir drogas.



Figura 19. Logo del programa Unplugged. Fuente: Junta Castilla y León.

Es el profesorado el encargado de impartir los talleres en el aula, teniendo que pasar de manera obligatoria por un proceso formativo presencial y online. El proyecto se lleva a cabo a través de 12

sesiones de 1 hora con contenidos diversos: alcohol y sus riesgos, decide por ti mismo, etc. Cuenta con materiales para las personas docentes, el alumnado y una aplicación para dispositivos móviles.

PROGRAMA MENTOR.

Así se conoce al “Servicio de asesoramiento para el desarrollo de los programas acreditados de prevención escolar”, el cual es un programa que ofrece información y asesoramiento al personal docente que esté implementando en cualquiera de los anteriores recursos presentados.



Figura 20. Logo del Servicio Mentor. Fuente: Junta Castilla y León.

Es un recurso ofrecido por profesionales con formación especializado en el campo de las adicciones, que forman parte del Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León.

Sus objetivos son:

- Asesorar al profesorado sobre las dificultades que aparezcan durante el desarrollo de los anteriores programas en el aula y recoger propuestas de mejora.
- Aclarar cuáles son las sesiones básicas y opcionales en el modelo de formación.
- Informar sobre recursos que ayuden a mejorar las dinámicas preventivas del aula.
- Proporcionar información sobre el resto de los programas de prevención y su acceso.

PROGRAMA GALILEI.

Es un proyecto de prevención selectiva dirigido a jóvenes de Programas de Formación Profesional Básica impartidos en centros educativos de Castilla y León. En él el profesorado, previa formación presencial y online, “promueve el interés de la abstinencia, la reducción del consumo de drogas y/o el aprendizaje y la práctica de formas de consumo que reduzcan riesgos” durante 12 sesiones.

PROGRAMA GALILEI
CURSO 2022-2023



Figura 21. Logo del programa Galilei. Fuente: Junta Castilla y León.

La metodología de los talleres es participativa y activa, promoviendo la reflexión y la capacidad crítica en el alumnado que les permita tomar sus propias decisiones. Además, se le facilitará al profesorado todos los materiales necesarios para la aplicación del programa, con el fin de realizar un seguimiento adecuado a las acciones educativas. El programa cuenta con un Aula Virtual que se gestiona desde la plataforma del Centro Superior de Formación del Profesorado de la Consejería de Educación.

TALLER DROGAS ¿QUÉ?

Es una propuesta de trabajo con grupos de jóvenes de 17 años en adelante dentro de un contexto educativo formal/informal, sobre diferentes aspectos del consumo de drogas. Esta acción tiene como objetivo modificar las creencias sobre drogas, así como cuestionar posiciones sociales que legitiman sus usos. Las actividades serán realizadas por las personas docentes de los grupos, previa formación ofrecida por las personas técnicas de prevención del lugar de implementación.

El Taller incluye la visita a una exposición de paneles seguida de un debate posterior, situaciones que serán utilizadas por el personal docente para generar y promover pensamiento crítico.



Figura 22. Logo del taller Drogas ¿Qué?. Fuente: Junta Castilla y León.

Esta propuesta se realiza en dos sesiones: en la primera se presentan los materiales y se realiza el debate, mientras que en la segunda se profundizará en la reflexión iniciada anteriormente.

Finalmente, se podrán ofrecer pautas de reducción de daños, pero sólo en aquellos grupos donde se tenga constancia de la existencia de consumos en activo.

Su ámbito de aplicación puede ser universitaria, residencias juveniles, centros de servicios, entidades juveniles, programas comunitarios de adicciones, etc.

COMPLEMENTOS A LOS PROGRAMAS ACREDITADOS DE PREVENCIÓN ESCOLAR EN CASTILLA Y LEÓN.

Los recursos que acabamos de presentar, con la intencionalidad de ganar efectividad interventiva, son complementados, en el contexto de nuestro estudio, por las siguientes propuestas.

PROGRAMA ALERTA-DROGAS.

Se trata de una acción propuesta por el Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León, centrada en la prevención del consumo de drogas a través de la web www.alertadrogas.jcyl.es. Su población diana son jóvenes de Castilla y León cuya edad está situada entre los 16 y 25 años, siendo el objetivo de este recurso aumentar la percepción del riesgo vinculado a las adicciones, modificando creencias sobre el consumo de drogas y fomentando la reflexión sobre este fenómeno.

En la página web antes citada, podemos encontrar un espacio donde las personas jóvenes pueden colgar mensajes vinculados con la prevención del consumo de drogas.



Figura 23. Imagen de la web Alerta Drogas. Fuente: Junta Castilla y León.

Además, en ella se ubica un juego llamado el "Hueco", el cual es una aventura gráfica en el que un joven que se despierta sin saber dónde está tras una noche "de fiesta", teniendo que ir rellenando los huecos de aquello que no se acuerda para encontrar a su amiga.

CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN.

Son acciones audiovisuales que ofrecen información sobre las adicciones. Actualmente, en nuestro contexto de estudio, se llevan a cabo dos: "Con alcohol no tiene sentido" y "No te metas". Las cuales ofrecen imágenes y vídeos sobre resultados problemáticos del consumo de alcohol y otras drogas.



Figura 24. Imagen de la campaña con alcohol no tiene sentido. Fuente: Fuente: Junta Castilla y León.



Figura 25. Imagen de la campaña No te metas. Fuente: Junta Castilla y León.

PREVENCIÓN EXTRAESCOLAR.

Estos programas trabajan objetivos similares a los planteados a nivel escolar, centrándose en contextos de actuación alejados del ámbito educativo, pero sin desvincularse totalmente de esta área.

Castilla y León ofrecen los siguientes programas:

¿TE APUNTAS?

Es un proyecto complementario a los ya presentados de prevención de adicciones, desarrollado en alumnado de 5º y 6º de Educación Primaria.



Figura 25. Imagen de la campaña ¿Te apuntas? Fuente: Junta Castilla y León.

Los objetivos por conseguir en las personas estudiantes son fomentar la toma de decisiones respecto a las adicciones y dotar de estrategias para resolver problemas vinculados con ellas.

El programa consta de 5 sesiones que se aplican a lo largo de 10-15 horas, desarrollándose en el ámbito no formal y fuera del horario lectivo. El requisito para su implementación es que aquellas personas que van a participar hayan hecho lo propio en alguno de los diferentes programas acreditados de prevención escolar que ofrece Castilla y León.

¿VIVIR EL MOMENTO?

Es un programa extraescolar de prevención de drogodependencias, dirigido a jóvenes de 12 a 14 años que estén cursando el primer ciclo de ESO. No está diseñado para utilizarlo de manera independiente ya que, al estar enmarcado dentro del Modelo de prevención escolar de adicciones de Castilla y León, es obligatorio compaginarlo con algún otro proyecto acreditado como el Discover o Construyendo Salud. La intencionalidad de este acto no es otra que buscar que el alumnado pueda implementar en su medio natural, elementos de los programas que se estén trabajando de manera escolar.

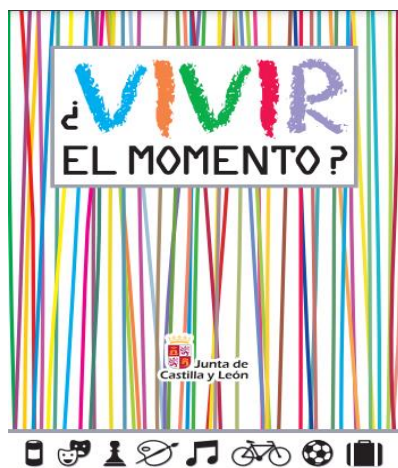


Figura 26. Imagen del programa ¿Vivir el momento? Fuente: Junta Castilla y León.

Sus objetivos son evitar el inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como promover la corresponsabilidad y las respuestas participativas ante problemas que afectan a la comunidad. Se desarrolla en 5 sesiones de 75 minutos, realizándose todas ellas fuera del horario lectivo.

PROGRAMA NEXUS.

Es un proyecto de prevención extraescolar en medio comunitario, dirigido a niños de 10 a 13 años que no estén bajo la influencia de programas acreditados de prevención escolar. Este recurso se utiliza como refuerzo tanto de las actuaciones que padres y madres realizan con su participación en el programa **Moneo**, como de las llevadas a cabo en centros de protección de menores²⁹.

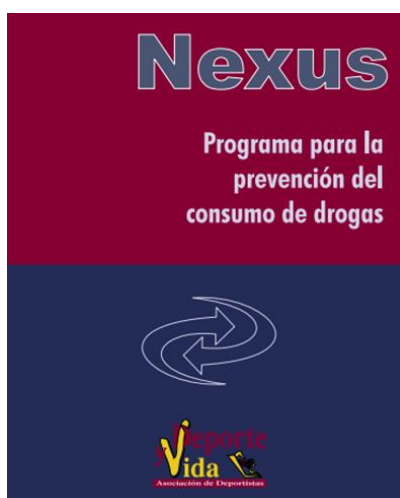


Figura 27. Imagen del programa Nexus. Fuente: Junta Castilla y León.

El objetivo del programa es prevenir el consumo de drogas y los riesgos de las adicciones sin sustancia en menores. Este se realiza a través de 12 sesiones de 2 horas, en las cuales se busca prevenir el consumo de drogas durante los primeros años de la adolescencia.

Estas acciones se aplican en el ámbito comunitario/educación no formal, desarrollándose en grupos de 12-15 participantes durante todo el curso escolar, incluyendo vacaciones.

PROGRAMA PÉRTIGA.

Es un programa extraescolar de prevención universal del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en preadolescentes y adolescentes en contextos educativos no formales, cuya intención es la de reforzar las intervenciones preventivas dirigidas a menores de edad en los ámbitos escolar y familiar.

²⁹ Son instituciones que asumen temporalmente el cuidado y la educación de niños y niñas, que carecen de un entorno que pueda satisfacer sus necesidades biológicas, afectivas y sociales.

Se basan en el desarrollo de habilidades para la vida y para afrontar la presión e influencia del grupo mediante métodos interactivos y participativos de aprendizaje. Se pretende incidir sobre factores cognitivos, emocionales y comportamentales asociados al consumo de drogas y a su prevención.



Figura 28. Imagen del programa Pértiga. Fuente: Junta Castilla y León.

Su grupo destinatario son menores de 10 a 14 años que participan en actividades educativas y de ocio y tiempo libre en asociaciones juveniles de Castilla y León, divididos en 10-12 y de 13-14 años.

El programa consta de ocho sesiones para el grupo de 10-12 años y de nueve para el grupo de 13-14 años. Estas tienen una duración de una hora y media, recomendando que se desarrollen con una frecuencia quincenal (preferentemente) o semanal.

ESCUELAS DEPORTIVAS.

Son un programa municipal que busca promover un estilo de vida saludable a través del deporte. Sus actividades se desarrollan durante todo el curso escolar, dirigiéndose a población de entre 10 y 14 años y llevándose a cabo en centros educativos y/o instalaciones municipales en horarios no lectivos.

Estas velan por la promoción deportiva además de potenciar la actividad física de forma genérica principalmente en los jóvenes. En ellas la prevención de las adicciones se realiza de manera transversal ya que, al abogar por la implementación de un estilo de vida saludable, no centran sus objetivos en este fenómeno como sí sucede con alguno de los anteriores programas presentados.

PREVENCIÓN FAMILIAR.

Es aquella centrada en el trabajo con todos los tipos existentes de familia al entender que esta tiene un papel muy importante en la educación de la juventud y como tal, en el fenómeno de las adicciones. Castilla y León está desarrollando un modelo escalonado/entrelazado de intervención en este campo, el cual se implementa en todos los tipos de población que la conforman. Con lo que, cada una de las diferentes familias existentes, tendrán acceso al nivel preventivo que le corresponda en función de las necesidades evidenciadas por la problemática desarrollada.

A continuación, analicemos los programas acreditados de este tipo a nivel autonómico/provincial.

PROGRAMA MONEO.

Es una iniciativa de prevención familiar universal del Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León, que deriva de otro programa anterior (Protego³⁰).

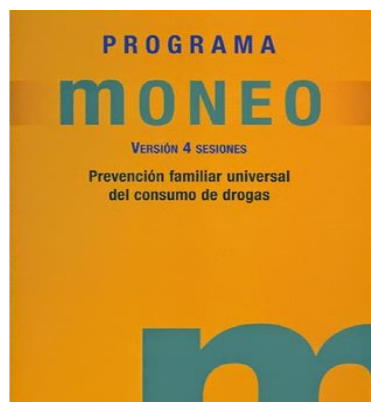


Figura 29. Imagen del programa Moneo. Fuente: Junta Castilla y León.

Moneo está dirigido a padres y madres de niños y niñas de 9-13 años, buscando la gestión de problemáticas vinculadas con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Entre sus objetivos se encuentra el de incrementar la información que tienen los padres y madres, sobre drogas y las circunstancias que impulsan a su descendencia a consumirlas, así como mejorar sus habilidades educativas y clarificar y establecer normas, límites y expectativas de las familias respecto a ellas.

Consta de 4 sesiones de dos horas, desarrollándose estas con un enfoque práctico, interactivo y atractivo. La mayor parte de las veces se suele realizar a través de las AMPAS de los centros escolares.

PROGRAMA DÉDALO.

Es un proyecto de prevención selectiva dirigido a familias con descendencia de edades comprendidas entre los 9-13 años en los cuales se han detectado problemas de adaptación, rendimiento escolar y de conducta, sin que estos requieran una intervención terapéutica especializada.

Se centra en modificar los factores de riesgo y protección del entorno familiar para prevenir el abuso de drogas en los preadolescentes con problemas de conducta y los hijos de familias de riesgo. Esto se consigue mediante la mejora de las habilidades educativas de los padres y madres, el fortalecimiento de los vínculos familiares y la clarificación de la postura familiar sobre el uso de drogas.

³⁰ Es un programa de prevención selectiva dirigido a madres y padres con hijas e hijos preadolescentes (entre 9 y 13 años), con presencia de factores de riesgo en las madres/padres o en las hijas/hijos. Busca mejorar las habilidades educativas parentales que tienen relación con el posterior uso de drogas y otras conductas problemáticas por parte de su descendencia.



Figura 30. Imagen del programa Dédalo. Fuente: Junta Castilla y León.

El programa consta de 20 sesiones de 90 minutos repartidas en trece semanas. Estas son de tres tipos: solo para padres y madres, para hijos e hijas conjuntas. El grupo de personas progenitoras está conformado por unos 12 a 15 participantes, mientras que el de hijos variará.

El desarrollo se llevará a cabo por dos profesionales, realizándose en la sede de la organización que imparta el taller. El proceso de captación de integrantes será llevado a cabo por centros escolares, los cuales tienen un papel relevante en la derivación de familias con esta problemática a este recurso.

TIRA DEL HILO.

A nivel de prevención indicada, Castilla y León, trabaja a través de ocho programas ambulatorios en las provincias de Burgos, León, Salamanca, Segovia, Valladolid, Palencia y Zamora. Estos pretenden dar una respuesta educativa y terapéutica a la problemática vinculada con el uso de drogas en el colectivo de personas jóvenes con edades comprendidas entre los 12 y 21 años, los cuales además presentan trastornos de conducta y/o adaptativos potenciados por el uso de sustancias. Además, se centran en la aplicación de terapia individual, familiar y grupal, de forma coordinada con otros recursos que trabajan con este tipo de población como es el caso de los centros educativos.



Figura 31. Imagen del programa Tira del hilo. Fuente: Junta Castilla y León.

En Segovia se implementa el llamado “Tira del hilo”, el cual ofrece atención individualizada tanto a jóvenes de 13-21 años como a sus familiares, con el objetivo de reducir la conflictividad familiar, mejorar la comunicación y reforzar las estrategias para establecer normas y límites.

Cáritas es la encargada de desarrollarlo, tras un convenio de colaboración con el Ayuntamiento.

REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS.

Este planteamiento da nombre a un tipo de estrategia de intervención vinculada a las adicciones la cual parte de la idea de que existen personas que, habiendo desarrollado una relación de dependencia con las drogas o implementado conductas de riesgo, no van de dejar de consumir o realizarlas por mucho que sepan del daño que les causa. Así pues, su intencionalidad es reducir la mortalidad vinculada a estas prácticas, así como minimizar daños como la transmisión/aparición de enfermedades infecciosas o de transmisión sexual, las sobredosis, etc.

A continuación, vamos a presentar los principales programas que se implementan a nivel autonómico en la región donde hemos centrado nuestro estudio.

PROGRAMAS DIRIGIDOS A REDUCIR LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO, RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS.

En España los decesos vinculados a la carretera representan un alto porcentaje del total de las principales causas de muerte en el país. Dentro de las posibles causalidades implicadas en este tipo de siniestros el factor humano resulta ser una de las principales, incluyéndose en esta categoría aquellos accidentes provocados por la conducción bajo los efectos del alcohol y/u otras drogas.

En el año 2023, 1145 personas fallecieron en siniestros de tráfico en carretera, tres menos que en 2022. De estos, en casi el 50%, se detectó presencia de alcohol u otras drogas, situación que evidencia la necesidad de intervenir en este ámbito.

En Castilla y León, a través de su Plan Regional sobre Drogas y en colaboración con las instituciones y dispositivos que conforman su Red de adicciones, se desarrollan varios programas cuyo objetivo es reducir la prevalencia de accidentes de tráfico vinculados con el consumo de alcohol y otras drogas.

DISPENSACIÓN RESPONSABLE DE ALCOHOL (DRA).

Está dirigido a personas gerentes y profesionales de la hostelería, con el fin de proporcionarles pautas y estrategias de dispensación responsable de bebidas alcohólicas a sus clientes.

Sus objetivos son:

- A. Dotar de información sobre el alcohol, tipos de bebidas, tasas de alcoholemia, legislación, protocolos de actuación, etc., a la población antes citada.
- B. Ofrecer estrategias de dispensación responsable de alcohol que posibiliten la identificación de posibles riesgos y daños ante un consumo problemático de este, así como modos de actuación antes ellas.

Sus actuaciones se centran en tres puntos:

- I. No suministrar alcohol a menores y/o a personas que se los van a facilitar.
- II. Evitar que los clientes conduzcan si han consumido alcohol.
- III. No vender alcohol a personas ya intoxicadas y/o que mantengan una relación de dependencia con él.



Figura 32. Imagen del programa Dispensación responsable de bebidas alcohólicas. Fuente: Junta Castilla y León.

Los talleres variarán según sean realizados para trabajadores o empresarios ya que, cuando son para el primero de los grupos, suelen tener dos horas de duración, centrándose en la incorporación de los objetivos buscados como marca y política de empresa. Sin embargo, si son para los segundos su duración es de cuatro horas buscando generar, además de los mismos objetivos que con las personas dueñas, estrategias para enfrentarse a situaciones conflictivas: solicitar el DNI, no servir alcohol, persuadir para no conducir, etc.

Si bien este tipo de emprendimientos resultan muy interesantes, su puesta a punto es compleja. La persona empresaria, la cual sustenta su economía en el negocio que dispensa la sustancia, está interesada en realizar la mayor cantidad de ventas posibles. Además, la persona trabajadora lo entiende como una carga más en sus responsabilidades, así como una posible fuente de conflictos. Este contexto, junto con la falta de empatía hacia el cliente, hace que la incorporación de esta postura dentro de la política del establecimiento sea compleja.

Para finalizar conviene reseñar que este tipo de programas parten de un error de base al considerar a los negocios de hostelería como los principales focos de consumo/dispensación de alcohol. Esto en la actualidad no es del todo cierto, ya que muchas personas lo adquieren en supermercados, tiendas de alimentación, etc., para tomarlo en otros espacios.

TALLERES FORMATIVOS DE REDUCCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO, RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL, CANNABIS Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

Se trata de un proyecto que busca reducir la prevalencia de la siniestralidad vial vinculada al uso de alcohol y cannabis en población alumnado de bachillerato, de formación profesional básica (preferentemente de 2º curso), ciclos formativos de grado medio y superior, población universitaria con edades equivalentes y de forma excepcional alumnado de 4º de la ESO de centros que estén situados en el medio rural, donde los ciclomotores y la moto son un medio de transporte frecuente.

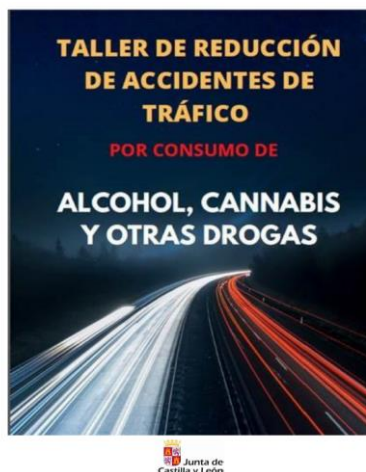


Figura 33. Imagen del programa Taller de reducción de accidentes de Tráfico. Fuente: Junta Castilla y León.

Sus objetivos son:

- a. Aumentar la percepción de riesgo entre el consumo de alcohol y otras drogas con la accidentabilidad relacionada con la conducción.
- b. Reducir los daños asociados al consumo de alcohol-conducción y cannabis-conducción.
- c. Reforzar la idea de que la conducción es incompatible con el uso de alcohol y otras drogas.
- d. Trasladar la idea de que todas las personas forman parte del tráfico, incluso los peatones. Trabajo centrado especialmente en conductores de coches, ciclomotores y motocicletas, cuyos permisos de circulación AM y A1 se pueden obtener siendo menores de edad.

Estos talleres son ofrecidos a centros educativos que cuenten entre su alumnado con jóvenes ubicados en la horquilla de edad antes señalada, ya que su cercanía a la obtención del carnet de moto/coche los convierten en personas susceptibles para desarrollar factores de protección ante el fenómeno de la conducción bajo los efectos de sustancias psicoactivas.

TALLER DE REDUCCIÓN DE INFRACCIONES Y ACCIDENTES DE TRÁFICO (TRIAT)

Su objetivo general es el de prevenir conductas de riesgo en la conducción asociadas al consumo de alcohol o de otras drogas que contribuyan a reducir las infracciones y los accidentes de tráfico. Por eso se pretende que las personas participantes tomen conciencia de los riesgos que, en algún momento, han podido correr y en la medida de lo posible reducir la probabilidad de que conduzcan bajos los efectos de las drogas.



Figura 34. Imagen del programa TRIAT. Fuente: Junta Castilla y León.

Su población destinataria son pacientes atendidos en los dispositivos de tratamiento ambulatorio de la Red de Asistencia a Drogodependientes, conductores de vehículos a motor y ciclomotores, así como conductores con medidas alternativas a la privación de libertad por delitos contra la seguridad vial, sancionados por vía administrativa o por infracciones al código de circulación

El programa consta de tres sesiones con una duración de 90 minutos cada una, recomendando una periodicidad semanal para mantener el interés y la coherencia de los contenidos.

PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN AUTOESCUELAS.

Estos proyectos pretenden incrementar la percepción del riesgo asociada a la conducción y al consumo de sustancias psicoactivas, buscando modificar actitudes y conductas que influyen en un pilotaje con la menor cantidad de riesgos posibles.

Existen dos tipos de cursos:

- 1) Aquellos orientados al profesorado de autoescuela a los que se les enseña a mediar con su alumnado, ejerciendo de referente a través de la cual asuman un modo de conducción responsable.
- 2) Los dirigidos directamente a las personas futuras conductoras, llevados a cabo en este caso por técnicos de prevención estatales.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.

La Junta de Castilla y León, en su web³¹, explica las medidas tomadas con relación a una enfermedad como la tuberculosis, la cual anualmente afecta a 8 millones de personas y supone la causa de tres millones de fallecimientos en todo el mundo. Este padecimiento, con especial prevalencia en países en vías de desarrollo, suele estar vinculado a ciertas problemáticas sociales como las adicciones.

En la comunidad estudiada la tasa de incidencia de esta enfermedad es de 29 casos por 100.000 habitantes, datos por encima del total nacional. Esta situación justifica la implementación de programas de reducción de daños, vinculados no sólo con ella sino con conductas que pueden favorecer su aparición como con uso de heroína y/u otras sustancias fumadas, inhaladas, etc.

Este programa tiene como objetivo reducir la incidencia de la tuberculosis en la sociedad castellano leonesa a través del diagnóstico precoz, el tratamiento de las personas infectadas y el aprendizaje de conductas que minimicen la posibilidad de desarrollar dicho padecimiento. Estas acciones, en el contexto de las adicciones, serán asumidas y realizadas por los CADs, los cuales no sólo ofrecerán detección y tratamiento a sus beneficiarios sino, además, pautas de profilaxis vinculadas a los consumos que eviten la aparición y el contagio de esta enfermedad dentro de esta población.

PROGRAMA DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C, EN PACIENTES ATENDIDOS EN CENTROS DE ASISTENCIA AMBULATORIA.

Estos recursos se sustentan en una lógica similar a la explicada en el apartado anterior, teniendo a la Hepatitis C y su incidencia en la población consumidora de drogas como justificación para su implementación en Castilla y León, especialmente en aquellas que lo hacen de manera parenteral. Los datos de esta autonomía, con relación a esta enfermedad y el uso de drogas, muestran cómo el 33'6% en consumidores de heroína y 4% en cocaína, cannabis y alcohol, la han desarrollado.

El trabajo realizado a través de estas acciones, además de lo meramente preventivo, busca la normalización y maximización del uso de las pruebas de detección de esta infección y cuando resulten positivas, el inicio de un tratamiento con las personas diagnosticadas. Es aquí donde tienen cabida los programas de intercambio de jeringuillas, las salas de venopunción estériles, etc. Acciones con la que se busca que aquellas personas que decidan seguir consumiendo lo hagan en condiciones óptimas de salubridad, consiguiendo de esta manera evitar la propagación tanto de este tipo de enfermedad como de otras con incidencia similar en nuestra población diana.

³¹ Para completar información consultar en:

www.familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1131977295136/ / /

En octubre de 2019, con la participación de los hospitales universitarios Río Hortega y Clínico y de los y CAD y centros de día de Valladolid, se empezó a desarrollar un programa piloto centrado en la detección y tratamiento de la hepatitis C en personas usuarias de estos recursos que no se habían realizado nunca una prueba diagnóstica de esta enfermedad o que esta tuviese una antigüedad superior un año, con resultados muy positivos³². Algunas de las debilidades de esta acción radican en su limitación contextual, ya que padecimientos como la Hepatitis C, cuya prevalencia es tan alta en nuestro contexto de estudio, necesitan de acciones desarrolladas de manera generalizada en todo el territorio autonómico y no sólo en aquella ciudad con mayor número de habitantes.

PROGRAMA EXEO.

Exeo es un programa gestionado por la asociación ACLAD³³ cuyo objetivo principal es trabajar la reducción de riesgos/daños que pueden desarrollarse a través del consumo de drogas. Además, ofrecen información para ampliar los conocimientos sobre drogas, incrementando la percepción de riesgo y favoreciendo un consumo responsable; además de formar sobre sexualidad, prácticas de sexo seguro y hábitos saludables vinculados a este fenómeno.



Figura 35. Logo del programa Exeo. Fuente: Junta Castilla y León.

Sus intervenciones van dirigidas principalmente a personas jóvenes y adultas que hacen uso de sustancias psicoactivas en espacios vinculados al ocio. De entre todas las actividades que realizan podemos destacar el diseño y entrega de material informativo atractivo para los usuarios, servicios de análisis de sustancias, asesoramiento a empresarios de eventos, etc.

Este tipo de dispositivos, de igual manera que hemos comentado anteriormente con la reducción de daños, ofrecen asistencia a aquellas personas que no sólo no quieren dejar de consumir drogas, sino que la relación que mantienen con ellas es definida en base al placer que les proporciona. De ahí que se busque empoderar al individuo a través de información cercana a su realidad, procurando que estos consumos vinculados con el ocio supongan el menor riesgo posible para el usuario. Estas acciones

³² <https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/programa-deteccion-tratamiento-hepatitis.html>

³³ Asociación sin ánimo de lucro creada en 1979, que centra su trabajo en realidades como las adicciones, prostitución, VIH-SIDA y mujer.

tratan de hacer consciente a las personas sobre su responsabilidad en el uso de drogas y de cómo ellas mismas pueden hacer que este sea lo menos lesivo posible³⁴.

REALIDAD ASISTENCIAL DEL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.

El Real Sitio de San Ildefonso, al ser un municipio con menos de 20.000 habitantes, tiene limitadas sus competencias respecto a las adicciones las cuales son asumidas por diferentes órganos legislativos tanto a nivel estatal, como autonómico y provincial. Esta situación limita su actividad a poco más que la dispensación de licencias de apertura de negocios donde se vendan alcohol y/o tabaco y a tener capacidad sancionadora sobre una parte pequeña del fenómeno de las adicciones, acogiéndose a todo lo pautado por el organismo autonómico pertinente, restringiendo además la cantidad de programas, talleres y decisiones relacionadas con las adicciones que puede desarrollar.

RECURSOS Y ORGANIZACIONES VINCULADOS AL TRABAJO CON LAS ADICCIONES EN EL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.

El municipio analizado tiene como referente asistencial a nivel provincial y autonómico a Segovia y Castilla y León respectivamente, utilizando sus recursos, siempre que no cuente con ellos, según la problemática y la pertenencia al correspondiente nivel.

En la actualidad cuenta con las siguientes posibilidades interventivas vinculadas a las adicciones.

CENTRO DE SALUD REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.

Se trata de un Centro de Atención Primaria, el cual puede tanto llevar casos no demasiado complejos sobre adicciones, como derivar al CAD ubicado en Segovia o a otros recursos de la Red de Castilla y León. Este espacio se encuentra ubicado en la Calle San Juan de Nepomuceno sin número, ofreciendo sus prestaciones a todo el municipio del Real Sitio. Cuenta con médicos generalistas, profesionales de enfermería, personal administrativo, trabajador social y servicio de pediatría (no todos los días).



Figura 36. Imagen del Centro de Salud. Fuente: Salud Castilla y León.

³⁴ En la misma línea de intervención y siendo un programa pionero y referente a nivel nacional en este ámbito encontramos a Energy Control, pudiendo consultar su trabajo en www.energycontrol.org

Desde no hace mucho tiempo, la localidad de Valsaín cuenta con un Consultorio Médico en él se ofrece atención primaria sin urgencias (cosa que sí hace el anterior), pudiendo intervenir también en casos sencillos vinculados con las adicciones y derivar a otros recursos en caso de necesidad.

CENTRO AGRUPADO DE ACCIÓN SOCIAL SAN ILDEFONSO (CEAAS).

Ya hemos explicado con anterioridad en este informe como los CEAAS son un servicio social cuya finalidad es proporcionar cobertura de las necesidades básicas/sociales de aquellos residentes de una demarcación territorial concreta, funcionando como puerta de entrada a todo tipo de prestaciones institucionales entre las cuales se encuentran las problemáticas vinculadas con las adicciones. Cada uno de ellos está conformado por cinco trabajadores sociales, dos técnicos de intervención comunitaria, dos psicólogos, dos educadores de familia, dos técnicos de inclusión social, un técnico de dependencia y discapacidad, un coordinador y dos auxiliares administrativos.

El Real Sitio de San Ildefonso cuenta con uno de estos centros ubicado en el Centro de Jubilados "San Luis", en la Plaza del Matadero sin número.



Figura 37. Imagen del CEAAS. Fuente: elaboración propia.

Este espacio aglutina tres de las principales zonas de acción social³⁵ con sus respectivos técnicos, ofreciendo sus servicios a cuarenta municipios.

- 1) **ZAS San Ildefonso.** El cual está conformado por Palazuelos, S. Ildefonso y Trescasas.
- 2) **ZAS El Espinar Villacastín.** El cual aglutina El Espinar, Riofrío, La Losa, Navas San Antonio, Ortigosa, Ituero y Lama, Otero Herreros, Villacastín, Valdeprados, Zarzuela del Monte, Vegas de

³⁵ Esta es la unidad básica manejada por este recurso, indicando donde se desarrolla este tipo de actividad.

Matute, Monterrubio, Abades, Lastras del Pozo, Anaya, Marugán, Garcillán, Muñopedro, Martín Miguel, Labajos, Valverde del Majano, Bercial, Armuña, Sangarcía, Añe, Juarros de Riomoros, Marazuela y Marazoleja.

3) **ZAS Segovia Rural.** En el que se atiende a la población de San Cristóbal, Roda Eresma, Los Huertos, Hontanares, Valseca, Encinillas, Bernuy de Porreros, Espirido y La Lastrilla.

Respecto a las adicciones, los CEAS son un recurso que puede detectar problemáticas vinculadas con esta realidad, sirviendo como dispositivo de entrada y derivación hacia la red asistencial de drogas de Castilla y León.

Una de las principales limitaciones de este recurso radica en el tipo de intervención que realiza, la cual se efectúa bajo demanda. Como muchas de las problemáticas con las que trabajan están fuertemente estigmatizadas, si no se interviene directamente en el contexto donde suceden resulta complicado que la gente haga uso de este programa. Con lo que ir al CEAS no sólo pasa por la asunción y visibilización de una problemática, sino que es ubicarse como “*demandante de*” dentro de la sociedad. Lo cual posiciona a la persona que lo realiza en una situación de desventaja social, cargándola de un fuerte estigma al asumir como propias problemáticas “*mal vistas*” socialmente. Además, la no realización de trabajo en calle provoca que el vecindario tenga gran desconocimiento del potencial que tiene este recurso y sobre las problemáticas en las que interviene.

ESCUELAS DEPORTIVAS.

En el año 1991 la Diputación provincial de Segovia puso en marcha esta propuesta, la cual está encaminada a la promoción y desarrollo del deporte base. Esta parte de la idea de que la adquisición de unos adecuados hábitos deportivos, contribuyen a mejorar el desarrollo personal y la calidad de vida del individuo. Si estos se incorporan en las edades más tempranas, posteriormente servirán como herramienta para superar futuras problemáticas vinculadas con la salud, la convivencia, ocio, etc., encontrando en las adicciones un fenómeno perfecto para trabajar desde este enfoque.

Así pues, el Ayuntamiento del Real Sitio, dentro de sus competencias y a través de su concejalía de Deportes, organiza diversos proyectos dirigidos a la población más joven y al tema de las adicciones, entre los que están las Escuelas Deportivas Municipales.



Figura 37. Imagen publicitaria Escuelas deportivas. Fuente: Ayuntamiento Real Sitio de San Ildefonso.

El proyecto va dirigido tanto a personas jóvenes que deseen aprender determinados deportes, como a quienes busquen un mantenimiento/acondicionamiento físico. Cuenta con modalidades tan diversas como ajedrez, baloncesto, deportes de montaña, fútbol, tenis, voleibol, etc., siendo preferentemente mixtas, favoreciendo de esa manera la igualdad entre géneros.

Sus principales objetivos son realizar actividad física, buscando mejorar la salud y alejando a la gente del sedentarismo; incorporar la práctica deportiva y las conductas saludables vinculadas con el deporte, como hábitos que perduren durante su trayectoria de vida; relacionar a sus integrantes, con su entorno y sus semejantes; formar a los individuos que forman parte del proyecto en valores como la cooperación, el sacrificio, la responsabilidad, respeto, disciplina, etc.

GUARDIA CIVIL.

La Guardia Civil es un Cuerpo de Seguridad Pública militar creado en 1844 de ámbito nacional, que forma parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y depende del Ministerio del Interior y de Defensa. Su misión es garantizar la protección de los ciudadanos frente a actos delictivos, asegurar el cumplimiento de las leyes, defender el libre ejercicio de los derechos y las libertades y preservar la protección ciudadana. En España, en el Código Penal se castigan como delitos el cultivo, la elaboración y el tráfico ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas; la posesión ilegal de éstas con dichos fines; así como las actividades que promuevan, favorezcan o faciliten su consumo ilegal. Aunque la posesión de drogas por sí sola no es constitutiva de delito, siempre que no se destine al tráfico ilegal de estupefacientes.

La Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana establece sanciones administrativas de carácter grave o muy grave con multas de 601 hasta 30.000 euros por:

- El consumo o la tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados

para ello en los citados lugares. Cuando los infractores en materia de consumo o tenencia sean menores de edad, la sanción de multa podrá suspenderse, primero y extinguirse, después, si los mismos se someten voluntariamente y sin abandonarlo a tratamiento o rehabilitación, si lo precisan, o a actividades de reeducación.

- El traslado de personas, con cualquier vehículo, con el objeto de facilitar a éstas el acceso a drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya delito.
- La ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público, cuando no sean constitutivos de infracción penal.
- La tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de estos.

Así pues, debido al papel que esta organización tiene en el ámbito de las adicciones como garante de la salud, consideramos que han de aparecer en este apartado. Durante el período que duró el trabajo de esta investigación, estuvimos en constante colaboración con este colectivo. El cual, no solo aceptó el proyecto, sino que colaboró con él y nos contó de viva voz su percepción sobre la situación de las adicciones en el municipio. Con lo que, por parte del equipo investigador, sólo podemos reflejar nuestro agradecimiento ante un trabajo y una disposición tan buena y excepcional.

CENTROS EDUCATIVOS.

El Real Sitio de San Ildefonso cuenta el Colegio Agapito Marazuela, el Colegio La Pradera y el Instituto de Enseñanza Secundaria Peñalara, los cuales centran la oferta de educación formal del municipio.



Figura 38. Imagen del colegio Agapito Marazuela. Fuente: Cadena Ser.

También encontramos en el municipio, como parte de la oferta educativa no formal, el CEPA San Ildefonso-La Granja³⁶, la Escuela Municipal de Música, Ludoteca, Casa Joven “La Bola”, Escuela de teatro, etc. Todos ellos trabajan de manera transversal el tema de las adicciones, con mayor peso si cabe en aquellas organizaciones públicas.

OTRAS POSIBILIDADES ASISTENCIALES.

Como vemos en el Anexo 5, el Real Sitio de San Ildefonso cuenta con gran cantidad de asociaciones las cuales, si bien no trabajan de manera directa en el fenómeno de las adicciones, ofrecen ingentes posibilidades interventivas con relación a este fenómeno, siempre que se las tenga en cuenta y se las forme de manera correcta. Es por esto por lo que este informe técnico considera necesario aplicar en el municipio planes de prevención comunitaria que fomenten no sólo la toma de conciencia sobre la problemática de las adicciones, sino un proceso de responsabilidad social vinculado a este fenómeno para todos los agentes sociales involucrados de alguna manera en él. Por eso, para el desarrollo de la investigación, se contactó con las organizaciones que aparecen tanto en el Anexo 5 como 6.

ITINERARIO ASISTENCIAL ADICCIONES REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.

Una vez reseñadas las posibilidades asistenciales con las que cuenta una persona que desarrolle una relación de dependencia en el Real Sitio, consideramos importante mostrar cual sería la posible trayectoria de intervención mayoritaria que podrían asumir. Como ya hemos comentado, siempre que el sujeto esté dispuesto a comenzar el proceso terapéutico, si la situación es detectada por un recurso no específico en el tratamiento de las adicciones (escuela deportiva, monitor, padre, etc.), deberá remitirle al Centro de Salud, CEAS o al CAD de Segovia. En ellos, previa valoración de los profesionales, tomarán las decisiones pertinentes derivando, en caso de necesidad, a cualquiera de los recursos que conforman los distintos niveles asistenciales.

A pesar de lo antes expuesto, el itinerario resulta complejo y confuso tanto para población del municipio analizado como para los dispositivos que conforman sus posibilidades asistenciales en materia de adicciones. Con lo que el Ayuntamiento, como máximo garante de la salud de su vecindario, debería contar con una figura que sirva a la vez de nexo entre la sociedad civil y los centros asistenciales, de referente cercano y especializado en el tema de las adicciones al que dirigirse y que fomente el trabajo en red vinculado con el fenómeno que centra este informe técnico.

³⁶ Centro Educativo de titularidad pública, dependiente de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, que ofrece cursos a alumnos y alumnas mayores de 18 años. Pese a estar ubicado en La Granja, su área de trabajo engloba diversos municipios de la zona.

SITUACIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.

En aras de ser lo más operativos posible y partiendo del anterior posicionamiento teórico, el siguiente análisis está estructurado tanto por las clasificaciones de drogas que mayor aceptación por parte de la comunidad científica hay en la actualidad³⁷, como en las sustancias que mayor cantidad de veces aparecieron en las verbalizaciones de las personas que participaron en el proceso de investigación.

Cada uno de los subapartados se estructurará en base a los siguientes epígrafes:

- ❖ **Introducción.** Ofrecerá una presentación sobre cada droga/conducta que puede desarrollar una relación de dependencia, así como información relevante para comprender el resto del apartado.
- ❖ **Datos Castilla y León.** En esta parte se ofrecerán datos concretos del fenómeno que centra la sección, siempre que existan en los informes ESTUDES EDADES para Castilla y León.
- ❖ **Percepción vecindario.** Como se planteó en los objetivos del estudio, conocer la percepción que el municipio analizado tiene sobre las adicciones resulta fundamental para el devenir de este texto, siendo esta la parte seleccionada para mostrar y analizar la información obtenida.
- ❖ **Situación actual.** Será donde se explique cuál es la realidad del fenómeno que centra cada epígrafe en el Real Sitio de San Ildefonso, sustentándose en el análisis anterior.
- ❖ **Sugerencias vecinales.** Aquí se podrá encontrar aquellas demandas que el vecindario fue aportando para tratar de mejorar la situación del fenómeno de las adicciones en el municipio.
- ❖ **Acciones a llevar a cabo.** Finalmente, esta última parte refleja las principales acciones a llevar a cabo en el contexto de estudio vinculadas al fenómeno de las adicciones.

ADICCIONES CON SUSTANCIA.

Actualmente, una de las divisiones más utilizadas en el campo de las drogas es la de **adicciones con o sin sustancia**. En ella aparece como variable central organizativa la presencia o no de un elemento que provoca cambios a nivel corporal, psicológico, conductual, social, etc., el cual puede generar a través de su uso una relación de dependencia. Así pues, con una intencionalidad meramente operativa y siendo conscientes de sus limitaciones, la presentación del análisis de los datos obtenidos durante el período de trabajo de campo de esta investigación será articulada sobre esta división.

DROGAS ILEGALES.

Otro de los modos de clasificar las sustancias psicoactivas se articula en función de las restricciones y penalizaciones legales establecidas, en cada contexto particular, respecto a su consumo, producción y venta. Con lo que, en la mayoría de los países occidentales, las drogas se organizan como **legales e**

³⁷ La presencia o no de una sustancia en el fenómeno analizado, la legalidad o no de su consumo/uso.

ilegales según lo anteriormente citado. Esto nos hace reflexionar sobre los intereses vinculados a la categorización o no de una sustancia como legal/ilegal ya que, hace menos tiempo de lo que podemos creer, sustancias como la heroína y la cocaína no sólo se compraban en el mercado legal, sino que eran sugeridas por el lobby médico e incluso publicitadas por los medios como remedios “milagrosos” para tratar algún tipo de padecimiento.

En 1913 la heroína, tras demostrarse que se transforma en morfina al pasar por el hígado, se dejó de comercializar.



Figura 39. Imagen de un jarabe de heroína para la tos. Fuente: Lasdrogas.info

Esta prohibición no se sustentó en el potencial daño que podía producir, sino en la negativización vinculada a ella. Es decir, ofrecer como cura una sustancia cargada de gran estigma e identificada como droga peligrosa, fue más determinante en la prohibición que sus beneficios terapéuticos.

Un caso similar presenta la cocaína la cual, cerca de 1890, se volvió como uno de los medicamentos más populares de la época. La normalización de su consumo fue tal que, en 1971, Richard Nixon, en su guerra contra las drogas, no la incluyó en su lista de sustancias prohibidas.



Figura 40. Imagen de gotas para el dolor de muelas de cocaína. Fuente: Huffpost.

Décadas después, contando con el beneplácito médico, se descubrió los peligros que esta sustancia podría tener para la salud, pasando a formar parte de lista de drogas catalogadas como ilegales.

Estos sucesos ejemplifican cómo ciertas sustancias, influidas por algunos descubrimientos médicos vinculados con la salvaguarda de la salud, abandonaron su estatus legal de uso para pasar a formar parte de aquellas cuyo consumo recibe penalizaciones tanto legales como sociales.

A continuación, vamos a analizar la situación de ciertas drogas en el Real Sitio de San Ildefonso, incluidas dentro de la categoría que acabamos de presentar.

COCAÍNA.

Introducción:

La cocaína es una sustancia extraída de una planta originaria de América del Sur denominada “coca”, la cual es masticada por la población autóctona para soportar padeceres como el “mal de altura”³⁸. Aunque, no fue hasta mediados del siglo XIX cuando se consiguió obtener del “*arbusto eritroxiláceo*”, tras múltiples procesos químicos, la “*benzoylemethylecgonine*”, también conocida comúnmente como cocaína. Esta sustancia provoca una modulación de la dopamina, generando sensación de euforia y energía, disminución del apetito, excitación motora, dilatación de pupilas, etc.

Formas de presentación:

- **Cocaína en polvo o clorhidrato.** Es el tipo más común en España, el cual suele consumirse de forma inhalada por la nariz. Esto provoca unos efectos casi inmediatos, los cuales duran entre 30 y 45 min, pudiendo alargarse más tiempo dependiendo de la pureza, tolerancia, adulterantes y otro tipo de variables.



Figura 41. Imagen de cocaína en polvo. Fuente: Llaurlallum.

Esta sustancia también puede ser consumida, junto con heroína, inyectada en el cuerpo. A la anterior mezcla se la conoce como “*Speed-ball*”, siendo su uso minoritario en España.

³⁸ Se conoce con este nombre a la falta de oxígeno en zonas de gran altitud en el cuerpo humano. Esta dolencia se vincula con la velocidad del ascenso y la altitud alcanzada, dado que la disponibilidad de oxígeno y nitrógeno van disminuyendo conforme aumenta la altitud. Esto se mitiga a través del uso de esta planta.

Datos España y Castilla- León:

Según la “Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España” 2021, la cocaína se encuentra entre las seis “drogas” más consumidas entre los estudiantes españoles. Por encima de ella encontramos al alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes (con o sin receta) y el éxtasis, situación que muestra una tendencia a la baja en la prevalencia de consumo con respecto a años anteriores.

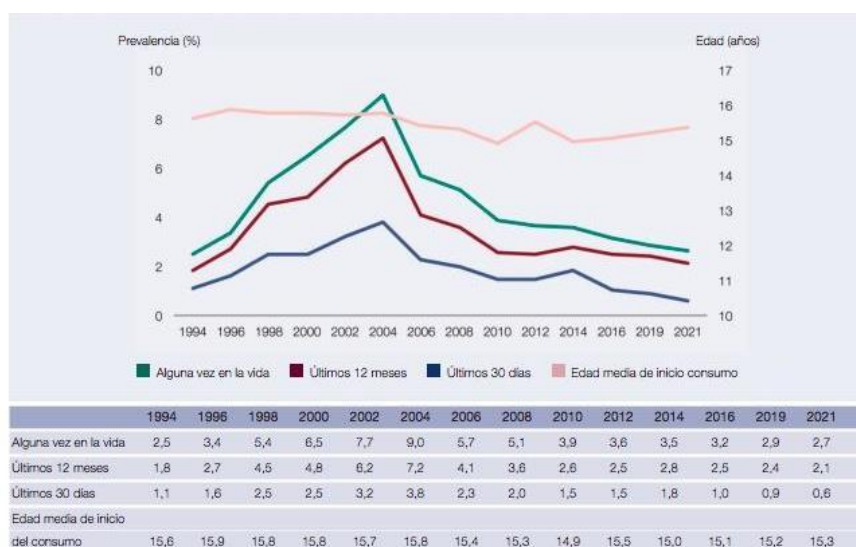


Figura 42. Gráfico y tabla de prevalencia consumo de cocaína polvo y/o base y edad media de inicio consumo entre los estudiantes de Enseñanza Secundaria 14-18 España. Fuente: ESTUDES 2021.

El primer contacto con la cocaína se produce a los 15,3 años, dato muy similar al registrado en años anteriores. Su uso, en cualquier variedad, se encuentra más extendido entre los chicos.

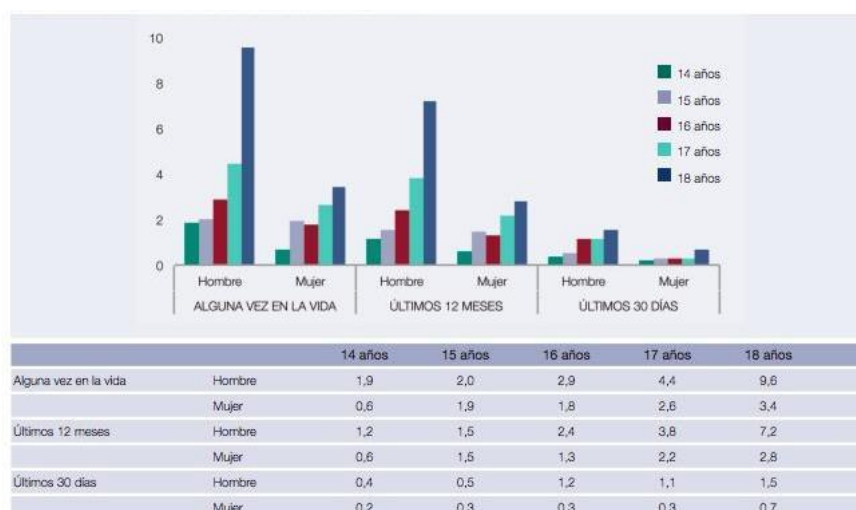


Figura 43. Gráfico y tabla de prevalencia consumo de cocaína polvo y/o base entre los estudiantes de Enseñanza Secundaria 14-18, según sexo y edad España. Fuente: ESTUDES 2021.

La diferencia más evidente respecto al consumo de “alguna vez en la vida” entre sexos, se observa en el grupo de 18 años (9,6% frente al 3,4% respectivamente). La tendencia del año 2021 refleja un

descenso en el uso de esta droga de “*alguna vez en la vida*” de cocaína entre los jóvenes españoles. Además de que la prevalencia de uso es mayor en los hombres que en las mujeres en los tres tramos temporales consultados en la encuesta.

Según los datos de esta encuesta, el consumo de cocaína en las personas jóvenes españolas es residual, siendo su precio y las expectativas vinculadas al su uso mayoritario las barreras que limitan el acceso a esta sustancia a la población menor edad. Como podemos ver en la imagen posterior actualmente hay una disminución de consumo, mostrando valores semejantes a los de 1994.

	1994		2000		2006		2012		2014		2016		2019		2021	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	10.147	9.777	12.598	13.856	13.769	13.734	18.405	19.081	17.649	17.720	18.489	19.521	11.116	11.205
Edad media inicio consumo (años)	15,7	15,5	16,0	15,6	15,4	15,4	15,5	15,5	14,9	15,1	15,1	15,0	15,2	15,3	15,3	15,4
Prevalencia (%) alguna vez en la vida	3,1	1,9	8,4	4,5	6,8	4,7	4,8	2,5	4,2	2,9	4,1	2,2	3,9	1,9	3,4	1,9
Prevalencia (%) últimos 12 meses	2,3	1,2	6,4	3,1	5,2	3,1	3,4	1,6	3,3	2,2	3,3	1,8	3,2	1,7	2,7	1,5
Prevalencia (%) últimos 30 días	1,4	0,7	3,4	1,5	3,1	1,6	2,2	0,8	2,3	1,4	1,5	0,5	1,3	0,6	0,9	0,3

Figura 44. Tabla del consumo de cocaína polvo y/o base entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (%). España 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Respecto a los datos aportados por la “*Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España*” EDADES 2022, encontramos prevalencias de consumo similares a las que acabamos de presentar salvo en las respuestas vinculadas a “*alguna vez en la vida*” dado que, al entrar gente de mayor edad, la posibilidad de que hayan tenido algún consumo esporádico crece.

Un 11,7% de la población de entre 15-64 años dice haber usado cocaína alguna vez en su vida.



Figura 45. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de cocaína en polvo (%) y edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo (años) en población de 15-64 años. España 1995-2022. Fuente: EDADES 2022

En esta encuesta, el consumo de “último año” refleja una tendencia estable desde el 2011, situándose la prevalencia en un 2,3%. La edad de inicio de consumo en 2022 en los 21,1, manteniéndose estable desde el año 2018.

Centrándonos en la variable sexo, esta sustancia es más consumida dentro de este tramo temporal por hombres que por mujeres (3,5% frente a 1,0%), manteniéndose en ambos colectivos en niveles similares a los que se vienen observando en las últimas ediciones de la encuesta.

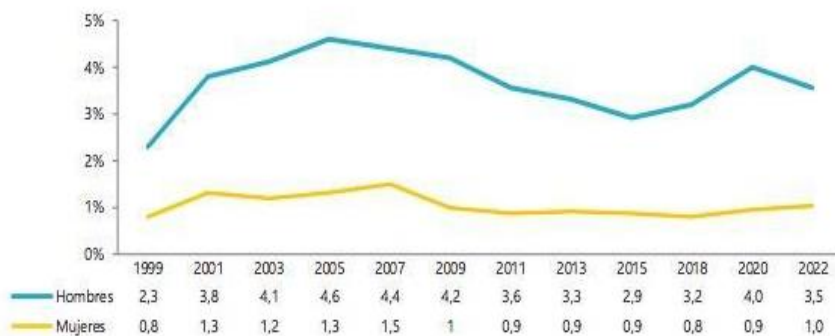


Figura 46. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses en población de 15-64 años, según sexo (%). España 1995-2022. Fuente: EDADES 2022

Con relación a los consumos del “último mes”, el 1,3% responde de manera afirmativa a la pregunta “¿has consumido cocaína en polvo en los 30 días previos a la realización de la encuesta? Valor que se mantiene estable desde 2009.

Al contrario de lo que ocurre con la cocaína en polvo, que es la sustancia ilegal más consumida en España en la población de 15 a 64 años, la “pasta base” presenta un consumo residual.

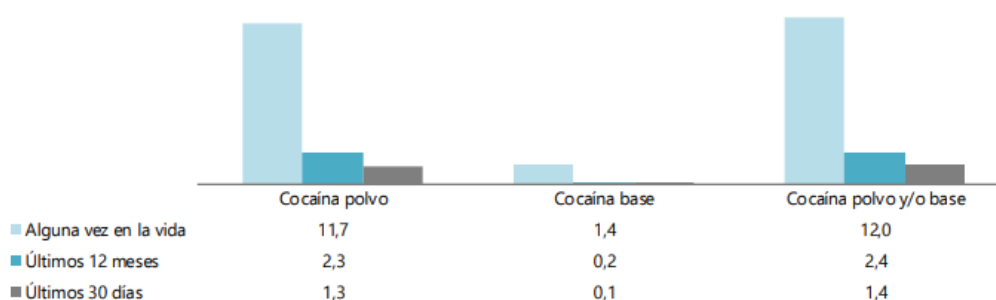


Figura 47. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación en población de 15-64 años (%). España 1995-2022. Fuente: EDADES 2022

En función del sexo, la cocaína es consumida en mayor proporción entre los hombres, con independencia de la edad de los individuos. Cabe destacar que, las mayores prevalencias de consumo se registran entre los 25 y 34 años.

Centrándonos en los datos facilitados para Castilla y León y recopilados por el Comisionado Regional sobre Drogas (CRD), encontramos los siguientes resultados para EDADES.

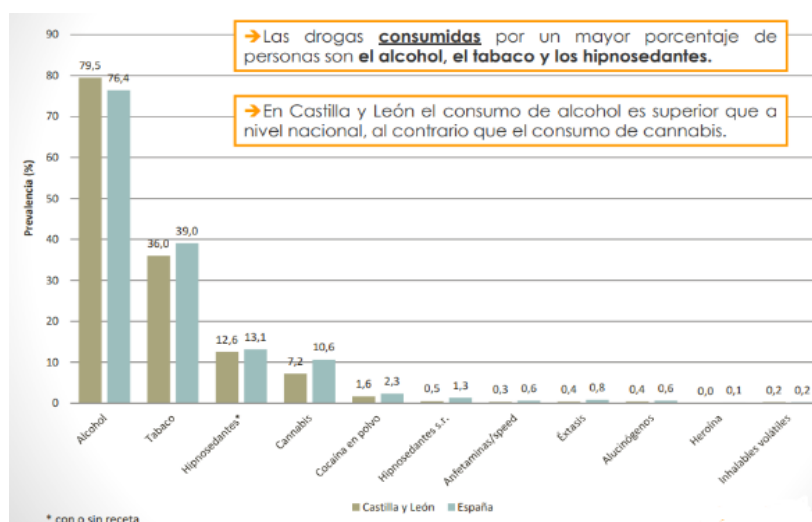


Figura 48. Gráfico de proporción de personas consumidoras de drogas en los últimos 12 meses (%). España y Castilla y León 2022. Fuente: EDADES 2022.

De igual manera a lo reflejado a nivel estatal, la cocaína es la quinta sustancia más consumida en los últimos 12 meses en esta comunidad, superada por el alcohol, tabaco, hipnosedantes y el cannabis. Estos valores muestran cómo, en relación con los nacionales, tiene una proporción de consumidores de cocaína menor. El resto de prevalencias respecto al uso de cocaína, además de la evidencia de un mayor consumo de esta droga por parte de los hombres, poco discrepan de los resultados nacionales. ESTUDES 2021 muestra que las personas estudiantes de entre 14-18 años sitúan a la cocaína como la quinta sustancia más consumida, coincidiendo con lo reseñado a nivel nacional.

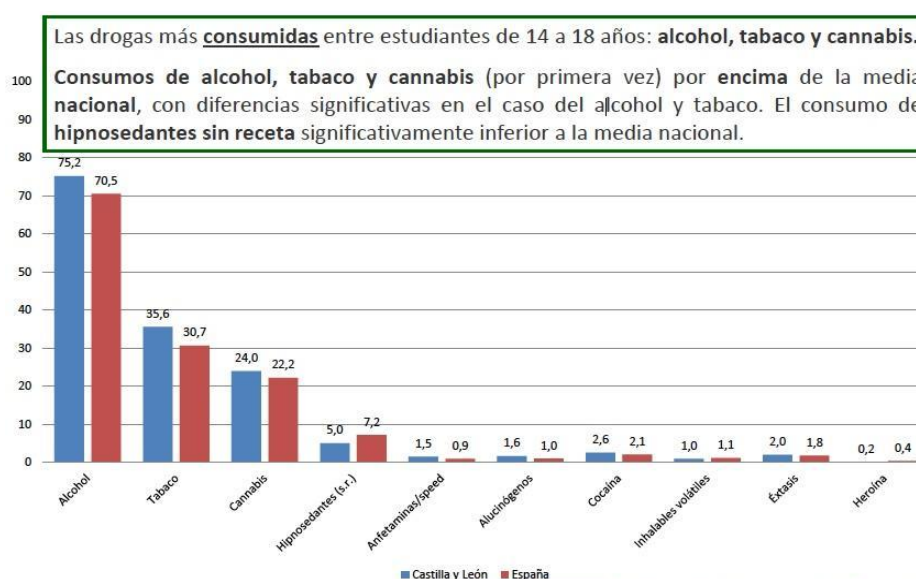


Figura 49. Gráfico comparativo de proporción de personas consumidoras de drogas en el último año (%). España y Castilla y León 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

La anterior figura presenta un consumo mayor que la media nacional de cocaína por parte de los jóvenes estudiantes de 14-18 años de esta autonomía, el cual se mantiene estable para el consumo en el último año y últimos 30 días desde el año 2012.

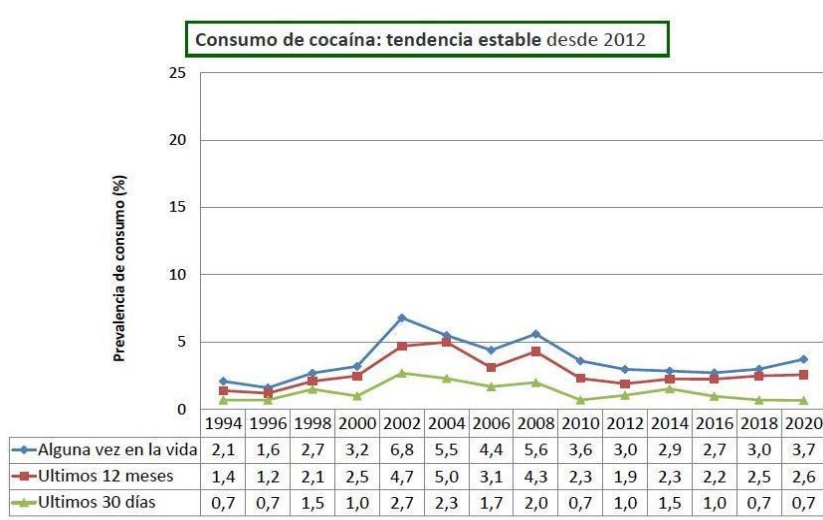


Figura 50. Gráfico y tabla de evolución de la proporción (%) de personas consumidoras de cocaína en Castilla y León y España 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

El ESTUDES en esta comunidad, respecto al consumo de cocaína por sexo, refleja un consumo igualado entre chicos (0,7%) y chicas (0,7%). Datos que contrastan con las tendencias analizadas con anterioridad a nivel nacional en los que el consumo de esta sustancia es mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Además, los resultados de esta encuesta respecto a esta droga en esta comunidad muestran como la proporción de personas consumidoras de las drogas analizadas aumenta progresivamente con la edad, presentando, en el caso de la cocaína, porcentajes del 0,5% para los alumnos de 14 años, 0,6% para los de 16 y un 2,6% para los alumnos de 18 años.

El aumento de las prevalencias de consumo de cocaína ocurrido en España en los últimos 20 años, observable en las anteriores encuestas, provocó una difusión de su uso por todo el territorio estatal, sin distinguir entre clase social, ideología, edad, el estilo juvenil, género, etc. Situación que, además de provocar una normalización del consumo y generar una opción más dentro del ocio como muestran Martínez Oró y Pallarés (2009), genera una ruptura con lo socialmente aceptado en el ámbito analizado por la encuesta.

Este fenómeno ha quedado plasmado en los discursos y percepciones de los vecinos del Real Sitio de San Ildefonso en forma de grandes problemáticas relacionadas con el uso de esta sustancia, funcionando como forma de rechazo a esta variación, fenómeno que será analizado en apartados posteriores.

Percepción vecindario:

El trabajo con percepciones, siempre teniendo claro que estas son un conocimiento “a priori” de un suceso, concepto o proceso obtenido por medio del sentido común, experiencia o saber teórico acumulado, nos lleva irremediablemente a cuestionarnos incesantemente aquello que nos transmiten nuestros informantes, así como a generar un proceso de firme comparación y cuestionamiento entre “lo que nos dicen”, “lo que entendemos” y lo que “estamos viendo”. Esta dialéctica, lejos de ser una rémora para nuestra investigación, debe ser constantemente sometida a un ejercicio de vigilancia y reflexión epistemológica no sólo para dotar de validez a la investigación, sino para evitar sesgos.

Los vecinos del Real Sitio, cuando son preguntados por el consumo de cocaína en el municipio, describen el uso de esta en su contexto en los siguientes términos.

“Lo de la coca en el pueblo es la ostia. ¡De fiesta, los fines de semana...! No se puede seguir así”. (Adulto 36 años).

“Salen de marcha y, muchos, la usan para aguantar”. (Joven 25 años).

“Ya sabes cómo es la noche Diego. A ciertas horas, casi todo el mundo consume”. (Joven 20 años).

Pero, a pesar de existir un discurso como el anteriormente presentado, son muchas las evidencias que muestran cómo este fenómeno, en el municipio analizado, no es algo ni tan alarmante ni tan generalizado. Esto, además de quedar evidenciado en ESTUDES y EDADES, tanto a nivel nacional como autonómico, quedó de sobra probado a través de los datos obtenidos mediante la aplicación tanto de la observación participante como de la técnica de entrevista.

Diego: *¿Cómo crees que está el consumo de coca en el pueblo?*

Entrevistado: *Pues, para qué te voy a engañar Diego... ¡La cosa está muy, pero que muy mal! No es mucho lo que vendo y esto pasa también los fines de semana. ¡Pero es todos los días!*

(Entrevista a vendedor)

En la anterior cita se plasma a la perfección la situación antes presentada. Ya que, si bien uno de los facilitadores de droga del pueblo narra que sus ventas son muy pequeñas, evidencia en su manera de describir el fenómeno la percepción de problema imperante en el municipio vinculado a esta droga.

“Sí que es cierto que hay gente que está consumiendo coca a diario... pero no muchos. Eso sí, esto es un problemón para el pueblo”. (Adulto 45 años).

“La verdad, es que yo no veo mucha gente consumiendo por ahí... Pero sé de buena tinta que en el pueblo la gente se pone mucho, mucho... ¡sobre todo de coca!”. (Adulto 45 años).

Este tipo de discursos, de manera similar a lo mostrado en Fernández (2019)^B, responde más a una instrumentalización de la percepción subjetiva del riesgo vinculado al consumo de cocaína, que a la realidad del fenómeno.

“Es impresionante la cantidad de cocaína que hay en el pueblo... ¡Luego que los jóvenes se ponen!”.
(Adulto 45 años).

Como veremos a continuación, la descontextualización y diversificación del consumo de esta sustancia en el Real Sitio, genera estrategias de control para volver a relegar su uso a los espacios y agentes tradicionales, siendo una de ellas la magnificación del uso, sus cantidades y el número de personas usuarias. Este fenómeno es una de las principales explicaciones sobre el proceso de disonancia existente entre la percepción de la realidad sobre el consumo de cocaína en el Real Sitio por parte de la población y la realidad, desajuste que vamos a explicar en el siguiente apartado.

Situación actual:

Como ya hemos anticipado en el apartado anterior, a pesar de que la población del Real Sitio nos traslade una situación de consumo desaforado los datos recabados no reflejan tal realidad.

Diego: *Es cierto que se consume tanto en el pueblo...*

Entrevistado: *A mí me parece que sí. Aunque, la verdad es que siempre vendo a los mismos y en los mismos días... ¡Solo en algunas fiestas y en San Luís, la gente me lo quita de las manos!*

(Entrevista a vendedor)

“La verdad es que... yo no veo que la gente esté consumiendo por ahí a todas horas... Si es verdad que los fines de semana tengo esa sensación. Pero nada que ver con lo que consumía antes”. (Adulto 45 años).

Conceptos como “poco” y “mucho”, no dejan de ser interpretaciones subjetivas de un suceso por parte del agente social que lo verbaliza. Es por eso que lo que puede describirse en demasía para alguien para otro no tiene por qué ser así, interviniendo en este proceso interpretativo de forma consciente e inconsciente variables como la edad, sexo, valores, etc., las cuales generan y evidencian la falta de consenso existente sobre la realidad analizada en este informe.

“Tú no sabes nada lo que es que haya coca en el pueblo... Antes sí que se salía todos los días y había coca en todos los lados. ¡Ahora no hay nada y lo que hay es mierda!”. (Adulto 48 años).

Las madres y tal sí dicen que hay mucho, pero yo creo que no”. (Joven 23 años).

En un primer momento, cuando comentamos a nuestros informantes que uno de los objetivos de la investigación es recoger peticiones interventivas respecto a las adicciones, la situación reflejada en sus discursos fue la de un municipio con consumos desorbitados de cocaína.

“Pues ya sabes Diego... ¡Aquí todo el día la gente está liada! Da igual el día, la hora...”. (Adulto 35 años).

“La coca es algo que está en todos los sitios y a todas horas”. (Adulto 35 años).

Discursos que se radicalizan más si cabe si son emitidos por padres y madres de mediana edad.

“Es llegar el fin de semana, las fiesta o... incluso a diario... ¿Ya sabes? Todo el día con la puta droga... con la puta coca”. (Adulto 40 años).

Estas muestran una realidad sobre el consumo de cocaína contraria a la de aquellas con menor edad y/o vinculación con el ocio nocturno, las cuales la verbalizan de un modo mucho más mesurado.

“Pues sí, Diego. En el pueblo se consume cocaína. ¡Cómo en todos los sitios! Salir de marcha es lo que tiene y, la coca, es algo más que está ahí para pasárselo bien”. (Joven 25 años).

¿Qué provoca esta polarización discursiva? ¿Qué genera que gran parte de la población del Real Sitio tenga una percepción sobre el consumo de cocaína y otras drogas en término de problema? La respuesta, aunque complicada, es bastante lógica ya que, cómo explica Romaní (1999), el *“problema de la droga”* sirve como referente explicativo hegemónico sobre las adicciones en nuestro país, ofreciendo una manera de entenderlas, significarlas, vivirlas, etc., la cual será incorporada por parte de los agentes sociales del Real Sitio a su subjetividad. Esto genera una disposición común respecto a las drogas centrada en la abstinencia, el no inicio en el consumo y en su estigma/negativización como principales estrategias para conseguir mantener los usos de drogas en los contextos, usos y usuarios tradicionales como podemos ver en los verbatims de la gente de mayor edad.

“Los jóvenes solo piensan en salir, drogarse... Están todo el puto día con la coca liados para aguantar”. (Adulto 47 años).

Aunque, como ya hemos visto, si las narrativas son de personas que conviven con el fenómeno, estas rompen con los estereotipos hegemónicos sobre la cocaína. Proceso sustentado en su experiencia, la cual poco o nada tiene que ver con la realidad negativizada generada por *“el problema de la droga”* y plasmada en las respuestas referidas a la descripción de la situación del consumo de cocaína en el Real Sitio por aquellas personas de mayor edad y/o alejadas de los espacios de ocio nocturno.

“Sí, se ve mucha coca. Pero sólo por las noches. Hay gente que la consume porque les gusta, para aguantar más, por el qué dirán... Pero nada comparado con lo que pasaba antes... ¡Eso sí que era una locura!”. (Joven 19 años).

En nuestro contexto de estudio la llegada de nuevas drogas, modos de consumo, su diversificación, etc., no provoca una deslegitimación del consumo *per se*, sino de estas novedades que contradicen aquello que se imbrica y normaliza dentro del concepto de *“tradicionalidad”*.

“Antes la coca se usaba para lo que se tenía que usar. Ahora parece que todo el día le están dando”.
(Hombre 35 años).

Nuestras personas informantes no negativizan su consumo. Es más, lo toleran en contextos de ocio nocturno concreto, por personas adultas, sin que se evidencien sus síntomas, etc.

“Entiendo que, en las fiestas, en la noche buena... la gente se ponga... ¡Pero a diario!”. (Joven 19 años).

Con relación a la cocaína, algunos usos están normalizados por cierto tipo de población en el municipio. Eso sí aquellos que han trascendido de estas pautas de uso “coherentes”, sufren una deslegitimación similar a la ejercida por el “problema de la droga” a la hora de explicar el fenómeno.

“Cada día son más jóvenes las personas que se ponen de coca. Luego que la lían en ciertas ocasiones y se cantean a la hora de cortarse que estás todo puesto”. (Mujer 39 años).

Muchas fueron las variables que provocaron la salida de las drogas de sus contextos de uso tradicionales y que propiciaron la llegada al total de la población (Romaní, 1999). Este proceso trató de pararse a través del estigma, negativización y generalización de problemáticas minoritarias, en un intento de control. En nuestro contexto de estudio observamos un proceso similar, vinculando lo festivo y “tradicional” a ciertos patrones de consumo de ciertas sustancias y negativizando otros más novedosos en aras de controlar esta nueva y desconocida situación.

“La farlopa es para lo que es... Antes había mucha fiesta y servía para estar muchos días de fiesta... ¿Y ahora? ¡La gente consume como yonkis!”. (Adulto 30 años).

Un ejemplo claro de la negativización de estos nuevos usos es la evocación del “yonki”. Concepto el cual, mediante su vinculación discursiva a algún fenómeno relacionado con las adicciones tal y como explica Massó (2014), valida su negativización. Este proceso de control no sólo explica la disonancia discursiva existente en el Real Sitio sobre el uso de cocaína por personas mayores, de fiesta, etc., y el plus de negativización que recibe si es realizado a diario, en casa, etc., según el agente social preguntado, sino que hace lo propio con la totalidad del fenómeno de las adicciones.

En el Real Sitio impera una lógica en el ocio nocturno basada en la adquisición de prestigio mediante el mantenimiento de un equilibrio entre el consumo de alcohol más alto posible y la mayor permanencia en estos espacios, sin que los efectos percibidos como negativos de las sustancias consumidas se atisben lo suficiente para causar la expulsión de ellos. A esta dinámica la hemos denominado la “lógica del puntillo”, concepto que será desarrollado en el apartado dedicado al análisis del consumo de alcohol en el municipio.

“Juanito es el más grande. Bebe, bebe y siempre es el último en irse a casa. Además, enseguida al otro día está por ahí.... Eso sí, no la lía nunca.”. (Joven 27 años).

“Las trampas están a la orden del día”. (Joven 22 años).

Para que esta permanencia se pueda perpetuar el uso de coca, debido a que su efecto estimulante te permite estar durante más tiempo en estos espacios, está normalizado.

“Hay mucha gente que, para aguantar, ¡hace trampas!”. (Adulto 45 años).

Esta acción se conoce como hacer trampas, dado que se considera contravenir a la dinámica de aguante de consumo de alcohol tan arraigada en nuestro contexto de estudio. Como hemos comentado, este patrón de consumo recibe cierta tolerancia en nuestro contexto de estudio, hasta que no se exceda de lo socialmente permitido: peleas, nervios, faltas de respeto, etc.

“Yo más o menos lo permito... ¡Hasta que se lían a dar voces!”. (Hostelero 45 años).

En el Real sitio, existen unos acuerdos tácitos sobre como permanecer en los espacios de ocio, los cuales no se pueden transgredir. Si esto sucede, la personas que lo realiza no sólo es expulsada de ellos, sino que recibe una sanción social expresada de diferentes formas como malas caras, vetos de acceso a los espacios de ocio, etc.

“Si te pasas hablan de ti... Van diciendo por ahí que te drogas... ¡Es verdad, pero mejor que no se sepa!”. (Adulto 45 años).

El peor de todos, es “hablar de” ya que es un proceso que visibiliza el consumo de drogas a gran parte de la población, recibiendo así estigma y la negativización del “problema de la droga”

“Yo consumo coca. ¡El Speed es para los punkis!”. (Adulto 35 años).

No podemos olvidar, para comprender la lógica de consumo de cocaína en el Real Sitio, como las personas que usan este tipo de droga creen que este es menos negativo que el de otras sustancias.

“¡Están ahora liado con eso que es anestesia para caballos... no te jode!”. (Adulto 33 años).

Estas sienten que sus consumos, espacios y finalidades son las acertadas ya que la cocaína es significada como una droga de más calidad por su alto precio, menos marginal al limitar este el acceso y vinculada con dinámicas de empoderamiento social en el municipio.

“¡Y eso que esnifan... ¿Qué es? lo que usan los maricas!”. (Joven 23 años).

A pesar de todo, en el Real Sitio, en los últimos años, se ha podido observar un cambio en los patrones de consumo de esta sustancia. Aquello que estaba eminentemente vinculados al ocio y lo público, se han modificado y relacionado con lo privado (casas, segundas residencias, locales alquilados...), siendo la tranquilidad a la hora de consumir y estar con los amigos uno de los principales motivos por los que estos se han trasladado.

“Pues yo, me quedo en mi casa. Me pongo mis tiros y así nadie me dice nada”. (Joven 24 años).

Estos espacios, en los cuales no imperan las mismas normas de comportamiento vinculadas a los usos de drogas que en los espacios de ocio, se transforman en contextos de consumo seguros ante posibles dinámicas de estigmatización y castigo.

“A veces nos quedamos en casa solo para consumir. No gusta drogarnos y así nadie te recrimina y te mira mal por algo que haces por gusto.”. (Joven 25 años).

De todas formas, aunque estas dinámicas están más invisibilizadas que las producidas *outdoor*, se ven influidas de manera similar por los procesos punitivos que emanan del “problema de la droga”.

“¿Quedarse en casa para ponerse? Eso sólo lo hacen los drogadictos...”. (Adulto 35 años).

Para finalizar podemos concluir que, de manera similar a lo explicado en Fernández (2019)^B, los discursos sobre el consumo de cocaína mayoritarios del Real Sitio responden más a una instrumentalización de la percepción subjetiva del riesgo, legitimada por la significación que el modelo hegemónico interpretativo sobre las drogas ha generado, que a la realidad propia del consumo. Este fenómeno evidencia la necesidad de implementar tanto acciones que ofrezcan información veraz tanto de la situación real de este consumo en el municipio, huyendo de aquellas que estigmatizan y confunden, como de facilitar estrategias de reducción de riesgos que minimicen la posibilidad de que estos sean desarrollados por las personas consumidoras.

Sugerencias vecinales:

Debido a que el vecindario del Real Sitio percibe la situación del consumo de cocaína como mala, siguiendo la lógica vista en el apartado anterior, sus principales demandas de intervención estarán sustentadas en el Modelo prohibicionista y en el tipo de intervención que de él deviene.

“Lo que debería de hacer la guardia civil es perseguir a todos los que consuman. Multarlos y que la gente no tenga esa sensación de impunidad”. (Adulto 35 años).

“Todos sabemos quién vende... ¡Es un asesino! Que lo metan en la cárcel!”. (Adulto 50 años).

Este tipo de peticiones, centradas en la represión, se van diluyendo y normalizando a medida que los discursos recogidos corresponden a personas de menor edad y/o con presencia en el ocio nocturno.

“Bueno, la gente consume coca, sí. Pero lo que hay que hacer es que los que lo hacen no se les vaya de las manos. En caso contrario, creo que si tiene que intervenir la policía o quien tenga que hacerlo”. (Hostelero 45 años).

Cuando estos usos son “normalizados” y/o no se salen de lo socialmente tolerado, independientemente del contexto, reciben un tipo de sanción social más atenuado.

“Hay que tener mano dura, pero hay en ciertos momentos... Mientras que no se esté todo el día liado...”. (Adulto 30 años).

Es por esto por lo que la solicitud de mayor control, denuncias, información sobre drogas centrada en los problemas de salud que estas pueden generar, represión, sanciones, marginación, etc., centralizó la mayoría de las demandas vecinales referidas al consumo de cocaína en el Real Sitio, subiendo o bajando en intensidad si son referidas a consumos, contextos de uso de cocaína normalizados y/o las personas que demandan la intervención tienen o no vinculación con esta droga y/o el ocio nocturno.

Estas propuestas olvidan la existencia de posiciones intermedias con las drogas distintas a la relación de dependencia y abstinencia, las cuales necesitan de intervenciones diferentes a las centradas en los anteriores fenómenos. Esto evidencia la necesidad de implicar nuevas perspectivas de trabajo en el ámbito de las adicciones en el municipio estudiado ya que, si bien somos conscientes de la necesidad del control del uso y el acceso a la cocaína, también se ha de hacer lo propio con aquellas personas que las consumen actualmente y pueden desarrollar ciertos riesgos y daños.

Acciones a llevar a cabo:

Según los anteriores datos y a pesar de la disonancia existente entre la percepción sobre el consumo de cocaína existente en el Real Sitio según los contextos y personas, además de actuaciones hegemónicas que salvaguarden la salud del vecindario centradas en la prevención educativo/comunitaria, el retraso en la edad del consumo y la penalización del uso esta droga, proponemos la incorporación de estrategias de reducción de riesgos y daños a las políticas municipales, así como la implementación de campañas que mitiguen el estigma vinculado al uso de cocaína y el acceso a información no sesgada sobre ella en todos los contextos municipales.

Muchas de las personas con consumos no problemáticos de drogas, tienen una concepción temporal del *“aquí y ahora”*. Es decir, buscan placer inmediato sin pensar en efectos negativos a largo plazo que, sin que tengan que aparecer necesariamente, pueden acontecer debido a esta conducta. Esta situación provoca que quienes usen sustancias de esta manera, no se sientan identificados con aquellos discursos que vaticinan problemáticas a largo plazo de manera inexorable. De ahí que proponemos la colaboración con programas de reducción de riesgos y daños para intervenir en el municipio, continuando con la línea marcada por el ayuntamiento en 2019. Año en el cual el programa Energy Control³⁹ realizó varias acciones en el Real Sitio.

Además, es necesario ofrecer un espacio de reflexión, información, asesoría, atención, etc., no sólo desde un enfoque prohibicionista tanto para el vecindario como para las personas profesionales vinculadas a lo sanitario, educativos, social, etc., sino desde otros que ayuden a mitigar la crispación vecinal sobre el consumo de cocaína en el municipio como la reducción de riesgos y daños.

³⁹ Energy Control es un programa de intervención desde la reducción de riesgos, en el ámbito de los consumos recreativos de drogas de la Asociación Bienestar y Desarrollo.

De manera transversal, tal y como veremos en el apartado dedicado al consumo de alcohol en el municipio, otra de las acciones a implementar serán aquellas destinadas a la deslegitimación del papel del alcohol como elemento central del ocio en el Real Sitio. Situación que, como hemos explicado en los epígrafes anteriores, produce una relación directa entre esta sustancia y el uso de cocaína como práctica facilitadora de dinámicas que otorgan prestigio en este contexto. Con lo que, si trabajamos por ofrecer un ocio y un discurso alejado de la alcoholización de este, estaremos mitigando posibles problemáticas vinculadas con el consumo de cocaína.

HEROÍNA.

Introducción:

La heroína es un opioide semisintético con propiedades analgésicas, usado en ocasiones como supresor de la diarrea y mitigador de la tos. Al tratarse de un derivado de la morfina, sustancia obtenida a partir del opio, su nombre científico es “*diamorfina o diacetilmorfina*”.



Figura 51. Imagen de heroína en polvo. Fuente: National Institute of drug abuse.

Charles Romley Alder Wright, a finales del siglo XIX, fue la primera persona que sintetizó dicha sustancia. Más adelante, la empresa Bayer quien la llamó de esta manera y comenzó su comercialización tratando de sustituir del mercado a la morfina, la cual ya se comenzaba a asociar a consumos que resultan lesivos para la salud de las personas consumidoras.

Su forma de presentación habitual es en forma de polvo blanco/marrón o, alguna que otra vez, como una sustancia pegajosa negra. Comúnmente se consume por vía intravenosa mediante inyección, aunque algunas personas la toman fumada, inhalada o mezclada con cocaína (*Speedball*). Al poco de ser usada, a nivel físico, produce sequedad en la boca, disminución del tamaño de las pupilas, estreñimiento y bajada del ritmo respiratorio. A los pocos minutos genera una sensación placentera para, posteriormente, provocar un estado de sedación total con ausencia de malestar que suele durar dos o tres horas, el cual va desapareciendo de manera progresiva.

En aquellas personas que perpetúan el consumo de esta sustancia, existen ciertos efectos que pueden desarrollar a largo plazo los cuales dependen de la cantidad, vía de administración, frecuencia, motivación, etc. Uno de ellos será el establecimiento de una relación de dependencia con ella

caracterizada, entre otras variables, por la aparición de fenómenos como la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Otras posibles consecuencias que pueden aparecer son alteraciones en la alimentación, anemias, riesgo de aborto, insomnio, apatía, alteraciones menstruales, etc.

En España desde el 1970 hasta el 1990, la conocida como “epidemia de heroína”, fue un período de tiempo en el cual la problemática vinculada con esta sustancia fue más que evidente, ya que las muertes relacionadas con ella y su prevalencia de consumo crecieron significativamente. Esta situación generó un referente significativo sobre esta sustancia al inicio, y respecto al resto de las drogas a posterior, centrado en relacionar todo lo negativo que puede desarrollarse a través de su uso como estrategia de control. Actualmente, tras la implementación de ciertas medidas como nuevos tratamientos, reducción de daños, planes de prevención, sustitución con metadona, etc., el número de personas usuarias ha descendido enormemente invisibilizando el consumo de esta droga.

Desde hace poco tiempo, ciertos medios de comunicación han comenzado a trasladar el mensaje de “la vuelta de la heroína”. Estos discursos, sustentados más bien en cierta intencionalidad preventiva amparada en el miedo que en un regreso real de uso mayoritario de esta droga, no reflejan ni por asomo la realidad actual (Fernández y Corral (2018), Fernández (2019) y Martínez (2019)).

Datos España y Castilla- León:

EDADES 2022, define su prevalencia de uso como “muy residual”. Su consumo respecto al porcentaje de individuos que “alguna vez en la vida” ha consumido heroína no llega al punto, mostrando una tendencia estable en los últimos 12 meses. La edad media de inicio se acerca a los 23 años.

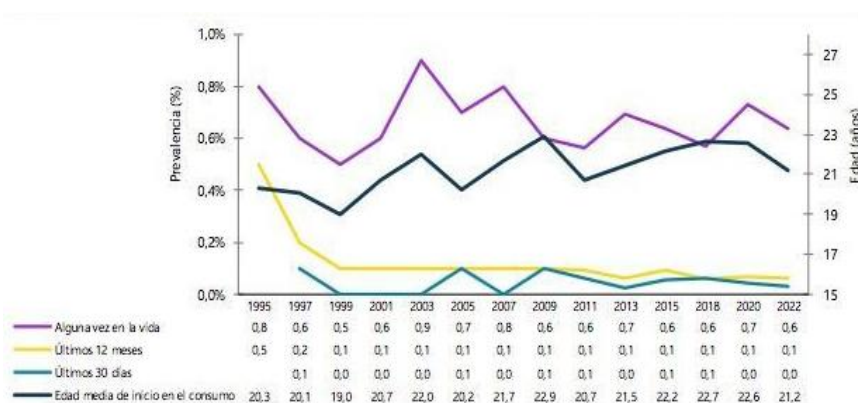


Figura 51. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de heroína (%) y edad media de inicio en el consumo de esta (años) en población de 15-64 años. España 1995-2022. Fuente: EDADES 2022.

Por otra parte, los resultados de ESTUDES 2021 muestran cómo, entre los estudiantes de 14-18, el porcentaje de consumidores de esta sustancia se sitúa por debajo del 1%, concretamente en el 0,5%.

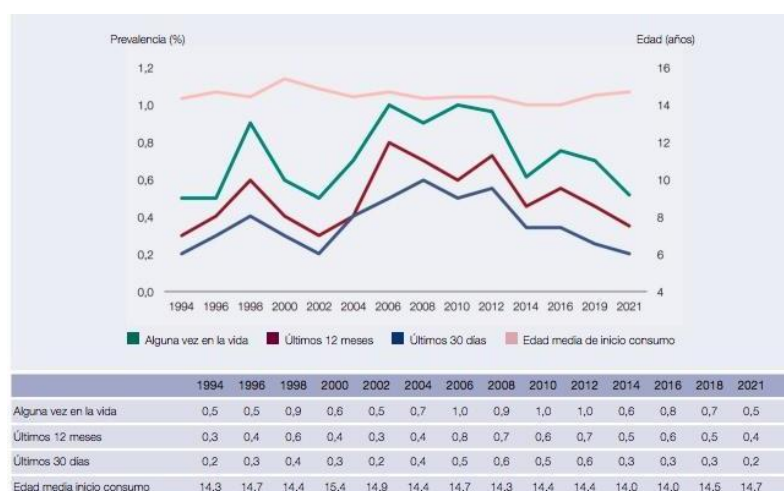


Figura 52. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de heroína (%) y edad media de inicio en el consumo de esta (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 (%). España 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Respecto a la edad de inicio del consumo, esta se ha retrasado con respecto a la encuesta anterior, encontrándose en la actualidad en los 14,7 dentro de la población escolar española.

Los datos centrados en Castilla y León explican situaciones similares respecto a la sustancia que estamos analizando. La encuesta ESTUDES 2021 evidencia sobre esta droga, para esta comunidad autónoma, como su uso se mantiene en constante descenso desde el año 2016, presentando actualmente porcentajes muy bajos cercanos al 0,2% respecto al tramo temporal del último año.



Figura 53. Gráfico y tabla de evolución de la prevalencia de consumo de anfetamina, éxtasis, alucinógenos y heroína en el último año. Fuente: ESTUDES 2021.

Por otro lado, el EDADES 2022 respecto al consumo de heroína en Castilla y León, presenta consumos mínimos situados por debajo del punto porcentual.

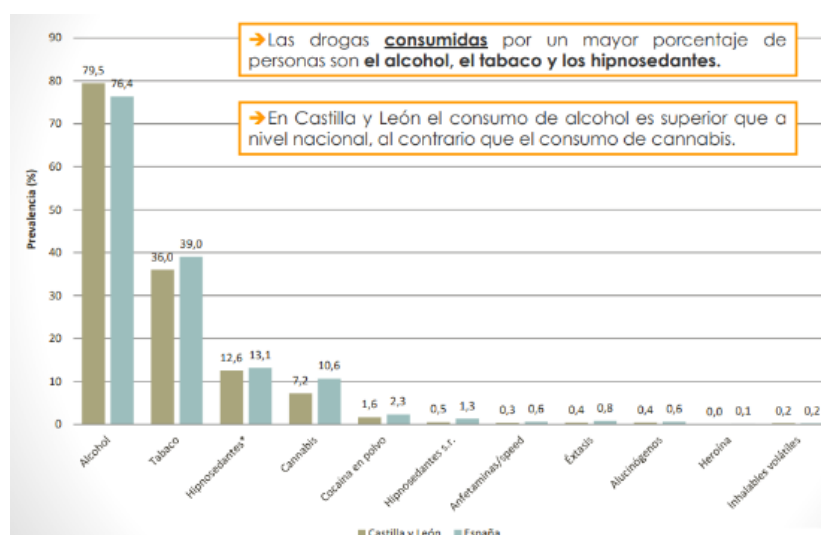


Figura 54. Gráfico de proporción de consumidores de drogas en los últimos 12 meses (%). Fuente: EDADES 2022.

Los siguientes epígrafes están dedicados al análisis del consumo de heroína en el Real Sitio de San Ildefonso, teniendo en cuenta que, según lo visto, su uso es minoritario.

Percepción vecindario:

Durante la investigación, cuando preguntamos al vecindario sobre la situación del uso de heroína en el municipio, pocas fueron las personas que afirmaron conocer gente que la consumía.

“¿Heroína? ¿Eso se sigue consumiendo?”. (Joven 22 años).

La percepción general respecto al uso de esta sustancia es de desconocimiento, inexistencia de problema y de casi personas que la utilizan.

“¡Eso es cosa de yonkis! Aquí en el pueblo, ya casi no quedan de esos”. (Adulto 39 años).

Aunque es cierto que, tanto para referirse a quienes la utilizan como a ciertos usos conocidos por el vecindario, sus discursos son contruidos en torno a la peligrosidad vinculada al estereotipo yonki, el cual emana a su vez del “problema de la droga” y el modelo hegemónico de explicación de esta.

“Lo de la heroína en los ‘80 sí que fue chungo... ¡Eso no puede volver a pasar!”. (Adulto 45 años).

Como podemos ver en Pallarés (1998), Romani (1999), Massó (2008) y Fernández (2017), la “*epidemia de la heroína*” sirve de marco significativo mítico sobre un suceso complejo para nuestra sociedad en el ámbito de la salud y las adicciones: la alta prevalencia y las muertes descontroladas vinculadas al uso de esta droga. A él se remiten dispositivos, discursos, modos de actuación, etc., para legitimar ciertos tipos de intervenciones centradas en la abstinencia, prohibición, etc.

“Todavía queda alguno de los de la heroína. Esos que van al bar [], que están tomando cervezas en el parque todo el día y que están por los garajes de la zona de []”. (Adulto 39 años).

Según Fernández (2019)^B, consciente o no, este referente y sus modos de entender la adicción pueden ser usados para generar conflicto y/o necesidad interventiva sobre ella, como es el caso del colectivo en riesgo de exclusión social al que se refieren los anteriores informantes.

“Pues tomar heroína no sé, pero seguro que los que van con [] lo siguen haciendo... ¿Has visto qué pintas? ¿Qué dientes?”. (Adulto 39 años).

Esta instrumentalización del riesgo, sustentada en los rasgos físicos del yonki, construidos socialmente como explicamos en Fernández (2017), asocia unas características concretas a ciertas drogas. Las cuales, al ser identificadas por la población en algunas personas, genera que estas asuman automáticamente todo el estigma del concepto yonki pertenezcan o no a esta categoría.

En el siguiente apartado vamos a presentar la situación actual del consumo de heroína en el Real Sitio de San Ildefonso, explicando las distintas percepciones que, sobre este, circulan por el municipio.

Situación actual:

Según las percepciones del vecindario del Real Sitio sobre el consumo de heroína, este es inexistente o se ve reducido a un grupo pequeño de personas en riesgo de exclusión social concreto.

“Heroína... ¿En el pueblo? ¿Qué me estás contando?” (Joven 34 años).

“Llevo sin ver heroína por ahí... casi desde los '90. Salvo por aquellos que viven... que seguro que sí consumen”. (Hostelero 50 años).

Estas narrativas reflejan las tendencias presentadas en ESTUDES y EDADES tanto a nivel autonómico como nacional, sobre la existencia de prevalencias muy pequeñas vinculadas al consumo de heroína.

“Pues la verdad es que no creo que se consuma en el pueblo. Sólo por los de siempre”. (Sanitario 47 años).

El poco consumo que hay, o aquello que se interpreta como tal, automáticamente se relaciona con el estereotipo yonki, recibiendo estigma sin saber, en la mayoría de los casos, si es real o no.

“Pues la verdad, es que no sé si se ponen de heroína o no. Pero con la pinta de yonkis que tienen”. (Adulto 34 años).

Esta difusión de significado, producida al interpretar algunos elementos como característicos del consumo de heroína y de las personas que la usan, generan la sensación de que esta permanece en el municipio. A pesar de que, como vemos en Pallarés (1996), el estigma con el que carga esta sustancia junto al tabú asociado a la sangre y a la venopunción, hacen que actualmente iniciarse en esta droga sea complicado. Con lo que los pocos consumos que quedan son de personas adultas.

“Desde aquí sabemos que hay algunas personas que toman metadona⁴⁰ y que, hace años sí consumían heroína por vía parenteral. Pero en la actualidad, sabemos de algunos consumos fumados, pero nada más”. (Profesional de lo social 50 años).

Así pues, la percepción problemática del consumo de heroína en el municipio no deviene de sus altas prevalencias de uso sino de la vinculación con la parte más marginal del municipio.

Diego: *¿Hay mucho perfil marginal en el pueblo?*

Entrevistado: *El Real Sitio cuenta con un gran número de personas en riesgo de exclusión social. Muchas de estas, reciben nuestra ayuda. Sabemos que una parte de ellas está metida en drogas, consume... e incluso está todavía con heroína.*

Diego: *¿Y cómo sabéis eso?*

Entrevistado: *Algunos nos lo dicen... Otros... se sabe... Otros sólo hacen falta ver como vienen.*

(Entrevista trabajador de lo social 47 años)

Como explica Romaní (1999), las personas consumidoras de drogas son uno de los grupos más estigmatizados y con mayor riesgo de exclusión social de nuestra sociedad. Más si cabe, si son vinculadas con la heroína, dando uno de los estereotipos más denostados: las personas “yonkis⁴¹”.

“Yo creo, sin que pueda asegurarlo, que estos amigos de [] se ponen de heroína fijo. ¡Ves cómo van todos los días! ¡Son yonkis totales!”. (Adulto 30 años).

Es por esto por lo que este rechazo estructural se hace evidente en los discursos recogidos.

“Mira cómo está de sucia la []. ¡Claro, están todo el día los yonkis estos ahí con las latas! ¿Quién lo va a limpiar?”. (Adulto 30 años).

Esta vinculación, únicamente con la parte negativa del fenómeno, las convierte en población susceptible de intervención prioritaria. Siempre sin olvidar que la alarma generada alrededor del consumo de drogas tiene una intencionalidad que va más allá de lo judicial y sanitario: la política.

“La verdad es que las casas de [], son un sitio que deberíamos de quitar. Sólo hay yonkis, droga, suciedad, etc.”. (Adulto 35 años).

La construcción de la adicción y sus consumidores en términos de peligro dota tanto de un chivo expiatorio como de una herramienta para reivindicar soluciones a realidades que poco o nada tienen

⁴⁰ Opiáceo sintético, usado en medicina como narcótico y analgésico y, además, como sustitutivo de la heroína en tratamientos de desintoxicación de esta sustancia.

⁴¹ Romaní (1999) “un hombre urbano, joven, de aspecto tenebroso, en fin, un personaje digno de toda sospecha”. Yonki es un concepto construido a partir de englobar todo aquello negativo asociado a las drogas y su consumo, sea cierto o no.

que ver con las adicciones, llegando a relacionar en el Real Sitio a personas interpretadas como consumidoras de heroína, con problemáticas municipales como el paro, la falta de vivienda, etc.

“¡Putos yonkis...! Todo el día ahí dónde [] y en []. ¡No saben hacer otra cosa! Mean todo, lo ensucian... No te extraña que luego no venga turismo al pueblo”. (Adulto 39 años).

Esta situación responde, como presentamos en Fernández (2019)^B, a una instrumentalización inconsciente por parte del vecindario del Real Sitio del fenómeno de las drogas, el cual las relaciona con diversas problemáticas con la intención de provocar respuestas y/o intervenciones en ellas sin que tengan que ver con el consumo de estas.

Así que, finalizando este apartado, podemos decir que la percepción vecinal sobre el consumo de heroína en el municipio es baja, coincidiendo con los datos presentados por ESTUDES y EDADES. Pero se ve maximizada en sus discursos al relacionarla con cierta población marginal, la cual evidencia rasgos físicos identitarios de “yonki” más que consumos reales. Esto responde más a una instrumentalización inconsciente del consumo de heroína con intención de generar intervención en otras problemáticas subyacentes en el Real Sitio, que a un consumo preocupante.

Sugerencias vecinales:

Estas, debido a la baja percepción que la población estudiada tiene sobre el uso de heroína en el Real Sitio por su baja prevalencia, son prácticamente nulas. Esto cambia cuando se refieren en sus discursos a personas en riesgo de exclusión social, a las que atribuyen esta y otro tipo de problemáticas existentes en el municipio y que se vinculan simbólicamente al uso de esta droga.

“Esto dejaría de pasar si la Guardia Civil hiciera su trabajo y estuviera multando a toda esta calaña de gente”. (Adulto 35 años).

En este caso, las demandas suelen centrarse en represión y castigo hacia la población marginal, sin ni siquiera pensar si son consumidores de heroína, si sus conductas pueden ser reprobadas por la ley y si son responsables de aquellas problemáticas a las que se los vincula.

“Viene menos gente por aquí y está todo sucio. Eso es por los yonkis”. (Adulto 49 años).

Comprender la dinámica detrás de este tipo de demandas no justifica ignorarlas. En cambio, revela áreas de preocupación que afectan al vecindario del Real Sitio. Estas están tan presentes que se asocian simbólicamente con fenómenos no relacionados con las adicciones, lo que demuestra la necesidad de intervenir en ellas.

Acciones a llevar a cabo:

Una de las principales recomendaciones de este informe es que el Real Sitio establezca un referente informativo sobre las adicciones. Este deberá asesorar a diversas personas que lo necesiten, como

educadores, trabajadores sociales, padres y consumidores. Además, podrá derivar a los afectados por problemas de adicción a los profesionales adecuados. En particular, su función en relación con el consumo de heroína será estar alerta a posibles cambios en los patrones de consumo y anticipar intervenciones cuando sea necesario.

Como hemos mencionado anteriormente, la asociación de diversas problemáticas en el Real Sitio con la población marginal, etiquetada como "yonkis" por su apariencia física sin que necesariamente consuman heroína, resalta la necesidad de un espacio de reflexión sobre las adicciones. Este debería trabajar para reducir el estigma no solo hacia las personas consumidoras de drogas, sino también hacia aquellas en riesgo de exclusión social. Con este tipo de acciones, se busca minimizar el estigma y promover la integración de esta población en la dinámica normalizadora del municipio.

MDMA.

Introducción:

Esta sustancia, sintetizada por primera vez por Anton Köllisch en 1912, no se popularizó con fines recreativos hasta 1970. Desde entonces, su uso, producción y venta han sido ilegalizados en la mayoría de los países del mundo. Conocida científicamente como 3,4-Metilendioxitmetanfetamina, se le llama comúnmente MDMA o éxtasis, debido a los efectos que provoca, como euforia, disminución de la ansiedad e intensificación de las emociones. Se presenta en forma de pastillas, cristales o polvo de cristal, razón por la cual muchas personas la conocen como "cristal".



Figura 55. Imagen de MDMA en pastillas. Fuente: Las Drogas.info

La MDMA actúa fundamentalmente sobre el neurotransmisor serotonina e induce un leve estado alterado de conciencia caracterizado por la amplificación e intensificación de las sensaciones emocionales, empatía hacia las demás personas y sensaciones de autoestima, bienestar y felicidad. Los efectos de su consumo suelen durar unas 4-6 horas, siempre teniendo en cuenta variables como la dosis, la persona, el contexto, expectativas, etc.

A nivel corporal, su uso provoca casi de inmediato hipertermia y deshidratación. De ahí que se recomiende el consumo de agua y bebidas isotónicas, que palien este fenómeno, desaconsejando la mezcla con alcohol y otros estimulantes.

Datos España y Castilla- León:

Tanto EDADES como ESTUDES se refieren a la MDMA como éxtasis, debido a los efectos que esta sustancia provoca en el cuerpo al ser consumida.

La primera de las encuestas que acabamos de citar refleja que el porcentaje de personas que han usado esta sustancia alguna vez en su vida es de un 5,1%, siendo su edad de inicio los 20,5 años. Dato algo inferior al obtenido en 2020 (20,7), donde se refleja la relación existente en España entre el ocio y esta sustancia ya que la anterior edad coincide con los años de estabilización en el ocio nocturno.

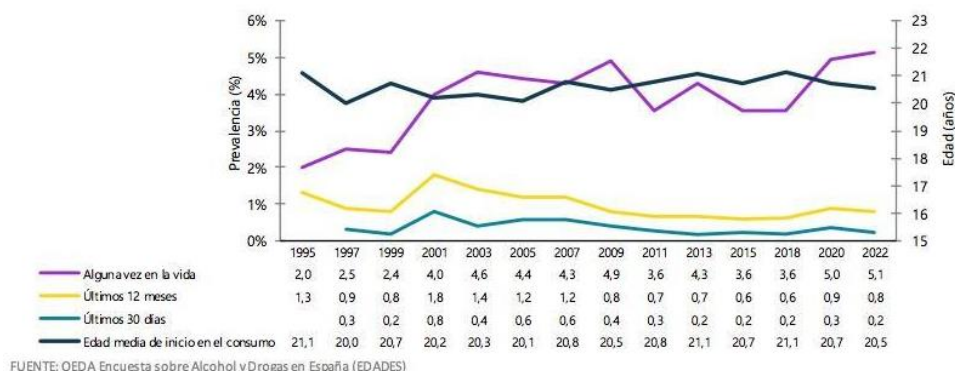


Figura 56. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de éxtasis (%) y edad de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años. España 1995-2022 . Fuente: EDADES 2022

El consumo del último año, el EDADES refleja cómo, desde el 2009, este se sitúa por debajo del 1%. Dato que desciende más al preguntar sobre los últimos 30 días, el cual refleja sólo un 0,2%. Esto muestra que se trata de una droga de uso reducido en la población general. Fijándonos en la variable sexo, el uso de esta sustancia se encuentra más arraigado entre los hombres que entre las mujeres.



Figura 57. Gráfico prevalencia consumo de éxtasis alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, en población de 15-64 años según sexo (%). España 2022. Fuente: EDADES 2022

El uso de esta sustancia se concentra en el tramo temporal ubicado entre los 25-34 años, edad de especial incidencia para consumos experimentales y de llegada a ciertos contextos de fiesta.

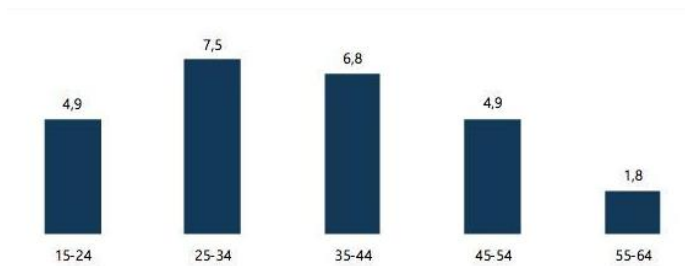


Figura 58. Gráfico prevalencia consumo de éxtasis alguna vez en la vida en población de 15-64 años según edad (%). España 2022. Fuente: EDADES 2022.

Con relación a esta sustancia, ESTUDES a nivel nacional muestra que el año 2021 registró los niveles más altos de consumo entre los estudiantes españoles, con un 3,1%. Aunque este porcentaje es menor que el 6,4% reportado en 2002, representa un aumento respecto al 2,6% observado en 2019

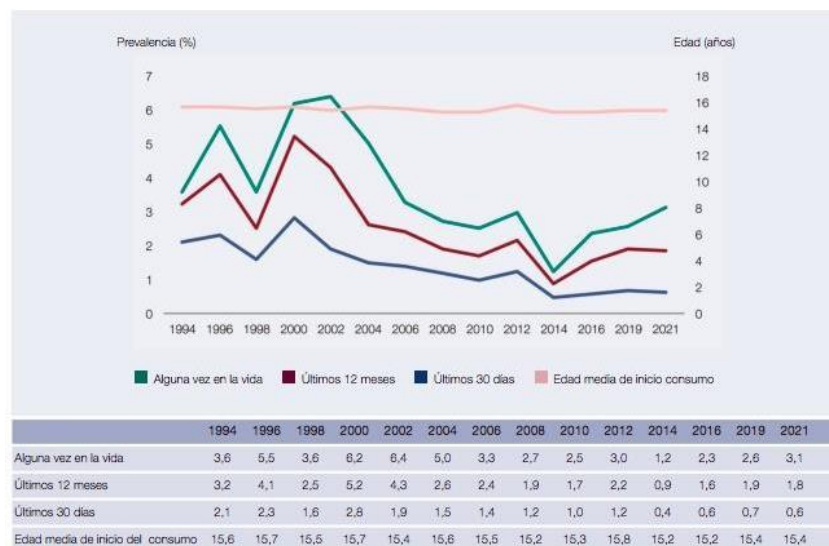


Figura 59. Gráfico y tabla prevalencia consumo de éxtasis (%) y edad media de inicio del consumo (años) en los estudiantes de Enseñanza Secundarias de 14-18 años. España 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

El porcentaje de consumo de MDMA ha decrecido ligeramente en los otros dos tramos temporales, presentando un 1,8% respecto al uso en los últimos 12 meses y un 0,6% en el mes pasado.

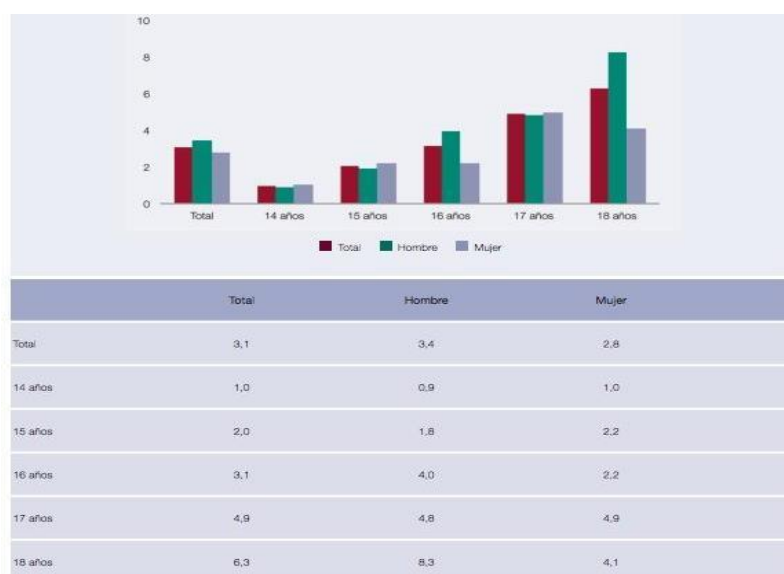


Figura 60. Gráfico y tabla de prevalencia consumo de éxtasis alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanza Secundarias de 14-18 años. según edad y sexo (%). España 2021. Fuente: ESTUDES 2021

Al igual que la anterior encuesta analizada, el uso de éxtasis entre los estudiantes españoles está más extendido entre los hombres, promediando una edad de inicio en el consumo de 15,4 años.

En Castilla y León, ESTUDES muestra prevalencias pequeñas para el consumo de MDMA.

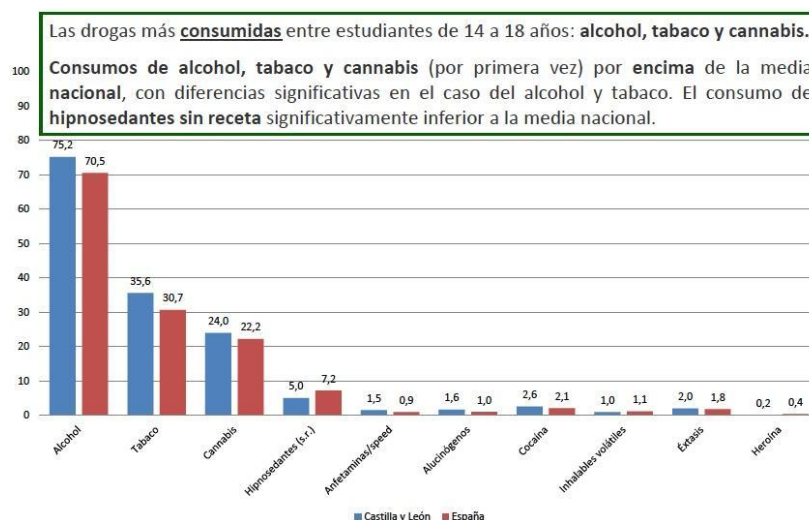


Figura 61. Gráfico proporción consumidores de drogas en el último año (%). España-Castilla y León 2021. Fuente: ESTUDES 2021

El uso de esta representa un 2,0% respecto al último año, no colocándola entre las cinco sustancias psicoactivas más consumidas en la autonomía. Sin embargo, está por encima de la media nacional, que es del 1,8%. Además, estas prevalencias son más altas entre los hombres que entre las mujeres.

Respecto EDADES, el consumo de MDMA en el último año, ocupa también un lugar de cola en las prevalencias de consumo, siendo este del 0,4% algo menor que el 0,8% nacional.

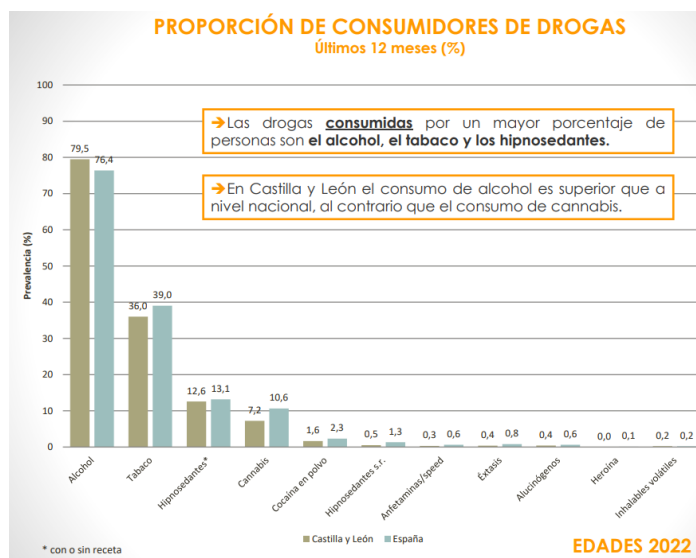


Figura 62. Gráfico proporción consumidores de drogas en los últimos 12 meses (%). España-Castilla y León 2021. Fuente: ESTUDES 2021

El uso de esta sustancia, para la población de Castilla y León, está más arraigado en hombres que en mujeres (0,5% - 0,2%), siendo más frecuente, por su vinculación a un tipo de ocio concreto, en el tramo de edad ubicado entre los 15-34 años.

En el Real Sitio, a pesar de ser una sustancia que aparece poco en las narrativas del vecindario cuando se pregunta sobre la situación de las adicciones, hemos podido observar consumos y pautas lo suficientemente importantes para ser estudiadas en esta investigación.

Percepción vecindario:

La MDMA es la octava sustancia psicoactiva más consumida en España. Pero, a pesar de esta posición, la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses es muy baja tanto a nivel nacional (0,8%) como autonómico (1,6%), lo cual hace que sea poco conocida en el municipio analizado.

“¿MDMA? ¿Qué es eso? (Adulto 45 años).

Es por esto que esta, no se encuentre dentro del imaginario social sobre la problemática de las drogas del Real Sitio, no apareciendo en las narrativas recogidas en el vecindario sobre este consumo.

“Pastillas... pero... ¿eso se consume?”. (Adulto 38 años).

A pesar de estos datos, no podemos olvidar cómo su uso está algo extendido a nivel europeo, lo cual nos hace preguntarnos: ¿qué caracteriza el uso de esta droga tan globalizada, para que su consumo presente prevalencias tan bajas?

Según Álvarez y Gamella (1998), esta sustancia ha evolucionado de ser un producto con una fuerte carga simbólica (espiritual, terapéutica y/o contracultural) a una de uso "masivo", especialmente desde que se vinculó con el contexto del ocio nocturno electrónico. Esta inicial contextualización contribuyó a mantener prevalencias de uso relativamente bajas. Sin embargo, en tiempos recientes, se ha diversificado y ha ingresado en otros espacios de ocio como festivales y conciertos.

"Eso ahora se ve en las fiestas, fin de año, para salir a una RAVE⁴². ¡Flipas mucho con el M como para estar todo el día dándole!". (Joven 23 años).

Esta vinculación pretérita entre un "estilo de vida dance" y la MDMA, es lo que sustenta gran parte de los discursos recogidos en el Real Sitio sobre la problemática vinculada a su consumo.

"Entiendo el consumo de M, pero en las fiestas electrónica y tal... Aquí no verás que nadie se ponga de esta droga fuera de ahí". (Joven 19 años).

Estas narrativas revelan que incluso las personas que consumen esta sustancia en el Real Sitio lo hacen exclusivamente en contextos festivos y recreativos. Esta situación genera resistencia hacia su uso en otros espacios, con diferentes motivaciones, expectativas, etc.

"Si, se consume... ¡Pero muy poco! Es cosa de las fiestas y de días señalados". (Joven 23 años).

El consumo de esta droga, que generalmente se centra en contextos de ocio nocturno, genera un fenómeno que se observó al consultar sobre otras sustancias al vecindario: existe un mayor conocimiento tanto de los patrones de consumo como de las posibles problemáticas asociadas a ella, dependiendo de la edad y del tiempo que se permanece en este tipo de espacios.

"La conozco desde que empecé a salir y conocer las fiestas de electrónica". (Joven 25 años).

El municipio analizado ha evidenciado una percepción muy estigmatizada del uso de esta sustancia en toda la población. Esta, sorprendentemente, se mantiene incluso en aquellas personas que la utilizan de manera habitual, siendo este el motivo por el que, a la hora verbalizar las pautas de consumo, el vecindario lo hace desde una perspectiva negativa.

"Yo tomo, pero me cuido, no como los yonkis de siempre. (Joven 18 años).

Un ejemplo de lo anterior se encuentra en la siguiente cita, donde podemos observar claramente el peso del estigma relacionado con el consumo de MDMA, basado en la percepción predominante del "problema de la droga".

⁴² Concentración vinculada al ocio de aficionados a la música house/disco/techno, que generalmente se celebra sin autorización en diversidad de contextos. La actividad no sólo se centra en el baile, consumo de drogas, etc. sino en diversas actividades organizadas durante la duración del evento.

“Pues lo de siempre Diego. Sí se sabe que se consume... Policía, multas y cárcel. ¡No sea que pase como con la heroína!” (Sanitario 50 años).

Por lo tanto, la percepción del riesgo en el Real Sitio asociada al consumo de MDMA es baja debido a varios factores: el consumo ocurre principalmente en contextos de música electrónica, los cuales son casi inexistentes en la zona; se utiliza en festividades y eventos puntuales como las fiestas patronales, el carnaval, etc., donde hay una gran permisividad; y existe un fuerte estigma asociado a su uso.

Situación actual:

Siguiendo la misma línea que refleja la percepción del vecindario, nuestro trabajo de campo nos lleva a concluir que el uso de MDMA en el Real Sitio de San Ildefonso es tan poco común que a menudo la propia sustancia y sus efectos son desconocidos.

“¿Eso se consume en el pueblo, Diego? Yo pensaba que era de sitios más modernos”. (Adulto 35 años).

Esta situación lleva regularmente a la población a expresar discursivamente la idea de que tanto el consumo como las problemáticas relacionadas con el uso de esta sustancia son inexistentes, excepto entre personas vinculadas al ocio nocturno y/o de menor edad.

“La primera vez que tomé M... Fue en una fiesta. Todo el mundo estaba bailando y uno de mis colegas me dio... Dijo que con eso bailarían más y me pondría cariñoso... ¡Lo flipé bastante!”. (Joven 27 años).

Las narrativas de estas personas, al no estar basadas en el desconocimiento ni en el imaginario exagerado ofrecido por "el problema de la droga", empiezan a considerarse como divertidas y relativamente seguras.

“¡Sí, yo solo tomo cuando voy de festival y en las fiestas! No soy un yonki... Ni estoy como los putos cocainómanos todo el día en el baño”. (Joven 28 años).

“Bueno, las pastillas y el MDMA es cosa de jóvenes y, sobre todo, no es la heroína”. (Adulto 35 años).

Esto presenta un proceso de disonancia entre la realidad de consumo vivida por estas personas y los postulados sustentados en el miedo al daño del modelo prohibicionista, generando una falsa sensación de control por quienes auto validan con su experiencia la imposibilidad de desarrollar algún riesgo vinculado a su consumo.

“Sólo en las fiestas, con amigos y algún día especial Diego. No pasa nada con la cantidad, ya que sé que si es así, no pasa nada”. (Joven 20 años).

En este sentido, resulta evidente la percepción relativamente benigna de este tipo de consumo la cual emana de la ruptura con la imagen generalizada de la persona consumidora de drogas: alguien que ha perdido o no tiene capacidad adquisitiva, que reitera el consumo sin preocuparse por su salud, etc.

Esto posibilita no sólo que no se rechace el consumo en estos contextos, sino que sea algo instaurado como rasgo identitario de este tipo de personas.

Otra de las características más destacadas a nivel discursivo relacionadas directamente con los efectos percibidos por quienes consumen MDMA, es su carácter empatógeno y entactógeno, propiedades que potencian la vinculación de esta sustancia con los espacios de ocio.

“El M mola. Cuando sales de marcha quieres hablar con la gente, pasártelo bien, que todo esté de buen rollo... Y esta droga hace que todo sea súper guay”. (Joven 24 años).

Menos frecuente, aunque también presente en los discursos recogidos en el Real Sitio, es la vinculación entre el uso de esta sustancia y las relaciones sexuales.

“Yo no sé qué pasa tío... pero te pones de M y te pones cachondísimo. En los festivales es súper normal que folles”. (Joven 24 años).

Uno de los usos más extendidos de esta sustancia es consumirla en entornos altamente eróticos y/o de gran apertura sexual. En el Real Sitio, al menos en el ámbito público, este tipo de consumo no se observa, aunque se hacen referencias en los discursos del vecindario al papel de la MDMA como facilitador de relaciones sexuales.

“Sí, bueno... no es que haya mucho. Pero sí se ve... Sobre todo, en días muy concretos como fiestas, cuando vamos a [], algunas veces que vamos de fiesta a []. ¡Pero no es algo diario!”. (Joven 24 años).

Como sucedía en el caso de la cocaína, la relación de la MDMA con espacios concretos de fiesta y sus propios efectos, propician que su uso quede reducido a lugares donde prima la sociabilidad, estigmatizando otro tipo de posibilidades.

¿Qué voy a hacer tomando éxtasis en mi casa? ¡Quieres que me vuelva loco! (Joven 25 años).

“¿Tomar éxtasis fuera de la fiesta o solo? ¡Quién hace esa locura! (Joven 24 años).

En la actualidad, en el Real Sitio de San Ildefonso, la MDMA se encuentra principalmente en dos formatos: pastillas y cristales. Sin embargo, las pastillas están siendo cada vez menos utilizadas debido a un proceso de estigmatización y a la percepción de ser más peligrosas que el cristal

Diego: *¿Vendes mucho MDMA en el pueblo?*

Entrevistado: *“Sí, sí que vendo... Pero no mucho. Es una droga con la que la gente flipa mucho. Además, suele ser para bailar y alucinar... y eso para un fin de semana. Como que no...”*

Diego: *Y... ¿en qué formato la vendes?*

Entrevistado: *Pues casi siempre en cristal...*

Diego: *¿Ya no se venden pastis?*

Entrevistado: *La gente, cada vez las quiere menos. Me dicen que el cristal... como que tiene menos mierda química.*

(Entrevista a vendedor).



Figura 63. Imagen de MDMA en cristal. Fuente: Cannabis Magazine.

La percepción manejada por los usuarios respecto a la menor lesividad del MDMA en cristal es infundada, tal y como comentan desde Energy Control.

Diego: *¿Es cierto que es más peligroso el uso de pastillas que de MDMA en cristal?*

Entrevistado: *Pues el cristal y el MDMA, es lo mismo. Sólo que la segunda forma de presentarlo contiene excipientes, colorantes, aglomerantes y algunas... un lacado para evitar que se rompan. Pero, realmente, la sustancia es la misma. El proceso es el mismo y, el peligro, está en si viene adulterada y en la pureza. Por eso recomendamos que se analicen las dos formas.*

Diego: *Vaya... No pensaba eso.*

Entrevistado: *Fíjate... Por cómo se consume en la actualidad, considero que es más peligroso el M que las pastillas. Estas primeras, recomendamos que se analicen para ver su contenido, calidad, etc. Esto mismo deberían de hacer con el cristal, pero además cambiar pautas de consumo peligrosas.*

Diego: *¿Cómo por ejemplo?*

Entrevistado: *Pues no esnifrarlas, no consumirlas chupando con el dedo, tener cuidado con las mucosas de la boca, etc....*

Diego: *Y... ¿por qué se piensa así?*

Entrevistado: *Yo creo que las pastillas están relacionadas con un ambiente que ahora no mola. Los medios y cómo vinculan las pastillas con el usuario de drogas malo, se nota en el cambio de pauta de consumo.*

(Profesional de Energy Control).

Que los consumidores del Real Sitio piensen que el uso de MDMA en cristal es menos lesivo que en pastillas, institucionaliza unas prácticas sustentadas en percepciones sobre lo saludable erróneas.

“Yo antes consumía pastillas... Pero ahora, como que el cristal es más limpio... pues cristal. No tiene tanta química”. (Joven 27 años).

Comentarios como el anterior demuestran el peligro de considerar que ciertos consumos son menos peligrosos basándose únicamente en el sentido común. Esta percepción no solo es incorrecta, sino que también fomenta una sensación de seguridad que en realidad representa un riesgo en sí misma.

Por tanto, este informe técnico, recomienda desarrollar estrategias de reducción de riesgos que abarquen no solo el consumo de MDMA, sino también los diferentes formatos en los que se presenta.

Sugerencias vecinales:

Las recomendaciones de intervención vecinales respecto al consumo de MDMA, al proceder de la percepción que la población tiene sobre la problemática municipal de esta sustancia, fueron escasas.

“¿Actividades relacionadas con el MDMA? ¿Pero eso se consume aquí?”. (Sanitario 45 años).

Las personas que no están familiarizadas con la problemática ni son conscientes del consumo de MDMA no expresan la necesidad de intervención. Esta situación cambia cuando el investigador vuelve a preguntar o explica un fenómeno que es bastante desconocido.

Diego: *¿Sabes si se consume MDMA en el pueblo?*

Entrevistado: *Que va... ¡Nada de nada!*

Diego: *¿Seguro? Es eso de las pastillas...*

Entrevistado: *¡Sí! Es verdad... Lo veo mucho. ¡Tienen que multar a toda esta gente!*

(Entrevista adulto 40 años).

En este caso, la mayoría del vecindario sí solicitó intervenciones basadas en enfoques represivos y punitivos, que derivan del modelo prohibicionista conocido como "el problema de la droga". Sin embargo, no debemos olvidar que una parte de la población del municipio, particularmente los jóvenes y aquellos involucrados en el ocio nocturno, sí están conscientes del consumo de MDMA en la comunidad, y son ellos quienes principalmente demandan intervenciones.

“Hay a algunos que se les puede ir algo de las manos... Pero no es lo más habitual. No es algo que estemos haciendo a todas horas como los farloperos. Esto se controla más. Yo creo que lo que necesita la gente es información y más posibilidades de ocio”. (Joven 24 años).

Aquellas personas que están familiarizadas con el fenómeno están solicitando intervenciones que se centren en proporcionar información sobre la sustancia de manera no estigmatizadora, así como en ofrecer estrategias para minimizar los riesgos asociados a su consumo.

“Igual, enseñar a la gente a no ponerse todos los días, vendría bien”. (Joven 25 años).

Para concluir esta sección, deseamos destacar que no hay una utilización inconsciente de la problemática del consumo de MDMA en el Real Sitio, como sí ocurre con otras sustancias como la heroína. La falta de visibilidad y el desconocimiento hacen que la población del Real Sitio no describa su consumo en términos negativos, lo que evita su asociación discursiva con otros problemas como el desempleo o el deterioro de infraestructuras.

Acciones a llevar a cabo:

Como principal acción, proponemos la creación de un espacio de referencia e información dedicado no solo a la MDMA, sino también a las adicciones en general. Este espacio será coordinado por un especialista en la materia y estará disponible para toda la comunidad. El objetivo es proporcionar información veraz sobre este fenómeno, alejándonos de estereotipos falsos. Con esta medida, buscamos mitigar los riesgos asociados al consumo de la sustancia y reducir el desconocimiento que prevalece en la mayoría del vecindario. De esta manera, evitaremos prácticas que, en lugar de ayudar, estigmatizan, marginan, invisibilizan y excluyen a aquellos que consumen.

Los mensajes estereotipados sobre las drogas, basados en su peligrosidad o maldad, no resuenan entre los jóvenes porque su relación con las sustancias es diferente a la vivida por sus referentes adultos o a la que se presenta en términos extremadamente peligrosos por los servicios de asistencia convencionales. Los jóvenes que han crecido en entornos donde las drogas son parte de la vida cotidiana, que las han visto utilizarse y quizás las han experimentado personalmente, no se identifican con discursos exageradamente alarmistas sobre ellas, ya que su propia experiencia contradice ese discurso. Por lo tanto, la información que se les brinde debe estar en sintonía con su experiencia real y no con un marco irreal basado en posturas prohibicionistas del pasado.

De manera específica con relación a la MDMA, en el Real Sitio se prefiere el consumo de esta sustancia en forma de cristal y no de comprimidos. Por este motivo, proponemos realizar campañas de información sobre los posibles riesgos del consumo en ambos formatos, así como la facilitación de materiales de reducción de riesgos específicos para personas consumidoras del primero de ellos.



Figura 64. Imagen de material de reducción de riesgos específico para el consumo de MDMA en cristal. Fuente: Energy Control.

Antes de concluir, es importante recordar que algunas personas que consumen MDMA, debido a los efectos empáticos de la sustancia, pueden involucrarse en relaciones sexuales de mayor riesgo. Por lo tanto, la implementación de acciones formativas sobre educación sexual se presenta como el complemento ideal a las propuestas realizadas en este apartado.

SPEED.

Introducción:

Su origen se remonta a 1887, cuando un químico rumano la sintetizó por primera vez a partir de la efedrina, un compuesto químico de origen vegetal. En España, el sulfato de anfetamina pertenece a la familia de las fenetilaminas y es conocido como Speed. Además de sus propiedades terapéuticas como supresor del apetito, se utiliza en el tratamiento de la narcolepsia y del trastorno por déficit de atención. También se usa en entornos de ocio debido a su potente efecto estimulante, lo que influyó significativamente en su nombre social, ya que el aumento de energía provocado por su consumo a menudo se identifica como velocidad. Se presenta principalmente en forma de polvo blanco u otros colores, aunque también puede encontrarse en forma de pasta, pastillas o cápsulas.



Figura 65. Speed en formato polvo. Fuente: Cannabis Magazine.

La forma de consumo es, habitualmente, esnifada por la nariz, deglutida en forma de “bombetas”⁴³ y, aunque suele ser una vía mucho menos generalizada, fumada e intravenosa. El uso regular puede causar problemas como aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, insomnio, convulsiones, brotes psicóticos, e infartos, entre otros.

Algunas estrategias clave para reducir los riesgos asociados con su consumo incluyen: utilizar dosis bajas en comparación con otros estimulantes, asegurarse de que esté bien seco para eliminar los disolventes utilizados en su síntesis, y no usar el olor o sabor como indicadores de calidad, ya que no están relacionados con sus efectos.

Datos España y Castilla- León:

La encuesta EDADES 2022 no incluye preguntas específicas sobre esta droga en particular, sino sobre las anfetaminas en general. Según los datos presentados en este estudio, la prevalencia del consumo de estas sustancias, reportada como "alguna vez en la vida", ha aumentado del 4,3% registrado en 2020 al 4,6% en el último estudio. Este dato marca el mayor nivel de consumo de Speed desde que se iniciaron este tipo de estudios en España.



Figura 66. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de anfetaminas (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en población de 15-64 años. España 1995-2022. Fuente: EDADES 2022

No obstante, el consumo para los períodos de "los últimos 12 meses" y "los últimos 30 días" se han mantenido estables, con un 0,6% y un 0,2%, respectivamente. Estos resultados indican que esta sustancia, al igual que la MDMA, es una de las preferidas para realizar consumos experimentales.

⁴³ Las “bombetas”, “bombas” o “bombitas” es la forma coloquial de llamar al modo de preparación de ciertas sustancias para ser consumidas por vía oral. Estas son depositadas dentro de un papel de fumar, el cual se arruga formando una bolsita, permitiendo de ese modo controlar, no solo la cantidad de cada dosis sino el número de estas.

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 20,1, dato inferior al resultado obtenido en el anterior EDADES. En relación con el sexo y la edad, su uso está más vinculado a los hombres, siendo el tramo circunscrito entre los 35-44 años el que acumula mayor cantidad de población consumidora.

Por su lado, ESTUDES 2021, presenta los datos sobre esta sustancia en un apartado llamado “*anfetaminas o Speed*”.

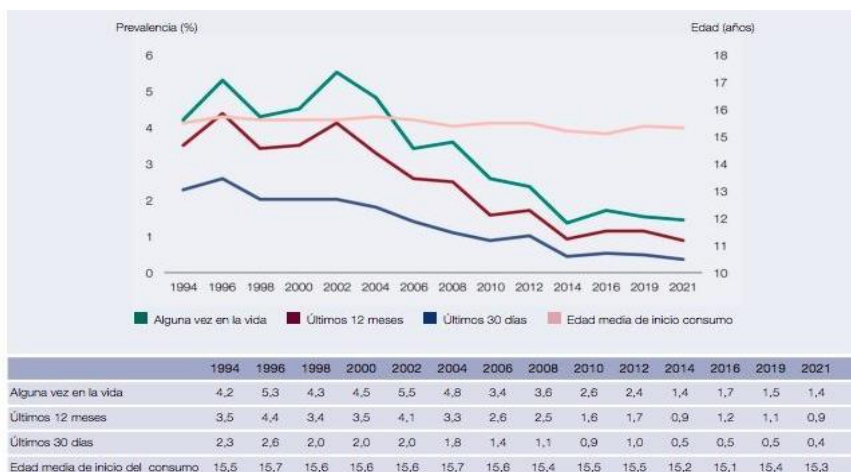


Figura 67. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de anfetaminas (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanza Secundarias de 14-18 años. España 1994-2021.

Fuente: ESTUDES 2021

La prevalencia de consumo alcanzó su máximo histórico en el año 2002, cuando el porcentaje de estudiantes que manifestaba tomar esta sustancia fue de un 5,5%. Actualmente, su uso se ha reducido notablemente, presentando una prevalencia del 1,4% de estudiantes que respondieron de manera afirmativa a la pregunta de “*¿has consumido anfetamina alguna vez en tu vida?*”

El primer consumo, por término medio, suele producirse pasados los 15,3 años. Edad ligeramente inferior a la reflejada en 2019. El 1% de los alumnos encuestados refieren haber probado la sustancia alguna vez en su vida, porcentaje que se acrecienta con el incremento de la edad.

Si nos centramos en los datos obtenidos por la anterior encuesta centrados en Castilla y León, observamos un consumo mayor en esta autonomía que el presentado a nivel nacional.

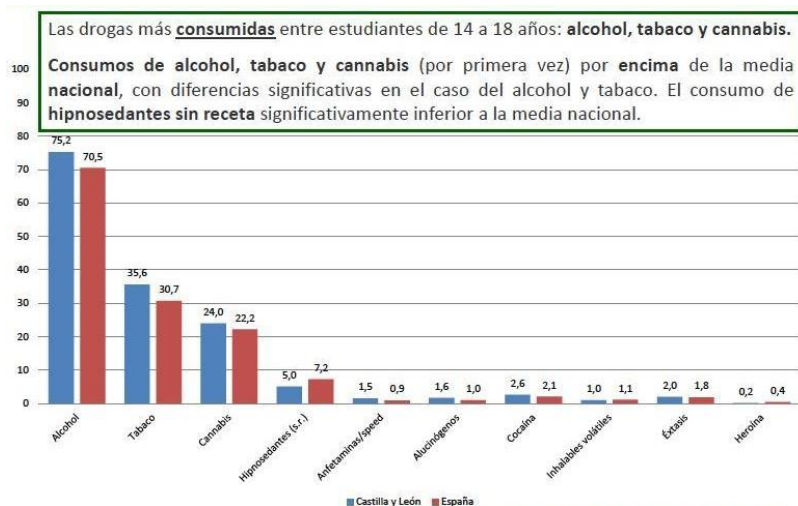


Figura 68. Gráfico de proporción de consumidores de drogas en el último año (%). España y Castilla y León 2021. Fuente: ESTUDES 2021

El Speed ocupa el octavo lugar entre las drogas más consumidas en Castilla y León. Esta posición no solo contribuye al desconocimiento generalizado entre la población, sino que también genera dinámicas de invisibilización y percepciones de riesgo bajas asociadas a ella.



Figura 69. Gráfico y tabla de evaluación de la prevalencia de consumo de Anfetaminas, Éxtasis, Alucinógenos y Heroína. Castilla y León 2021. Fuente: ESTUDES 2021

El consumo de esta droga en la comunidad autónoma citada ha aumentado un 0,3% en comparación con el ESTUDES 2021 anterior. Solo un 1,5% de los estudiantes de 14-18 años reportan haber consumido anfetaminas en el último año, cifra ligeramente superior a la media nacional que es del 0,9% para el mismo grupo de edad y periodo de tiempo.

Respecto a los datos ofrecidos por el EDADES 2022 para Castilla y León, en cuanto al consumo de Speed, las prevalencias de uso en los últimos 12 meses varían respecto a las nacionales (0,4% y 0,8%).

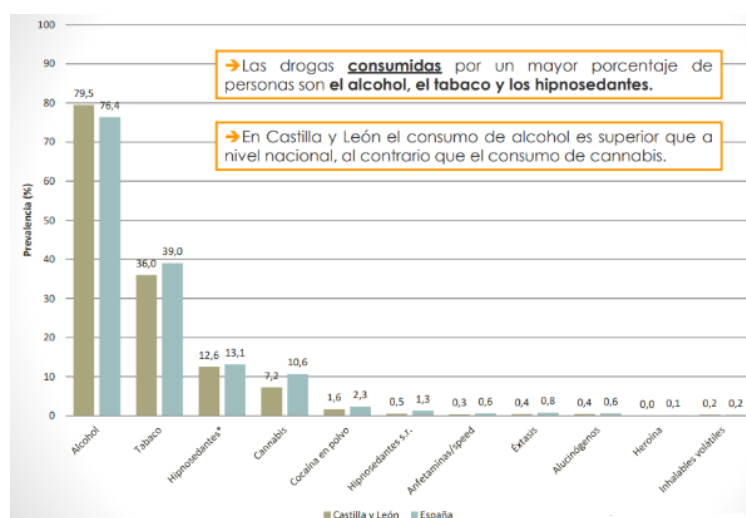


Figura 69. Gráfico de proporción de personas consumidoras de drogas últimos 12 meses (%). España y Castilla y León 2021. Fuente: EDADES 2022

El consumo de anfetaminas muestra una tendencia relativamente estable en Castilla y León en los últimos 12 meses, con un incremento del 0,4% según la última encuesta publicada. Un 1,1% de la población de 15 a 34 años respondió afirmativamente a la pregunta "¿has consumido anfetamina en los últimos 12 meses?" en Castilla y León. Estos datos reflejan una preferencia por el uso de esta sustancia entre la población más joven, en comparación con el 0,7% de aquellos de 35 a 64 años.

Percepción vecindario:

Aunque nuestro análisis se centró específicamente en el Speed, debido al desconocimiento de muchos de nuestros informantes sobre que esta sustancia pertenece a la familia de las anfetaminas, nos permitimos relacionar nuestros datos con los proporcionados por las dos encuestas estatales mencionadas anteriormente. Como hemos discutido en secciones anteriores, estas encuestas agrupan bajo el término "anfetaminas" a más sustancias que la que estudiamos en el Real Sitio.

“¿Anfetaminas? ¿Eso se consume en el pueblo? (Speed le digo). ¡Ahh sí, eso sí! Lo otro no sé ni lo que es”. (Adulto 45 años).

Así pues, según nuestro trabajo de campo, el municipio analizado presenta tendencias de consumo de Speed pequeñas, fenómeno similar al presentado tanto en ESTUDES como en EDADES.

“¿Eso se toma en el pueblo? Pues, la verdad, es que conozco poca gente”. (Joven 24 años).

Como hemos observado en citas anteriores, no solo existe desconocimiento sobre el consumo de la sustancia que es el foco de este apartado, sino también sobre su origen. Este hecho no solo evidencia el gran desconocimiento en el Real Sitio sobre esta familia de drogas, sino también la escasa incidencia que tienen en él.

Diego: *¿Cuántas sustancias conoces que se esnifen?*

Entrevistado: *¿Sustancias que se puedan esnifar que conozca?... Cocaína... creo que nada más...*

Diego: *Se te olvidaba la anfetamina... vamos... ¡el Speed!*

Entrevistado: *¿Eso es anfetamina? Yo pensaba que era cocaína de pobres.*

(Hostelero 46 años).

Esta falta de conocimiento justifica por qué esta sustancia no se percibe como problemática en el Real Sitio, y es la razón por la cual la mayoría de los discursos recogidos no solicitan ningún tipo de intervención relacionada con ella.

De manera similar al fenómeno ya mencionado para otras sustancias en este informe, aquellos que están conscientes de su existencia suelen ser personas más jóvenes y/o vinculadas al ocio nocturno.

“Claro que lo conozco. No hay mucha gente que lo consuma, pero a veces sí que se ve en el pueblo. Yo un par de veces me he puesto de ello...”. (Joven 25 años).

El Speed está vinculado al ámbito recreativo a los grupos antes citados y a ciertos estilos musicales, debido a su bajo precio y efecto estimulante.

“Yo conozco poca gente que lo use, pero sé qué lo hacen para buscar aguantar más y porque la cocaína es muy cara”. (Joven 22 años).

Su bajo valor, lejos de lo esperable en el municipio analizado, no propicia que el uso sea generalizado en el municipio analizado.

“¿Cómo voy a consumir Speed de ese guarro? ¡Eso es de niños sin dinero y de punkis costras que no se lavan! (Adulto 49 años).

En nuestro contexto de trabajo, existe una percepción muy estigmatizada del uso de esta sustancia, incluso en aquellas personas conocedoras de sus dinámicas de uso.

“El Speed no es de marginales... De esos que terminaron siendo yonkis...”. (Adulto 50 años).

La fuerte estigmatización del Speed y de quienes lo usan, por la asociación de la sustancia con movimientos contraculturales como el punk en el imaginario social del municipio, es en una preferencia limitada por este estimulante en comparación con otras sustancias con efectos similares.

“La coca la toma la gente para aguantar más... El Speed lo hacen los punkis y luego se pegan por esto”. (Joven 19 años).

De manera similar a lo observado con otras drogas poco consumidas en el Real Sitio, cuando se menciona el Speed en las interacciones con el personal investigador, tanto la percepción como las demandas relacionadas con él reflejan el modelo prohibicionista del "problema de la droga".

“Si es verdad que se consume esta droga, la Guardia Civil tendrá que hacer algo, ¿no? Esto es muy, muy serio”. (Trabajador de lo social 45 años).

Situación actual:

El Real Sitio de San Ildefonso presenta un ínfimo consumo de Speed entre su población.

“En el pueblo se consume lo que en todos los sitios ¿No? Cocaína, porros, mucho alcohol... Pero nada fuera de lo común”. (Adulto 45 años).

Esta situación genera, a nivel discursivo, la inexistencia de referencias a esta sustancia, de problemáticas vinculadas a ella, así como la falta de demandas de intervención.

“¿Dices que aquí, en el pueblo, se consume Speed? ¿Seguro?”. (Adulto 40 años).

De todas las personas observadas/entrevistadas, el porcentaje que conocía esta droga y/o a alguien que la consumiera de manera habitual fue reducido.

“Yo sí conozco alguien que se pone de Speed, pero es muy raro que eso se haga de manera habitual en el pueblo”. (Joven 24 años).

“¿Que si conozco a alguien que tome Speed?... déjame pensar... ¡Sí, uno!”. (Adulto 35 años).

Esto cambia en las narrativas recogidas cuando la persona entrevistada/observada es joven, está vinculada al ocio nocturno y/o pertenece a la población joven del municipio.

“Sí que conozco gente que lo ha tomado. Pero ahora no sé de conocer alguno”. (Joven 27 años).

Cuando, durante el trabajo de campo, se preguntó directamente sobre la propia sustancia, la persona consultada recurrió al modelo hegemónico de explicación sobre drogas imperante en España para describir una situación problemática y solicitar intervenciones centradas en medidas represivas.

“¿Se consume Speed en el pueblo? Eso es malísimo... Espero que el ayuntamiento haga algo”. (Joven 24 años).

Como hemos mencionado anteriormente, en el imaginario del Real Sitio, la cocaína se percibe como una sustancia menos estigmatizada que la heroína, en parte debido a su desvinculación del estereotipo de consumidor yonki.

“La coca es como... menos de yonki... Sin agujas ni nada”. (Adulto 45 años).

Su consumo, rápidamente, se vinculó a las clases pudientes dado su alto precio y los efectos buscados con su consumo: dilatar jornadas de trabajo, reducir el apetito, aguantar más de fiesta.

“La coca me hace estar bien. Estar enfocado”. (Adulto 35 años).

Dentro de los contextos generales de consumo de drogas, el Speed aparece como droga similar a la cocaína en cuanto a efectos provocados y forma de consumo.

“Sí, yo consumo Speed... me sirve para estar toda la noche por ahí”. (Joven 24 años).

Aunque, rápidamente, sufrió gran estigmatización provocada por dos variables diferenciadas.

“Yo recuerdo cuando se empezó a hablar del Speed hace años. La gente que no tenía dinero para pillar coca o que no lo quería hacer porque no era como los de corbata que se metían de esto a kilos, empezó a tomar Speed”. (Adulto 47 años).

Su bajo precio y vinculación a ciertos colectivos (jóvenes y movimiento punk) cuya capacidad adquisitiva es limitada, generaron una identificación entre lo que estos representan y la sustancia.

“Yo he ido a muchos conciertos cuando era joven y ya sabes... Para aguantar era más fácil gastarse poco que mucho dinero. El Speed te daba eso”. (Adulto 49 años).

El Speed, en contraste con los primeros consumidores de cocaína (yuppies), fue adoptado por el movimiento punk en España como una metáfora de la lucha social contra las clases dominantes. Esta situación generó estigma no solo en relación con su consumo, sino también hacia quienes lo hacen. Esta dinámica fue claramente observada en los discursos recogidos en nuestro contexto de estudio.

“Algo tan barato... ¡Con qué lo harán! Además... Cuando lo he probado... como que no... que no me ha sentado bien. Yo con mi coca controlo”. (Adulto 43 años).

Socialmente, lo que tiene un precio más elevado tiende a ser percibido como de mayor calidad en comparación con lo que no lo tiene. Esto siempre se da en el contexto de una sociedad capitalista donde el consumo de productos más costosos otorga prestigio a quienes pueden acceder a ellos.

“Eso del Speed guarro es una puta mierda. Te vuelve loco...”. (Adulto 45 años).

Estas percepciones, junto al uso de la coca como facilitador de la permanencia el mayor tiempo posible en los espacios de ocio consumiendo alcohol, propicia que esta última droga sea de las más utilizadas en detrimento de otras similares como es el caso del Speed.

“Eso es para gente que no tiene pasta... Rojos de mierda... es la cocaína de los pobres”. (Adulto 39 años).

En cuanto a los consumos más normalizados y/o recurrentes de esta droga, se encuentran centralizados en la población más joven del pueblo y/o vinculada al ocio nocturno

“No es todos los fines de semana. Pero sí, de mi grupo de amigos hay algunos que consumen Speed. Es más barato que la cocaína y eso hace que para aguantar esté bien”. (Joven 23 años).

A pesar de esto, los usos son minoritarios dentro del Real Sitio debido a que la percepción mencionada anteriormente conduce tanto a la invisibilización de quienes la consumen como a la presencia de grandes obstáculos para que el consumo se establezca entre la población, a pesar de su bajo precio en el mercado y su similitud de efectos con la cocaína.

“Si veo que es de coca, pues vale. Pero de Speed... ¡Luego la lían en el bar!”. (Hostelero 49 años).

A continuación, revisaremos y analizaremos las propuestas de intervención sugeridas por los residentes en relación con esta sustancia psicoactiva.

Sugerencias vecinales:

Durante el trabajo de campo realizado para esta investigación, no se encontraron sugerencias destacables por parte de la población del Real Sitio en relación con el consumo de Speed.

“¿Qué haría yo respecto al Speed en el pueblo? ¿Pero eso se consume aquí?”. (Trabajador de lo social 43 años).

Esto se debió, en gran parte, al desconocimiento e invisibilización tanto de la sustancia, su uso y las personas que la consumen. Es por esto que el Speed en este contexto, pasa desapercibido para la gran mayoría de la población.

“¿Hay de eso en el pueblo?... yo pensaba que eran cosas de Madrid y sitios así... ¡Por eso no pensé que se necesitaría hacer algo con este tipo de consumo!”. (Sanitario 39 años).

Al igual que con otras drogas desconocidas en el pueblo, solo cuando el investigador pregunta directamente por la sustancia en sus interacciones con el vecindario del Real Sitio, estos expresan demandas en sus discursos.

Diego: *El Speed también se consume en el pueblo... Sobre todo, en contextos de ocio para los más jóvenes y para gente vinculada con cierto tipo de música.*

Entrevistado: *¡Sí! ¿Y lo sabe la Guardia Civil? Hay que ver que esto no se nos vaya de las manos.*

(Entrevista adulto 39 años).

Las demandas fueron, en su mayoría, genéricas y se centraron en acciones represivas o legales, influenciadas por la percepción de las drogas como un problema. Estas acciones no solo no reflejan la realidad del municipio, sino que también ignoran y ocultan los consumos esporádicos o experimentales de esta droga.

“Yo consumo de vez en cuando. Pero si es de Speed... ¡al otro día unas resacas!”. (Joven 23 años).

A pesar de la situación recién mencionada, tanto el consumo minoritario de esta sustancia como las personas que lo llevan a cabo pueden ocasionar diversas problemáticas

“A mí no me engañan. Ya sé si es bueno o malo por el olor...”. (Adulto 40 años).

Este fenómeno subraya la necesidad de implementar una serie de acciones específicas relacionadas con esta sustancia, las cuales serán explicadas en el siguiente apartado.

Acciones a llevar a cabo:

Según la información obtenida sobre el consumo de Speed en el Real Sitio de San Ildefonso, las peticiones concretas de intervención fueron prácticamente inexistentes.

“Creo que esta droga se consume poco en el pueblo, con lo que no creo que haya que hacer nada relacionado con ella”. (Joven 23 años).

Sin embargo, como mencionamos anteriormente, cuando el investigador informaba sobre la existencia de esta sustancia, las personas consultadas solicitaban intervenciones centradas en medidas represivas o penales.

“¿En serio se consume Speed? Pues espero que las autoridades competentes intervengan en ello para acabar con este problema”. (Joven 23 años).

Es conveniente reflejar que, a pesar del bajo número de personas consumidoras de esta droga en el Real Sitio, la analogía de uso entre ella y la cocaína evidencia un riesgo sobre el que intervenir.

“Cuando no hay coca, me pongo de Speed. Es igual, pero me acelero mucho más”. (Adulto 40 años).

Consumir Speed siguiendo pautas similares a las de la cocaína puede acarrear varios problemas, ya que, entre otras razones, su capacidad estimulante no es equivalente, lo que podría llevar a necesitar menos cantidad de Speed para lograr efectos similares.

“Mucha gente consume Speed como si fuera cocaína y eso es un peligro. Las dos son estimulantes, pero una tiene un efecto mucho más fuerte. Con lo que, para aquellos que quieren tomarlo y van a seguir haciéndolo, recomendamos que tomen mucha menos cantidad. Además, el tiempo de duración del efecto es mucho más largo, con lo que estar continuamente en el baño esnifando, es un peligro”. (Energy Control).

La situación que hemos descrito subraya una vez más la necesidad de establecer un espacio de referencia e información sobre drogas, coordinado por un experto alejado de enfoques tradicionales relacionados con este fenómeno. Este espacio proporcionará información objetiva sobre la sustancia para reducir el estigma asociado tanto a la droga como a quienes la consumen. Además, se ofrecerán técnicas para minimizar los riesgos potenciales asociados con su uso, así como asesoramiento para diversos grupos en el Real Sitio.

“¿No hay que consumir el Speed como la coca? Pues no tenía ni idea...”. (Adulto 39 años).

“¿Dices que hay que picar bien el Speed antes de consumirlo? No tenía ni idea... La verdad es que, para dos veces al año, no me fijo en eso. Claro, que así me sangra la nariz esos días”. (Joven 24 años).

Estas pautas de consumo destacan la necesidad de varios tipos de intervención, como proporcionar información sobre ambas drogas para entender sus diferencias y abordar los riesgos asociados con su uso. Este cambio en la comprensión de las adicciones deberá integrarse en todos los ámbitos de trabajo del municipio.

POPPERS.

Introducción:

Los Poppers son un conjunto de compuestos nitrogenados que se encuentran en frascos pequeños con una sustancia líquida que se vaporiza rápidamente al contacto con la temperatura ambiente, inhalándose para obtener ciertos efectos. Thomas Brunton fue el primero en utilizar estas sustancias con fines médicos, descubriendo que podían aliviar el dolor de la angina de pecho al dilatar las arterias y mejorar la circulación en el músculo cardíaco de los pacientes.

Su inhalación provoca relajación del tejido muscular liso, aumento del ritmo cardíaco, disminución de la presión arterial, entre otros efectos. Estas sensaciones, que duran unos pocos minutos, incluyen calor, euforia, aumento de la libido, desinhibición y mayor sensibilidad en la piel, lo que a menudo lleva a su reutilización. Debido a que órganos como la vagina y el ano tienen una gran cantidad de este tipo de músculo, su uso es común en ciertos contextos y prácticas sexuales específicas. En entornos de ocio ligados a la música y el baile, algunas personas consumen Poppers por su capacidad para intensificar la percepción de sonidos y luces.



Figura 70. Imagen de botes de Poppers. Fuente: Popper Online.

A largo plazo, el uso repetido de Poppers sin estrategias de reducción de riesgos puede llevar a síncope y episodios de desoxigenación de la sangre. Además, existe el riesgo de ingestión accidental y la corrosión de la piel al contacto directo con la sustancia. Estos son los riesgos más comunes asociados con su consumo.

Datos España y Castilla- León:

El EDADES 2022 refleja prevalencias residuales para los inhalables volátiles, modo en que denominan en esta encuesta a los Poppers. En ninguno de los estudios realizados hasta el momento, se ha pasado del 1,1% de respuesta afirmativas ante la pregunta *¿has consumido Popper alguna vez en la vida?* Evolutivamente, se ha mantenido muy estable en los últimos años, situación que vemos reflejada en la siguiente tabla donde, en ninguno de los años que aparecen, las personas encuestadas que la han consumido en el último año superan el 0,2%.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2018	2020	2022
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4	0,4
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3
GHB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2

Figura 71. Tabla de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%). España 1995-2022 . Fuente: EDADES 2022

Su edad media de inicio en el consumo ha ido creciendo con los años, situándose en más de 19,5 años en la actualidad.

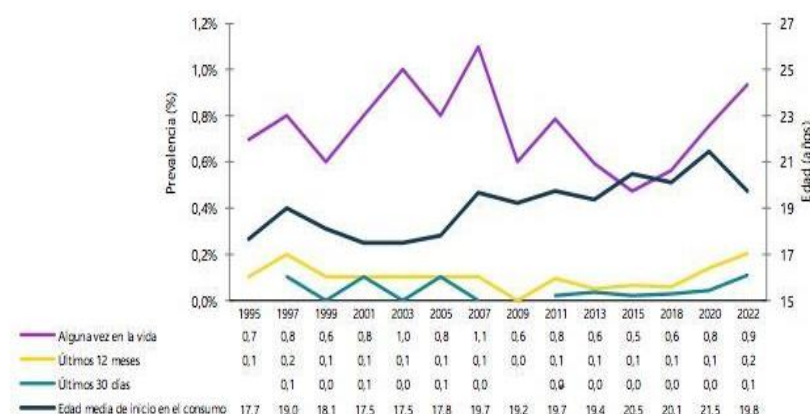


Figura 72. Gráfico y tabla de prevalencia de inhalables volátiles (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en la población de 15-64 años. España 1995-2022 . Fuente: EDADES 2022

Su uso muestra un estancamiento en todos los tramos de consumo sobre los que pregunta EDADES, salvo en aquellos que responden de manera afirmativa a la pregunta *“has consumido inhalables volátiles alguna vez en la vida”*. Fenómeno que, si bien está lejos de los datos de mayor prevalencia, evidencian un crecimiento respecto a las respuestas obtenidas en el año anterior.

Los datos del ESTUDES 2021 muestran que el consumo de sustancias como "colas", "pegamentos", "disolventes", "Poppers", "nitritos" o "gasolina" entre estudiantes de 14-18 años es residual. Sin embargo, el porcentaje de personas en este rango de edad que reportan haber usado estas sustancias alguna vez en la vida ha aumentado en comparación con años anteriores.

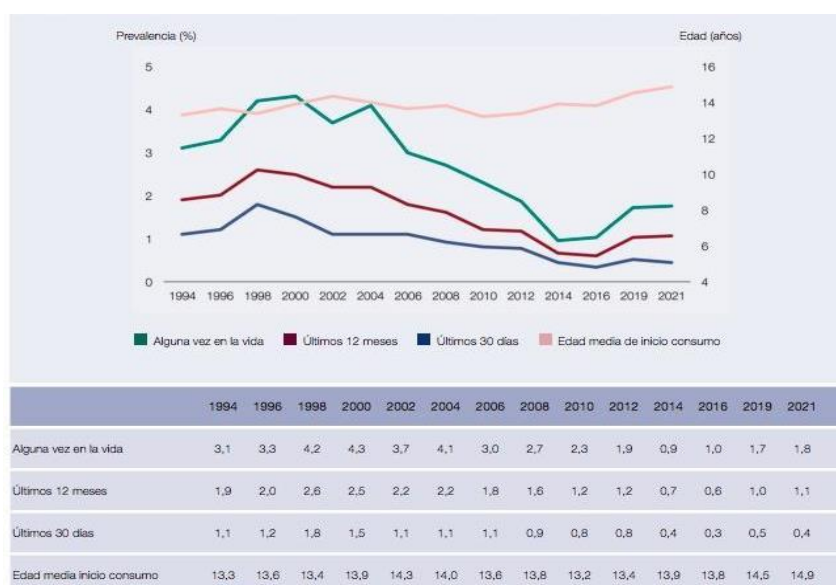


Figura 72. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de inhalables volátiles (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021

En el tramo temporal de “los últimos 12 meses”, también ha aumentado el consumo de estas sustancias, superando la barrera del 1%. Algo que no sucedía desde el año 2012, cuando se registró una prevalencia del 1,2%.

Los datos de la anterior encuesta de Castilla y León sobre a estas drogas muestran cierta estabilidad respecto a años anteriores. Aunque comparados con las prevalencias nacionales, estas son mayores.

	Sustancias volátiles		Heroína		Tranquilizantes sin receta	
	España	C y L	España	C y L	España	C y L
Alguna vez en la vida (%)	1,8	2,4	0,5	0,5	10,3	8,4
Últimos 12 meses (%)	1,1	1,0	0,4	0,2	7,2	5,0
Últimos 30 días (%)	0,4	0,2	0,2	0,1	3,6	2,3

Figura 73. Tabla de prevalencia de consumo de inhalables volátiles, heroína y tranquilizantes sin receta (%) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España y Castilla y León 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

El consumo de esta sustancia, según EDADES 2022 para Castilla y León, es prácticamente imperceptible, reflejando un resultado del 0,2% de uso en el último año. Dato similar al nacional.

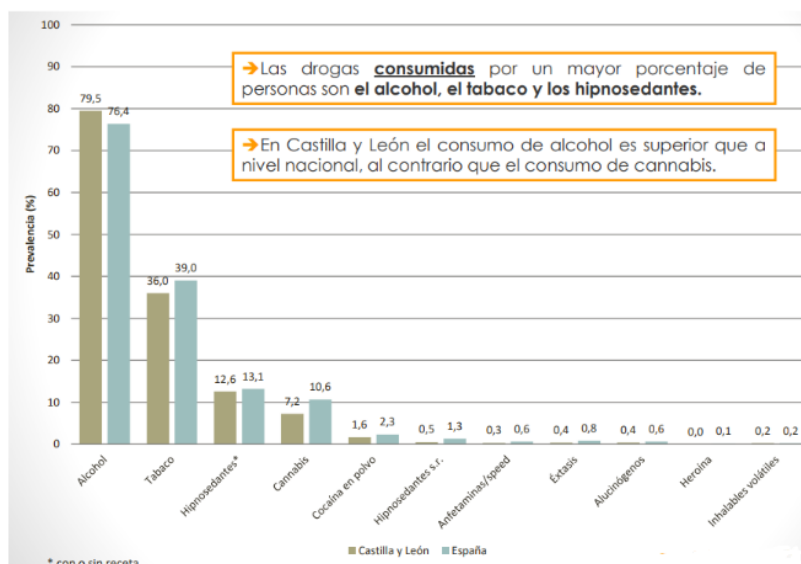


Figura 74. Gráfico y tabla de proporción de personas consumidoras de drogas últimos 12 meses (%). España y Castilla y León 1995-2022. Fuente: EDADES 2022.

Si analizamos la influencia del sexo en el uso de Castilla y León respecto a la sustancia analizada en este apartado, esta refleja menor prevalencia entre mujeres (0,1%) que entre hombres (0,4%).

Como era de esperar, las bajas prevalencias de consumo de estas sustancias, tanto a nivel nacional como autonómico, influyen en la percepción que tiene la población del Real Sitio sobre ellas, así como en las intervenciones que se proponen en los siguientes apartados.

Percepción vecindario:

Si bien a nivel nacional las prevalencias de uso de MDMA y Speed superan el 5%, en el Real Sitio de San Ildefonso la situación actual y quienes las consumen son desconocidas para la población local. Por otro lado, sustancias como los Poppers, que en EDADES 2022 y ESTUDES 2021 muestran consumos residuales, son prácticamente invisibles en este contexto.

“Popper... ¿Qué demonios es eso? (Adulto 45 años).

“¿Eso se consume en el pueblo?, Diego... ¿Está seguro? Yo creo que es... de sitios más grandes... ¿no?”. (Sanitario de 45 años).

Esta sustancia es prácticamente desconocida en nuestro contexto de estudio, salvo por un reducido número de personas jóvenes y/o vinculadas al ocio nocturno, quienes tienen cierta familiaridad con sus pautas de consumo y efectos.

“Sí conozco gente que lo ha probado, pero muy muy pocos. En el pueblo no se ve. No tengo ni idea de qué buscan tomando esto”. (Joven 23 años).

Si bien el uso de cocaína y de otras sustancias como el tabaco, alcohol, cannabis etc., está normalizado en el contexto analizado, otras como los Poppers no gozan de semejante estatus.

“No sé lo que es... pero supongo que será malo para el cuerpo y algo contra lo que hay que luchar...”.
(Joven 29 años).

La falta de experiencia directa y de referentes cercanos fomenta la interpretación a través de los modelos hegemónicos sobre drogas, que tienden a demonizar y estigmatizar este fenómeno como peligroso y prohibido. A pesar de ello encontramos solo un grupo de personas en el municipio que consumía esta sustancia, todas ellas con un perfil joven y/o vinculadas al ocio nocturno.

Diego: *¿Has visto consumir Popper?*

Entrevistado: *Sí, pero muy pocas veces. En el pueblo se ve con [], pero nada más.*

Diego: *¿Nada más?*

Entrevistado: *Bueno... Sé de gente que lo hace así por probar... Pero no les mola.*

(Joven 26 años).

El gran estigma asociado a su uso hace que esta sustancia no esté aceptada en ningún contexto del municipio, siendo socialmente reprobada por todo el vecindario.

“La coca para aguantar. El chocolate para reírte. Pero... ¿y esto?”. (Joven 19 años).

Su asociación con el estigma del imaginario yonki, las prácticas sexuales disidentes y la percepción de su composición química en contraposición a lo "natural", impiden que esta sustancia no solo no se establezca en el municipio analizado, sino que incluso el consumo existente se invisibilice.

“Popper... ¿lo de los maricones? ¿Lo que te dilata el culo?” (Adulto 40 años).

“Algunos se vuelven locos con el Popper. Son como putos yonkis. Sé que se usa, pero no es algo que la gente haga delante de todo el mundo”. (Trabajador de lo social 35 años).

A pesar de todo, existe un grupo de personas que sí usan esta sustancia, siempre de forma recreativa.

“Esto solo lo consume [], que lo trae para fiestas y días especiales. Algunos lo esnifan un poco, se ríen... Pero no es algo que hagamos todos los días”. (Joven 25 años).

“Yo sí lo veo. Es algo que es bastante discreto. No hacen nada más que reírse”. (Joven 22 años).

Las citas anteriores reflejan consumos de Poppers minoritarios, esporádicos y asociados a situaciones específicas. Sin embargo, esto no resta importancia al fenómeno, ya que subraya la necesidad de intervenciones para este grupo con el fin de reducir los posibles riesgos asociados a su consumo.

Situación actual:

Las problemáticas vinculadas al consumo de Poppers y otros inhalables volátiles en el Real Sitio son prácticamente inapreciables.

“Popper... ¿Eso qué es?”. (Adulto 40 años).

“¿Eso se consume de verdad? Yo creía que aquí en La Granja no se consumían esas cosas tan raras”. (Joven 23 años).

Este fenómeno se refleja a nivel discursivo no solo en la ausencia de narrativas relacionadas con el consumo de esta sustancia en la población general del Real Sitio, sino también en el desconocimiento de la misma y la falta de demandas de intervención al respecto.

“¡No tengo ni idea de qué es eso! Dudo que se consuma en el pueblo, con lo que es la gente de aquí”. (Trabajador de lo social 43 años).

Lo mismo ocurre con otras sustancias: cuando durante el trabajo de campo el personal investigador explica o incide en sus interacciones con el vecindario sobre los Poppers, los discursos recogidos cambian, apareciendo en ellos ideas generadas por el modelo hegemónico actual de explicación de las drogas: el prohibicionismo.

“He visto lo que hace esta droga por la tele... ¡Te seca el cerebro! Es un problemón que haya llegado al pueblo”. (Adulto 45 años).

Esta situación se ve modificada cuando las personas consultadas están vinculadas al consumo de drogas, el ocio nocturno y/o presentan bajas edades.

“Por aquí se ve poco. La trae [] y algunos la usamos un poco. Pero sabemos que es peligrosa”. (Joven 24 años).

Los Poppers tienen difícil arraigo en el Real Sitio debido a la carga simbólica negativa asociada a ellos. En contraste, tanto la cocaína como el alcohol se legitiman como elementos que generan prestigio mediante su consumo en el Real Sitio, lo que impide que estos se establezcan.

“¿Eso no es lo de los maricas?”. (Joven 26 años).

“La coca... como que es algo de toda la vida... Pero estas cosas...”. (Adulto 47 años).

“Dices que la gente esnifa eso... Es de yonkis totales”. (Joven 23 años).

A pesar de todo, en nuestro contexto de estudio, si existen personas los utilizan en contextos de ocio.

¿Quieres un poco de esto Piedra? - dice mientras me ofrece un bote pequeño muy disimuladamente. Rápidamente le respondo de manera negativa.

¿Qué es? - pregunto intuyendo la respuesta.

Popper- responde riendo. *Es perfecto para poner a mil un par de minutos y ya.*

*Ten cuidado-*le digo enfadado. *Eso quema mucho si toca la piel, ¿sabes?*

¿Qué me dices? - me responde mientras se va riendo.

(Entrada diario de Campo).

Las personas que consumen Poppers en el Real Sitio no solo ocultan este hecho por temor al rechazo social, sino que también perpetúan prácticas e ideas preconcebidas sobre esta sustancia, basadas en su propio conocimiento experiencial y grupal. Esto puede llevar a comportamientos potencialmente peligrosos, lo cual subraya la urgencia de intervenir en este ámbito.

Diego: *¿Qué sientes cuándo consumes Popper?*

Entrevistado: *La sensación del Popper me gusta. Te pones un poco loco unos segundos y ya está.*

Diego: *¿Cada cuánto lo haces?*

Entrevistado: *Pues no mucho. Es algo que tengo que controlar... es muy químico y puede hacerme mucho daño. Uhhh... Pues en alguna fiesta grande, cuando tenemos algo que celebrar importante...*

Diego: *¿Sólo?*

Entrevistado: *Sí... bueno... igual alguna vez más...*

Diego: *¿Y cómo lo consumes?*

Entrevistado: *“Pues lo llevo en un bote y, cuando nadie me ve, le pego una buena esnifada.*

(Joven 23 años).

Durante la investigación realizada, no encontramos evidencia de que el uso de Poppers estuviera vinculado a prácticas sexuales. A pesar de ello, debido al tabú asociado a estas prácticas, consideramos que este contexto también es un punto importante para la intervención.

Sugerencias vecinales:

Los datos obtenidos mediante la investigación realizada en el Real Sitio no reflejaron ninguna petición de intervención directa respecto a la problemática del consumo de Poppers.

“¿Sobre Poppers? No creo que eso se consuma en el pueblo... Así que no necesitamos nada relacionado con esta droga”. (Joven 25 años).

El desconocimiento sobre la sustancia, sus efectos, y otros aspectos asociados representa una necesidad de intervención en el municipio estudiado. Aunque el uso de la sustancia no es generalizado actualmente, no se puede descartar que pueda aumentar en el futuro. Además, los consumos minoritarios que existen necesitan intervenciones para minimizar los posibles riesgos asociados.

“¿Poppers? ¿Eso qué es? ¿Qué provoca? ¿Cómo se puede saber si alguien lo ha consumido? (Adulto 37 años).

Igual que lo sucedido con otras sustancias ya analizadas en este informe, el desconocimiento de los Poppers provoca que las peticiones de intervención recibidas sean eminentemente represivas.

“¿Eso es el Popper? Que mal, ¿no? Supongo que tendrán que intervenir los picoletos en esto. Estaré atento por si lo veo en el bar”. (Hostelero 45 años).

Este proceso se da cuando quienes desconocen los Poppers aplican el modelo hegemónico de explicación sobre las drogas. Este enfoque, en lugar de proporcionar información precisa sobre la sustancia y sus usuarios, contribuye al estigma y a la invisibilización del fenómeno.

“Esto funciona como siempre... A los degenerados, cárcel y palos”. (Adulto 39 años).

Sin embargo, las personas que tenían conocimiento de la droga no manifestaron necesidades específicas de intervención; más bien, expresaron la necesidad de mantener en secreto su consumo.

“Paso de ir por ahí diciendo que consumo Popper. ¡La gente no lo va a entender! Cuando me quiero dar cuenta, estoy solo y señalado. (Joven 23 años).

Acciones a llevar a cabo:

Los habitantes del Real Sitio no solicitan ninguna acción específica en relación al uso de Poppers.

“Eso aquí no se consume. No se necesita hacer nada”. (Adulto 45 años).

Aunque, al ser mencionada esta droga durante las interacciones de investigación, surgieron demandas claras de dos tipos de intervenciones.

“O sea, que hay algunos consumos... pero nada del otro mundo, ¿no? Me quedo más tranquila... Además, la situación no es tan mala como creía”. (Adulto 45 años).

“¿Dices que de verdad es complicado engancharse al Popper? Nunca lo había pensado... Aunque todos esos efectos malos que me has descrito, no me motivan mucho”. (Joven 23 años).

Unas centradas en ofrecer información sobre la sustancia, tratando de rebajar con ella el estigma y la marginalidad asociada a los Poppers y su consumo.

“¿Es una adicción como cuando se esnifa pegamento? No lo tengo muy claro”. (Sanitario 45 años).

“Si me mareo cuando tomo Popper... ¿Qué tengo que hacer?”. (Joven 25 años).

“¿Si mi hijo lo hace, qué puedo hacer? [...] ¡Vale, puedo mirar que de esta manera se haga el menor daño!”. (Adulto 45 años).

Y otras orientadas a proporcionar estrategias de reducción de riesgos para toda la comunidad, independientemente de si son consumidores de Poppers o no, basadas en el paradigma de la gestión de placeres y riesgos (de la Vega y Fernández, 2019). Este enfoque entiende el uso de drogas como

una interacción entre los placeres que proporcionan y los riesgos asociados, contribuyendo a reducir el estigma tanto de las drogas como de quienes las consumen.

“Me quemé con Popper, me hubiera encantado que alguien me explicase qué pasaba”. (Joven 23 años).

Estas medidas deben ser implementadas a través de un proceso de aprendizaje que se realice en un espacio dedicado a las adicciones, dirigido por un profesional que trabaje desde esta perspectiva. Esta estrategia facilita la creación de un entorno de intervención accesible para consumidores, usuarios, familiares, profesionales, etc., donde puedan recibir información, plantear preguntas y debatir sobre cualquier duda relacionada con las adicciones.

“Yo no quiero que me pase lo mismo que a []. Pero, si un día me da por hacerlo, me gustaría contar con un sitio donde ir a preguntar sin que me juzguen”. (Joven 20 años).

Este lugar, al servir de referencia a la totalidad de personas del municipio, generará dinámicas de prevención, pérdida de estigma y asunción de patrones de consumo de menor riesgo en el municipio, mediante la facilitación de materiales informativos y de reducción de riesgos sobre los Poppers y otras drogas al inicio, para posteriormente realizar atenciones personalizadas, talleres, etc.

“En consumo activo los principales peligros son que se quemen al consumirlo y que, si lo usan con fines sexuales, pueden transmitir alguna enfermedad”. (Energy Control).

Uno de los posibles riesgos vinculados al uso de la sustancia que centra este apartado, fue su alta corrosividad y su acción como desinhibidora sexual.

“Hay veces que tomo Popper y me pongo muy muy burro. Luego voy con la novia y hacemos de todo... aunque un día me quemé con él mientras tenía sexo”. (Joven 25 años).

Los riesgos vinculados a ciertas prácticas sexuales realizadas junto al Poppers (contagios de ETS, etc.), así como las posibles quemaduras por su uso, evidencian la necesidad de intervenir en el fenómeno.

Para finalizar queremos destacar la gran homofobia encontrada en muchos de los discursos recogidos al preguntar sobre los Poppers en el Real Sitio.

“Eso del Popper es cosa de maricones”. (Joven 21 años)

Discursos que evidencian la necesidad de trabajar, junto a otros recursos del municipio, no sólo este tipo de violencia, sino otras como la transfobia, violencia de género, etc.

KETAMINA.

Introducción:

La ketamina fue sintetizada en 1962 por Calvin Stevens. La cual, debido a su capacidad disociativa⁴⁴, tuvo su primer uso como anestésico, analgésico y sedante en 1965 por Corsen y Domino. Su presentación suele ser en forma de polvo o de líquido, con lo que su vía de administración será oral/esnifada, en el primer caso, e inyectada en el segundo.



Figura 75. Imagen de Ketamina en formato líquido. Fuente: Clínica Marco Rived.

La Ketamina, utilizada en pequeñas dosis, provoca euforia, alteraciones de la percepción, sentimiento de embriaguez, etc. Según se incrementa la cantidad, puede generar sueño, alucinaciones, vigilia y, finalmente, sedación y disociación mente-cuerpo. Uno de sus principales riesgos de consumo es que la dosis alucinógena y la analgésica están muy cercanas, con lo que el peligro de encontrar uno de los anteriores estados alterados buscando el otro es algo más que posible. En España, el veintiuno de octubre de 2010, según el BOE publicado ese mismo día, esta sustancia fue fiscalizada.

Datos España y Castilla- León:

La Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España de 2022 presenta los datos sobre Ketamina dentro de un apartado llamado “Nuevas Sustancias Psicoactivas”. Estas, para el anterior trabajo, son aquellas sustancias que imitan el efecto de drogas ilegalizadas como la cocaína, éxtasis, etc. Esta categoría está formada por la ketamina, spice, mefedrona, ayahuasca, cocaína rosa, flakka y óxido nitroso.

De manera individual la ketamina es la droga que ha obtenido una mayor prevalencia de consumo en el marco temporal de “alguna vez en la vida” (0,9%), con relación a las otras citadas al inicio.

⁴⁴ Efecto provocado por ciertas sustancias que, al ser consumidas, distorsionan la percepción auditivo-visual, provocando la pérdida de contacto entre cuerpo, mente y medio ambiente.

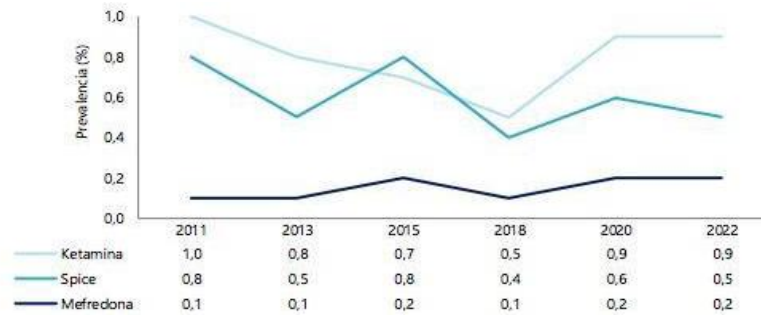


Figura 76. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%). España 2022 . Fuente: EDADES 2022.

En lo que respecta al consumo de estas sustancias en el marco temporal de “alguna vez en la vida”, únicamente un 1,9% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido estas nuevas sustancias. El uso de esta sustancia se encuentra más extendido en los hombres que en las mujeres.

	Total	15-64	
		H	M
Nuevas sustancias	1,9	2,7	1,1
Ketamina	0,9	1,5	0,4
Spice	0,5	0,8	0,3
Mefedrona	0,2	0,3	0,1
Ayahuasca	0,3	0,5	0,2
Cocaína rosa	0,5	0,7	0,3
Flakka	0,1	0,1	0,0
Óxido Nitroso	0,2	0,4	0,1

Figura 77. Tabla de prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según sexo (%). España 2022 . Fuente: EDADES 2022.

El estudio ESTUDES 2021 a nivel nacional incluye una categoría de Nuevas Sustancias Psicoactivas que abarca la Ketamina. En todos los períodos temporales analizados, se observa un consumo residual de esta sustancia, nunca alcanzando el punto porcentual.

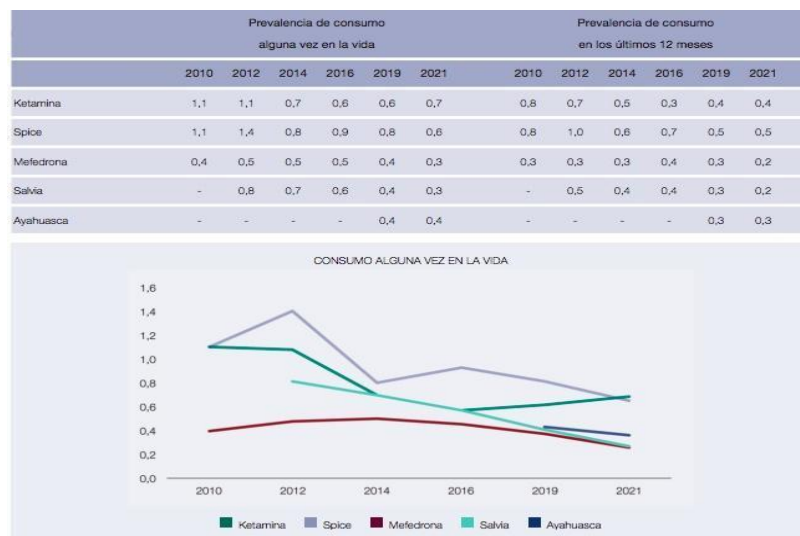


Figura 78. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España 2021. Fuente: ESTUDES 2021

En este trabajo, atendiendo al tramo temporal de alguna vez en la vida, la Ketamina es la sustancia que registra una mayor prevalencia (0,7%), seguido del Spice (0,6%). Con relación al uso en los últimos 12 meses, es el Spice la sustancia con mayor prevalencia entre el total de los alumnos de 14 a 18 años, seguida de la Ketamina.

Los informes ESTUDES y EDADES, enfocados en los datos de Castilla y León, no incorporan información sobre el consumo de Ketamina en sus resultados. Esto se debe a que, debido a las prevalencias extremadamente bajas de consumo, esta sustancia no es considerada para su análisis.

Percepción vecindario:

El Real Sitio evidencia consumos de ciertas drogas altamente invisibilizados, como es el caso del Speed y mucho más acentuado con los Poppers.

“Eso del Poppers toma la gente que es muy, muy, muy yonki”. (Joven 23 años).

“Eso del Speed se toma en el pueblo... ¡Es la primera vez que lo escucho en mi vida!”. (Joven 23 años).

El consumo de ciertas sustancias que carecen de aceptación legal y social, tanto a nivel nacional como local, genera una tendencia a ocultar tanto los problemas asociados como a las personas que las consumen.

“¿Ketamina? Eso que es... ¿Es una droga? (Adulto 43 años).

Este fenómeno debe entenderse como una estrategia de resistencia adoptada por la población usuaria frente a los procesos de penalización y estigmatización, los cuales se intensifican aún más en el caso de la sustancia discutida en este apartado.

“Eso es lo de los caballos ¿no?”. (Joven 25 años).

Esta falta de referentes provoca que la población desconozca su existencia salvo a través de mensajes descontextualizados y generales que emanan del modelo hegemónico explicativo sobre las drogas.

“Eso no es lo que les dan a los animales...”. (Trabajador de lo social 45 años).

Es por eso que, cuando solicitamos información sobre la percepción respecto al consumo de Ketamina, nadie en el Real Sitio pudo ofrecernos detalles al respecto, salvo alguna excepción.

“¿El anestésico se consume como droga?”. (Sanitario 49 años).

Esta situación se vio agravada por tratarse de una droga altamente desconocida y con una gran connotación negativa, lo cual a su vez limita significativamente el inicio de su consumo. Lo visto en otros apartados similares sugiere que esta percepción cambia cuando el investigador proporciona detalles sobre esta droga durante las interacciones con el vecindario.

“¿Eso que dices es la ketamina? ¡Pero si es peor que la heroína, ¿no?”. (Adulto 34 años).

La falta de experiencia directa con esta droga se compensa con aquella información proporcionada por el modelo hegemónico, que se refleja en las narrativas obtenidas de nuestros informantes en forma de discursos negativos, estigmatizados y orientados hacia la represión del consumo.

“¡Lo que faltaba en el pueblo!”. (Adulto 40 años)

“No jodas que se consume eso... ¡hay que hacer algo!”. (Adulto 50 años).

Esto genera desconocimiento, estigma, ocultación y perpetuación de falsos mitos, lo cual puede representar un riesgo tanto para las personas que consumen la droga como para la comunidad en general.

“¿Eso se consume en el pueblo? Pero si eso es lo de los caballos, ¿no? La verdad es que alucino con la gente de este puto pueblo”. (Adulto 50 años).

A pesar de la situación antes narrada, mediante el trabajo de campo realizado, conseguimos acceder a un pequeño grupo de personas usuarias de esta sustancia.

“¿Ketamina? Sí, he oído hablar de ella. Se usa cuando sales de fiesta... sobre todo por las mañanas”. (Joven 23 años).

“No vendo de eso... A veces me la dan y tal... Pero no me gusta nada. Aquí a mí no me la ha pedido nadie... Eso no significa que no venga de otros lados”. (Vendedor).

Así pues, de manera similar a lo argumentado en otros apartados de este informe, solo una parte muy concreta de la población de Real Sitio sabe sobre la existencia de esta sustancia, estando conformada por personas jóvenes y/o vinculadas al ocio nocturno.

Diego: *¿Consumes ketamina o conoces a alguien que lo haga?*

Entrevistado: *Yo no y de mis amigos tampoco. Pero sé que [] sí lo toma.*

(Joven 20 años).

Entonces, exceptuando esta situación particular, la población del Real Sitio desconoce la Ketamina, sus patrones de consumo y las problemáticas asociadas.

Esta falta de conocimiento, junto con la invisibilidad de las personas consumidoras que podrían servir como referentes informativos, no solo representa un riesgo que requiere intervención, sino que también explica la ausencia de demandas de intervención específicas respecto a esta sustancia y a otras que sean similares.

Situación actual:

Las tendencias de consumo minoritario reflejadas en ESTUDES 2021 y EDADES 2022, respecto a la ketamina, se han ratificado en nuestro trabajo de campo en el Real Sitio.

“No tengo ni idea de que es eso de lo que me estás preguntando, Diego”. (Adulto 35 años).

“¿Keta qué? ¿Eso de verdad existe?”. (Adulto 40 años).

Pero esta situación, desde un enfoque socio-antropológico de las adicciones, muestra que los bajos porcentajes de consumo no invalidan la necesidad de intervención. De hecho, en lugar de abordar la problemática, la invisibilización y la ocultación generan estigma en torno al uso de estas drogas minoritarias y a las personas que las consumen

“Pero eso que dices Diego... ¿se consume en el pueblo?”. (Trabajador de lo social 45 años).

“¿De verdad hay tanto yonki como para meterse esto? (Adulto 40 años).

La ausencia de consumidores de ketamina y de información al respecto en nuestro contexto de estudio conduce a la propagación de creencias y mitos erróneos sobre su consumo, lo cual constituye un riesgo en sí mismo. Además, esto puede resultar en el estigma hacia aquellos que la consumen por parte del resto de la población.

“Si he escuchado hablar de ella, pero no tengo conocimiento de que se use en el pueblo”. (Joven 25 años.)

De manera similar a lo expuesto en otros apartados, esta droga es conocida principalmente por personas jóvenes y/o vinculadas al ocio nocturno. No obstante, en este caso, el número de estas personas es notablemente menor en comparación con otras drogas de uso más extendido.

“Algo sé sobre ella... pero no mucho”. (Joven 22 años.)

Así pues, partiendo de este desconocimiento, nos preguntamos: ¿qué lógicas subyacen en este municipio para que el uso de cocaína esté consolidado y otros como el de Ketamina no?

“Eso de la Ketamina, ¿no es lo de los animales?”. (Adulto 35 años).

Al inicio de este epígrafe nos hemos referido al potencial anestésico que tiene esta sustancia, el cual acaparó sus usos iniciales. Con el tiempo aparecieron otras sustancias sedantes cuya incidencia en el cuerpo humano y en su recuperación era mucho menos lesiva, relegando el uso de Ketamina a prácticas veterinarias y situaciones médicas de crisis, como guerras, terremotos, etc.

“La keta es de yonkis... y de animales”. (Joven 20 años).

Actualmente, en el imaginario social del Real Sitio, predomina la percepción de la aplicación veterinaria como el principal referente explicativo de todo lo relacionado con esta sustancia. Como resultado,

cualquier uso divergente será estigmatizado. Este fenómeno contribuye a que esta droga no sea ampliamente aceptada ni visible en nuestro contexto.

Diego: *¿Qué efecto provoca la ketamina?*

Entrevistado: *Por un lado, la ketamina es un alucinógeno. Es decir, mucha gente la consume en contextos de ocio y privados buscando la sensación de dislocación entre cuerpo y mente.*

Diego: *¿Y por el otro?*

Entrevistado: *Pues está el uso que, a ciertas horas de la mañana, personas que han estado toda la noche consumiendo principalmente estimulantes, hacen de la ketamina para rebajar los efectos.*

Diego: *¿cómo?*

Entrevistado: *si... es como una manera de contrarrestar, a través del efecto sedante que tiene la ketamina, todo el “acelere” que tienen de lo consumido por la noche.*

(Energy Control)

Otro de los factores que explican la falta de uso evidente de Ketamina en el Real Sitio es su efecto analgésico. Como hemos explicado anteriormente en el caso de la cocaína, este efecto va en contra de las normas y del tipo de drogas socialmente aceptadas en el municipio.

“¿Quién va a tomar algo que te agilipolla?, Diego... ¡Aquí todos queremos estar todo el tiempo a tope en la fiesta!”. (Joven 23 años).

En él, el uso de sustancias que sirvan para permanecer en espacios de ocio nocturno donde se consume el alcohol, está legitimado. Mientras que el de aquellas que amplifiquen su efecto, suele recibir dinámicas de estigma que provocan su invisibilización y su falta de arraigo.

Diego: *¿algo más?*

Entrevistado: *Bueno, a muy pequeñas dosis, es algo estimulante... ¡No como el Speed o la coca! Y, en dosis muy altas, puede provocar desmayos, sedación, golpes y muerte”.*

(Energy Control)

El efecto estimulante de la Ketamina es muy poco conocido por la población en general y mucho menos por la del Real Sitio de San Ildefonso. Con lo que, en nuestro contexto de estudio, la influencia del uso veterinario como referente explicativo puede con este.

“Yo a veces tomo coca para aguantar en el trabajo... Pero no voy a probar nada para dormirme”.

(Hostelero 45 años).

Otro de los usos referidos, es el de elemento compensador ante una sobre estimulación corporal que el uso de ciertas sustancias puede provocar al finalizar una sesión de consumo. El “*mañanao*” o empalmada, consiste en trasladar las pautas de ocio nocturno a la mañana del día siguiente.

“Ya no se empalma en el pueblo. Nadie se queda hasta el otro día. Con lo que no es necesario tomar mucha coca para estar horas bebiendo y bailando... salvo en las fiestas”. (Hostelero 40 años).

En el Real Sitio, debido a la falta de espacios donde poder continuar, esta práctica no se lleva a cabo.

“Aquí ya nadie sale hasta la madrugada... Eso sí, empiezan con el vermut y no paran hasta las cinco de la mañana”. (Hostelero 43 años).

Este cambio en los patrones de salir y en los hábitos de consumo de sustancias como el alcohol hace que esta forma de consumir Ketamina no se mencione en las conversaciones del vecindario. La falta de conciencia sobre la Ketamina y sus usos se refleja directamente en la escasez de sugerencias recogidas en el siguiente apartado.

Sugerencias vecinales:

Durante la observación y las entrevistas realizadas para esta investigación, consultamos a nuestros informantes sobre sus opiniones acerca de las acciones que debería llevar a cabo el ayuntamiento del Real Sitio respecto a cada una de las sustancias analizadas. En el caso de la Ketamina, predominó la percepción de que no era necesario tomar acciones debido a ser una sustancia desconocida.

“¿Eso de la Keta... ¿Qué es?”. (Joven 25 años).

Lo hemos notado a lo largo de este estudio: solo cuando el investigador proporciona información sobre la Ketamina, la comunidad la menciona en sus peticiones, y siempre en términos represivos.

“¡Qué se consume esto en el pueblo! ¿Lo sabe la Guardia Civil? Algo tendrán que hacer, digo yo...”. (Adulto 45 años).

Lo que hemos observado es que existe un grupo minoritario de personas en el Real Sitio que conocen y/o consumen Ketamina, en comparación con las otras sustancias investigadas, excepto en el del LSD.

“¿Ketamina en el pueblo? Quién es el loco que toma eso... ¡Si es de yonkis! (Joven 23 años).

En el contexto analizado pudimos ver cómo la edad y la vinculación con el ocio nocturno, siguen siendo variables determinantes con relación a su uso por parte del vecindario del Real Sitio.

“De verdad esto puede llegar al pueblo... Si es de caballos, ¿no?”. (Joven 24 años).

Para la Ketamina, prevalece el desconocimiento sobre la sustancia, sus efectos, patrones de consumo, etc., lo cual se refleja en la escasez de demandas de intervención relacionadas con esta droga.

Acciones a llevar a cabo:

Según la información recopilada durante nuestro trabajo de campo y su análisis posterior, las intervenciones relacionadas con el consumo de Ketamina en el Real Sitio de San Ildefonso deben enfocarse en proporcionar información lo más objetiva posible, accesible para toda la población.

“Eso de que es un analgésico de caballos, ¿es cierto?”. (Adulto 45 años).

Esta propuesta, no sólo provocará la disminución del estigma relacionado con la Ketamina y las personas que la consuman, sino que generará tanto dinámicas de visibilización de este fenómeno como de prevención de riesgos y daños en población consumidora o no.

Trabajar en la prevención a nivel comunitario implica centrarse tanto en los consumos problemáticos como en otras posibilidades. Esto se logrará mediante la implementación de actividades que no se centren exclusivamente en la abstinencia y el retraso del consumo, sino que complementen estas estrategias mediante el trabajo con toda la comunidad.

“Creo que en vez de estar todo el rato diciendo si te drogas te mueres, será más productivo que nos enseñen qué puede pasar a corto plazo”. (Joven 26 años).

Abrir el abanico interventivo al paradigma de la gestión de placeres y riesgos, como se explica en de la Vega y Fernández (2019), empodera al agente social devolviéndole la responsabilidad sobre su consumo. Ya que muchas de las personas usuarias no se guían sólo por el posible daño que una droga puede generar, sino por el placer que esta le puede proporcionar.

“Yo lo he probado... a veces ... Me fío de mi propio instinto y no se lo cuento a nadie.”. (Joven 20 años).

Con lo que centrarse en la gestión de ambos, resulta una manera más afectiva de trabajar en el ámbito de drogas en el municipio analizado según el análisis de los datos recabados.

Además, abogamos por la implementación de estrategias de reducción de riesgos y daños, ya que estas acciones resultan fundamentales para las personas que consumen Ketamina en el Real Sitio.

“La mezcla de ketamina con otro depresor, es un peligro. Puede ocasionar desmayos, golpes... Además, la gente se asusta mucho sin motivo. Cuando has consumido mucha keta, te desmayas, pero nada más. La mayoría de las veces, las intervenciones son solo los golpes. Eso no mucha gente lo sabe... ¡Ni siquiera aquellas personas que consumen de forma habitual!”. (Energy Control).

Centrar la intervención en adicciones únicamente en aspectos como la muerte, lo marginal y el peligro conduce a que muchas personas consumidoras de sustancias psicoactivas no solo queden desprotegidas frente a los riesgos asociados, sino que también permanezcan invisibles. La falta de identificación con la información sobre drogas presentada en estos términos, que no refleja su propia experiencia, genera rechazo. Por ello, desde este informe, proponemos la implementación de acciones

basadas en un enfoque intervencionista que se aleje de estigmas e ideas negativas sobre el consumo de Ketamina y otras drogas en el Real Sitio.

Estas estrategias deben ser implementadas, como hemos sugerido anteriormente, por un profesional experto en intervenciones de este tipo y deben ser ejecutadas desde un espacio dedicado ubicado en la realidad intervencionista del municipio. Este espacio servirá como punto de referencia tanto para la comunidad en general como para los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones.

ENTEÓGENOS.

Introducción:

El término enteógeno se utiliza para referirse a grupos de plantas con propiedades psicoactivas que fueron usadas en la antigüedad en contextos médicos, rituales y religiosos. Estas sustancias, o combinaciones de ellas, solían ser ingeridas tanto por su capacidad para inducir modificaciones en la conciencia como por sus propiedades curativas. Algunas de las sustancias enteógenas más conocidas incluyen la Mescalina (presente en cactus originarios de México), la Salvia divinorum (una planta herbácea), el LSD (dietilamida de ácido lisérgico), la DMT (N-dimetiltriptamina), la Ayahuasca (una bebida a base de hierbas que combina DMT con IMAOs) y la Psilocibina (un compuesto presente en aproximadamente 200 especies de setas y hongos).



Figura 79. Imagen de la preparación de la Ayahuasca. Fuente: Valencia adicciones.

Las principales formas de consumo de los enteógenos suelen ser por ingestión, inhalación o infusión, lo que inicialmente provoca una experiencia euforizante, seguida de alucinaciones y psicodelia. La duración de los efectos puede variar entre 5 minutos y 10 horas, dependiendo de la sustancia consumida. El uso en grandes cantidades puede llevar a sentimientos de miedo, ataques de pánico, ansiedad, delirios o psicosis, por lo que se recomienda su consumo en entornos protegidos, en compañía de personas de confianza y en un estado de ánimo positivo. Esto ayuda a evitar experiencias negativas (malos viajes) y posibles accidentes.

Son muchas las sustancias que componen esta categoría, con lo que en los siguientes apartados sólo analizaremos aquellas que sí aparecieron durante el proceso de investigación realizado.

LSD.

Introducción:

La LSD, o dietilamida del ácido lisérgico, fue sintetizada por Albert Hofmann en Suiza en 1938 a partir de la ergotamina, un compuesto químico obtenido del hongo ergot (*Claviceps purpurea*) que infecta al centeno y otros cereales. Esta tiene una apariencia blanca, es soluble en agua y carece de olor.



Figura 80. Imagen de LSD en formato cartón. Fuente: Valencia adicciones.

Durante las décadas de los años 50 y 60 del siglo pasado, muchos profesionales de la psicología y psiquiatría descubrieron en la LSD un agente terapéutico muy potente. Sin embargo, este uso terapéutico se fue diluyendo gradualmente con la creciente popularidad del uso recreativo de la sustancia, lo cual llevó a su prohibición.

Su principal vía de administración es la oral, generalmente a través de un papel secante⁴⁵ empapado, de un terrón de azúcar o en pequeños comprimidos conocidos como micropuntos. Sus efectos suelen aparecer entre los 30 y 90 minutos a partir de su ingesta, pudiendo durar hasta 10-12 horas.

Esta sustancia tiene la capacidad de distorsionar la forma en que una persona percibe categorías como el tiempo y el espacio, así como las percepciones. Su dosis activa, para producir estos efectos, suele encontrarse entre los 20-30 microgramos.

El uso prolongado puede provocar reacciones psiquiátricas adversas como ansiedad, paranoia y delirios.

Datos España y Castilla- León:

Centrándonos en el análisis de la encuesta EDADES 2022 sobre el LSD, encontramos que solo se proporciona información sobre esta sustancia en una categoría denominada "alucinógenos". Esta agrupa varias drogas sin explicar los motivos específicos para utilizar una genérica para presentar los resultados de sustancias tan diversas.

⁴⁵ Conocido como "tripi", viene de *trip* o viaje. Es su forma más conocida de venta y/o consumo.

Analizando sus datos de manera evolutiva, podemos ver que el porcentaje de consumo de este grupo de sustancias se ha visto incrementado con respecto a ediciones anteriores.

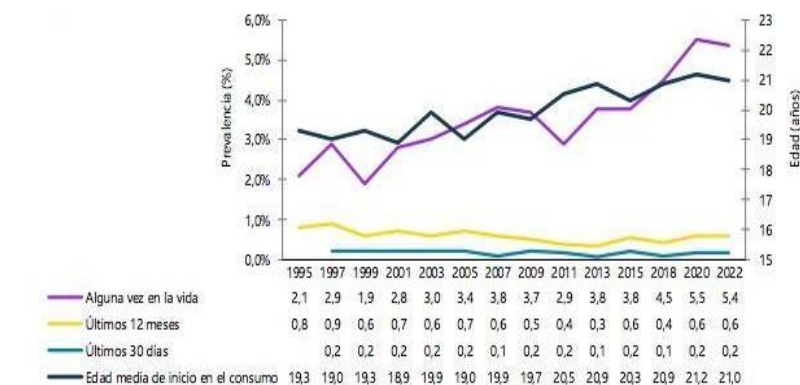


Figura 81. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de alucinógenos (%) y edad media de inicio en el consumo de estos (años) en población de 15-64 años. España 1995-2022. Fuente: EDADES 2022.

En la actualidad, el 5,4% de todos los entrevistados responde de manera afirmativa a la pregunta “*ha consumido alguna vez en la vida sustancias alucinógenas*”. Por otro lado, para los marcos temporales de “*los últimos 12 meses y 30 días*”, el uso de estas sustancias es bastante residual, presentando prevalencias del 0,6% y 0,2% respectivamente.

La edad de inicio en la utilización de este tipo de drogas suele situarse en torno a los 21 años, cifra inferior a la obtenida en 2020. Por sexo, el consumo de alguna vez en la vida, con independencia del tramo de edad, presenta mayores prevalencias entre los hombres que entre las mujeres. Destacando los porcentajes obtenidos para las personas situadas entre los 25-34 años (7,3%) y 35-44 (7,2%).

El ESTUDES 2021, presenta los datos relacionados con el LSD dentro de un epígrafe titulado “*Alucinógenos y setas mágicas*”.

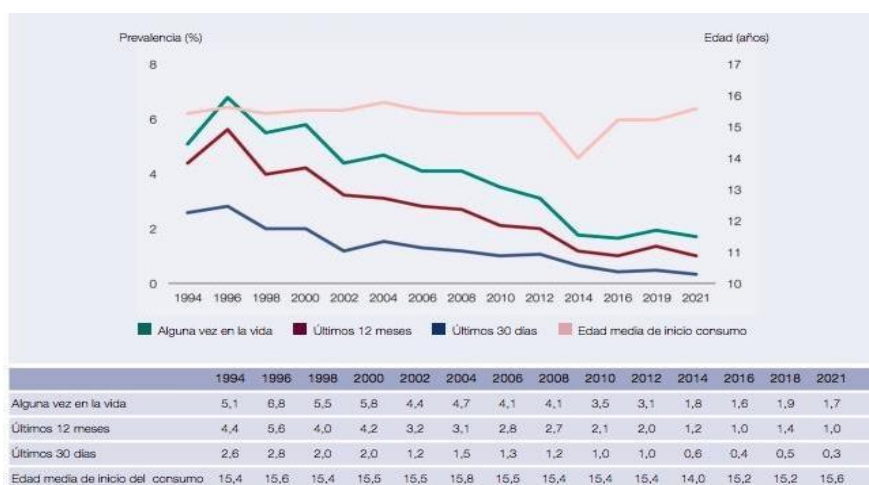


Figura 82. Gráfico y tabla de prevalencia de consumo de alucinógenos (%) y edad media de inicio en el consumo de estos (años) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

En él podemos observar cómo un 1,7% de las personas entrevistadas, responden de manera afirmativa ante la pregunta “*ha consumido alucinógenos alguna vez en la vida*”. Mientras que los datos referidos a los usos realizados en los últimos 12 meses y 30 días presentan una prevalencia en 2021 de 1% y 0,3%, respectivamente.

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 15,6 años, dato similar a los obtenidos durante toda la serie histórica. Los estudiantes que han consumido alucinógenos alguna vez en la vida son de un 0,5% en los alumnos de 14 años, ascendiendo esta prevalencia a un 3% entre los de 18 años.

La información ofrecida por la anterior encuesta, centrada en Castilla y León, es mostrada, de manera similar a la nacional, a través de una gran categoría denominada “*alucinógenos*”. Eso sí, en este caso la información sobre “*setas mágicas*” no es presentada de manera independiente.

	Alucinógenos	
	España	C y L
Alguna vez en la vida (%)	1,7	2,9
Últimos 12 meses (%)	1,0	1,6
Últimos 30 días (%)	0,3	0,4

Figura 83. Tabla de prevalencia de consumo de alucinógenos (%) en personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España y Castilla León 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Las prevalencias de consumo de Castilla y León de estas drogas, en todos los tramos temporales del ESTUDES 2021, resultan más elevadas que en el resto de España, siendo además la séptima sustancia más consumida en esta comunidad.

Los datos presentados por esta encuesta también muestran consumos de alucinógenos más altos en hombres que en mujeres, presentando prevalencias del 2,1% y 1,2%, respectivamente. Esta realidad ha de ser tomada como referencia para nuestro análisis ya que, sin duda, influirá en las actividades a implementar en nuestro contexto de estudio.

Los resultados del EDADES 2022, en Castilla y León, presentan consumos de esta droga (0,4%) similares en los últimos 12 meses a los del resto de España (0,6%).

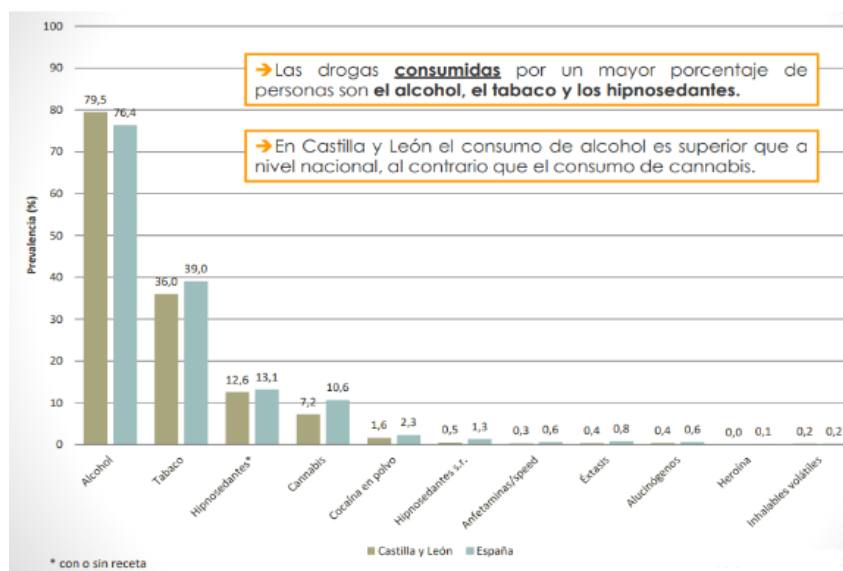


Figura 84. Gráfico de proporción de personas consumidoras de drogas con edad entre los 15-64 años, en los últimos 12 meses (%). España y Castilla León 2022. Fuente: EDADES 2022.

Dentro de la población de 15 a 64 años, de Castilla y León, los hombres (0,6%) consumen más alucinógenos que las mujeres (0,2%).

Percepción vecindario:

El consumo de LSD en el Real Sitio de San Ildefonso, según nuestra investigación, es minoritario. Estos valores coinciden con los datos presentados a nivel nacional y autonómico.

“Pues no tengo mucha idea de lo que es... ¡Sé que es droga!”. (Adulto 40 años).

Esta situación, como era de esperar, influye en el desconocimiento por parte de la población entrevistada de todo lo relacionado con esta sustancia.

“¿Un tripi? Eso es una droga... ¿no?” (Joven 25 años).

A pesar de esta falta de información, sí es cierto que el LSD es más conocido que otras sustancias cuyo consumo es igual de minoritario en nuestro contexto de estudio como la Ketamina, setas, etc.

“¿Eso no es con lo que te descojonas?” (Joven 28 años).

Esto sucede por la trascendencia que la LSD tiene dentro del fenómeno de las drogas, donde asume un papel de referencia a la hora de ejemplificar el carácter alucinógeno que tienen gran parte de sustancias que provocan efectos similares.

“Puf... Me acuerdo de que eso se tomaba por los ´90... ¿no? Con lo que flipabas”. (Hostelero 49 años).

Esta centralidad explicativa posibilita la existencia de un mayor conocimiento estereotipado sobre esta droga, el cual se aprecia en las verbalizaciones recogidas del vecindario.

“El LSD es eso con lo que flipas, ¿no?” (Adulto 35 años).

“Si claro, es eso que tomas y te hace ver elefantes y esas cosas”. (Joven 23 años).

A pesar de ser una de las drogas más conocidas en el municipio analizado, la información recabada durante nuestro trabajo de campo refleja la estereotipación influenciada por el modelo hegemónico prohibicionista.

“Eso es LSD, ¿No? Con eso te pillas unos cuelgues... “. (Joven 20 años).

Esto hace que la percepción del vecindario respecto a la problemática del consumo de LSD en el Real Sitio no sea tan desconocida como la de otras drogas. Sin embargo, como hemos observado, cuando el personal investigador consulta directamente sobre ella, los discursos obtenidos suelen ser en tono represivo y cargados de peligrosidad tanto hacia la sustancia como hacia quienes la utilizan.

“Eso es lo que te hace flipar... ¿no? Espero que no se consuma en el pueblo y si se hace, se tenga mano dura”. (Adulto 37 años).

“¿Qué la gente consume tripis en el pueblo? ¡No jodas! Habrá que hacer algo...”. (Adulto 39 años).

Estos discursos, de nuevo se moderan cuando aquellas personas que responden son jóvenes y/o están vinculadas al ocio nocturno.

“¡Sí! LSD, tripis... Si, algo he escuchado por el pueblo... Pero no puedo decirte si se toman mucho o no, pero sí que te dan mucha risa”. (Joven 19 años).

La existencia de un conocimiento estereotipado sobre el LSD, mayor que el vinculado a otras drogas investigadas en este estudio, influye no solo en la percepción vecinal del fenómeno, sino también en las demandas de intervención, como veremos más adelante.

Situación actual:

En el Real Sitio no encontramos ni grandes consumos de LSD, como puede suceder con el alcohol y otras sustancias similares, ni una falta total de evidencias de su uso y conocimiento.

“Si hombre... ¡tripis! Con eso te descojonas de la risa”. (Joven 23 años).

Este fenómeno incide en los discursos recogidos sobre la situación del consumo de esta droga en el municipio estudiado. Los cuales evidencian conocimiento sobre ella, aunque siempre sustentado en ideas genéricas alejadas de la realidad.

“Eso se consumía hace mucho en el pueblo... ¿Todavía se hace?”. (Adulto 41 años).

“Se toma eso que alucinas como las cabras.... el LSD”. (Joven 21 años).

A pesar de esto, aquellas personas de menor edad y/o vinculadas al ocio nocturno, ofrecen narrativas más veraces sobre este fenómeno.

“¡Sí! He oído hablar de ella y sé que se toma en el pueblo... Pero no mucho. Te ríes mucho, pero se te puede ir de las manos”. (Joven 23 años).

En el caso de la LSD, el vecindario desconoce los efectos de la sustancia, lo que propicia un imaginario compartido donde muchos lo asocian con episodios de risas descontroladas.

“Hace años, [] y [] lo tomaban mucho... Siempre venían al bar descojonándose de la risa”. (Hostelero 45 años).

Esta situación genera una disminución generalizada en la percepción del riesgo asociado al consumo de LSD, lo cual puede representar un riesgo para el municipio analizado.

“Te ríes, sí. Pero nada más... Es raro que te pase algo más”. (Joven 27 años).

No obstante, relacionar de manera unívoca el consumo de LSD con estos efectos podría normalizar su uso, algo que no ocurre en el Real Sitio de San Ildefonso.

“Algo que no viene de la tierra, que no es fabricado por algo natural... no puede ser bueno. Te deja atontado, sin saber ni dónde estás”. (Joven 23 años).

La creencia arraigada de que aquello que es natural es menos lesivo que lo sintético, influye en las dinámicas de consumo de LSD y otras sustancias similares.

“Casi siempre se consume con un cartón. La persona que lo fabrica pone una gota de LSD en este material. Pero puede suceder esta sea más grande en uno que en otro, que lo que te vendan no sea de la misma tirada, que ese día no estés bien anímicamente... No es una droga para tomar por ahí”. (Energy Control).

La LSD, debido a sus efectos y su asociación con lo "tóxico", no logra integrarse completamente en las dinámicas de consumo de drogas relacionadas con el ocio en el Real Sitio, a pesar de su asociación con situaciones divertidas.

Antes de finalizar el apartado no debemos olvidar la incidencia que la “*lógica del puntillo*”, dinámica que regula los usos de drogas en este municipio, tiene en el uso de esta droga.

“El que está más tiempo de fiesta, es el que más mola en el pueblo. Eso sí, si te pones muy pesado, la gente te mira mal y termina diciendo cosas sobre tí”. (Joven 29 años).

En nuestro contexto de estudio, el uso de sustancias que generen empatía, desinhibición, cierto grado de embriaguez y, sobre todo, que posibiliten permanecer el mayor tiempo posible en los espacios de ocio, no solo serán toleradas, sino que otorgan prestigio a quienes las consumen.

“Todo el mundo tiene derecho a ponerse pedo casi... de lo que sea. Mientras no molestes a nadie ni seas una persona cacosa y cantosa”. (Adulto 39 años).

Los consumos de estas sustancias, siempre y cuando no sean evidentes en el caso de drogas fiscalizadas, y no alteren las dinámicas sociales típicas de los espacios de ocio (como vómitos, peleas, ser tedioso con los demás, etc.), suelen ser tolerados. Sin embargo, si contradicen esta norma, pueden recibir castigos que van desde diversas sanciones hasta la expulsión de los lugares.

“Vaya de lo que vaya, si te metes con la gente la peña te mira mal, murmura, habla de tí... ¡Hasta que no te dejan entrar a los sitios!”. (Joven 19 años).

En el Real Sitio, la LSD ocupa una posición intermedia en relación con las dinámicas previamente mencionadas. Aunque es ampliamente conocida por su capacidad para inducir risas en quienes la consumen, la posibilidad de que sus efectos contravengan las normas de comportamiento en espacios de ocio genera cautela y discursos que desaconsejan su uso en tales contextos.

“Yo solo sé, que las personas que me han contado sus historias de tripis dicen que se lo han pasado que te cagas... pero creo que tanto desfase no es bueno para estar por ahí de fiesta”. (Joven 24 años).

Sugerencias vecinales:

El LSD, una sustancia poco conocida por la población analizada en este informe, apenas fue mencionada por los informantes al solicitar propuestas de intervención.

“Eso no es algo que se consuma mucho en el pueblo, no sé ni lo que es. Creo que hay cosas más interesantes en las que gastar el dinero”. (Adulto 47 años).

Cuando la persona investigadora proporciona información sobre drogas poco conocidas en el Real Sitio, el vecindario suele responder con medidas represivas basadas en el modelo mayoritariamente prohibicionista de las drogas, similar a lo observado con otras sustancias en la misma situación.

“¿Qué pienso yo que se debería hacer con las drogas en el pueblo? Pues mano dura con la cocaína y otras drogas duras... ¡El pueblo se va a la mierda!”. (Adulto 47 años).

Esta situación se atenúa en comparación con otras drogas, ya que el municipio analizado relaciona discursivamente el LSD con su capacidad hilarante, provocando que alguna de las sugerencias de intervención solicitadas sea expresadas en términos menos punitivos.

“El tema de los tripis es algo complicado... ¡Información para que no se consuman!”. (Adulto 39 años).

De manera similar a lo presentado en el apartado sobre la Ketamina, significada en nuestro contexto mediante su uso veterinario, la LSD hace lo propio únicamente desde su efecto jocoso. Esto en el caso de la primera droga servía como limitador del consumo y en el de la que centra este apartado, como una característica que atenúa a nivel punitivo de las peticiones.

“No es algo tan complejo como otras drogas. Si no molestan, creo que con regañar un poco valdría más que de sobra. Que la gente se ría un poco nunca está mal”. (Joven 19 años).

Esta falta de demandas de intervención se ve truncada cuando las personas consultadas son jóvenes y/o tienen algún vínculo con el ocio nocturno. Características que propician que nuestras personas informantes sí soliciten acciones concretas sobre el consumo de esta droga.

“Sí conozco los tripis. Sé de gente que dice que los ha consumido... aunque no sé qué son, que hacen y esas cosas”. (Joven 19 años).

Acciones a llevar a cabo:

A pesar de que el consumo de LSD es minoritario en el Real Sitio, la implementación de acciones preventivas comunitarias, educativas, familiares y, en este caso concreto, indicada, en este contexto son importantes.

Ante la falta de saber experiencial y de referentes de consumo visibles de LSD en la realidad del municipio analizado, sus habitantes fundamentan sus explicaciones sobre el uso de este en el Modelo Hegemónico sobre las adicciones, interpretando esta situación en términos de problema y demandando medidas de intervención jurídico-penales.

“La peña no puede tomar eso que cuenta... ¿Qué van a ir alucinando y flipando por donde está todo el mundo?”. (Joven 29 años).

Eso sí, estas resultan algo más atenuadas que lo visto con otras sustancias, debido a su capacidad hilarante y al desconocimiento de otros efectos.

“¿Cómo se va a estar tomando esto en el pueblo? Hay que hacer algo para que esto no se repita”. (Joven 29 años).

Así pues, las propuestas de intervención sobre el uso de LSD se centrarán en el ámbito de la prevención, información y reducción de daños. Entendiéndose todas como partes interrelacionadas de un proceso superior a implementar en el municipio: el cambio de modelo interpretativo sobre las adicciones represivo-penal por uno que abogue por la gestión de placeres y riesgos.

“¿Tripis? No sé qué son, pero molaría que alguien nos contase qué hacen de verdad y qué pasa si alguien lo toma... ¡Más allá de decirnos que te puedes morir!”. (Joven 23 años).

Partiendo desde esta forma de trabajo consideramos que facilitar información rigurosa sobre drogas en el municipio, rebajará el estigma, la marginación y, por ende, provocará dinámicas de visibilización de realidades susceptibles de intervención como el uso de LSD. Esta toma de decisiones no sólo favorecerá el retraso en la edad de inicio del consumo, el abandono de este y la reducción de posibles daños desarrollados por quienes lo utilizan, sino que servirá para acabar con ciertas creencias erróneas como su menor lesividad por provocar risa.

“Dicen que los tripis solo te hacen reír, igual lo probamos”. (Joven 22 años).

La LSD es una de las sustancias psicodélicas más poderosas identificadas hasta la fecha. Dado su método principal de consumo y presentación, es difícil para las personas saber con certeza la cantidad que están usando. Estas circunstancias destacan dos de sus principales riesgos.

“El LSD es una sustancia compleja de tomar. Si es cierto que, en dosis pequeñas, según el contexto, la situación de la persona, etc. puede provocar una sensación de euforia desmedida acompañada de risas. Pero si la cantidad de sustancia consumida es mayor de la habitual, el usuario no está bien psicológicamente, etc.... La experiencia no tiene por qué ser así... Aparecen alucinaciones y, en algunos casos... malos viajes”. (Energy Control).

Estas circunstancias, combinadas con la sensación de inocuidad, incrementan los riesgos potenciales asociados con su consumo. Por lo tanto, consideramos de suma importancia proporcionar información detallada y estrategias específicas de consumo de LSD en el municipio analizado.

Para facilitar la implementación de las acciones mencionadas anteriormente, es imperativo establecer un espacio de referencia dedicado a la reflexión sobre las adicciones en el Real Sitio. Este lugar, dirigido por un especialista en adicciones y reducción de riesgos, proporcionará información, directrices de intervención y estrategias específicas adaptadas a las necesidades locales.

SETAS.

Introducción:

Existen en la naturaleza más de 180 tipos de hongos comestibles que pueden provocar alucinaciones en aquellas personas que los consuman, siendo este el motivo por el que, algunas clasificaciones, las definen como drogas por su capacidad enteógena. A estas, coloquialmente, se las suele conocer como “setas”, “monguis”, “setas mágicas”, “setas de la risa”, etc. Su potencial efecto psicodélico deviene de la psilocibina (también conocida como 4-PO-DMT), psilocina y baeocistina, alcaloides responsables de sus efectos psicoactivos.



Figura 85. Foto de hongos psilocibios. Fuente: National Institute on Drug Abuse.

La intensidad y duración del efecto de estas es altamente variable, difiriendo según la dosis, el tipo de seta/hongo, el individuo, el contexto, etc., aunque, normalmente, la experiencia suele durar entre 3 y 8 horas. La dosis recreacional suele ubicarse entre los 10-50 mg, sin embargo, en consumidores noveles, se recomiendan 2 mg para comenzar a experimentar los efectos.

Datos España y Castilla- León:

EDADES 2022 cuenta con un apartado concreto en el que presentan, de manera genérica, estadísticas relacionadas con sustancias alucinógenas. Este epígrafe, como ya hemos visto, incluye a la ketamina y las setas mágicas, las cuales sí son desglosadas con posterioridad.

Según este estudio, para los marcos temporales de “los últimos 12 meses” y “los últimos 30 días”, el uso de sustancias alucinógenas es algo residual, situándose en el 0,6% y el 0,2% respectivamente.

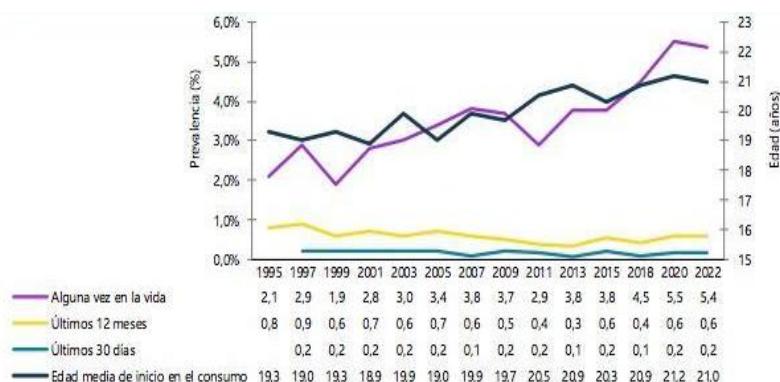


Figura 86. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de alucinógenos (%) y edad media de inicio en el consumo (años) en población de 15-64 años. España 2022. Fuente: EDADES 2022.

Además, en él encontramos cómo el 5,4 % de los entrevistados manifiesta haberlas probado “*alguna vez en su vida*”, prevalencia que disminuye con relación a la conseguida en 2020. Centrándonos en los consumos específicos de setas de “*en los últimos 12 meses*” y “*en los últimos 30 días*”, los porcentajes se mantienen estables, siendo de 0,4% para el primer supuesto y 0,1% para el segundo. Esta vez, el 3,3% manifiesta haber probado esta sustancia de manera independiente.

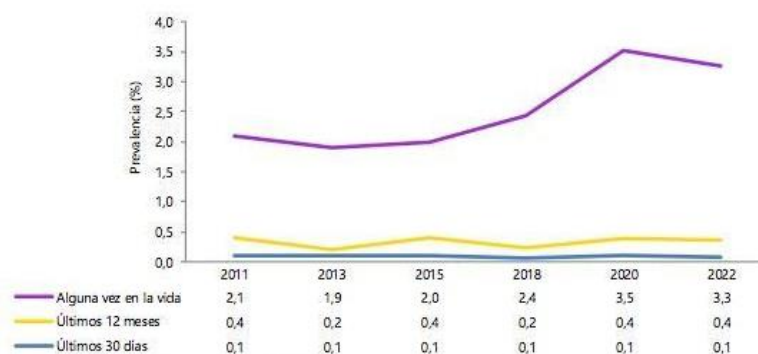


Figura 87. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de setas mágicas en población de 15-64 años (%). España 2011-2022. Fuente: EDADES 2022.

En el caso de las setas, suceso que aparece de forma constante en las encuestas nacionales sobre drogas, las mayores prevalencias de consumo las encontramos relacionadas con los hombres.

Por otro lado, ESTUDES 2021, explica que tras la tendencia a la baja registrada desde 2004, en 2018 la prevalencia de consumo se incrementa ligeramente para volver a disminuir levemente en 2021. Este descenso también se observa en los consumos de “los últimos 12 meses” y “en el último mes”. Pasando de 1,4 a 1,0% y de 0,5 a 0,3% respectivamente.

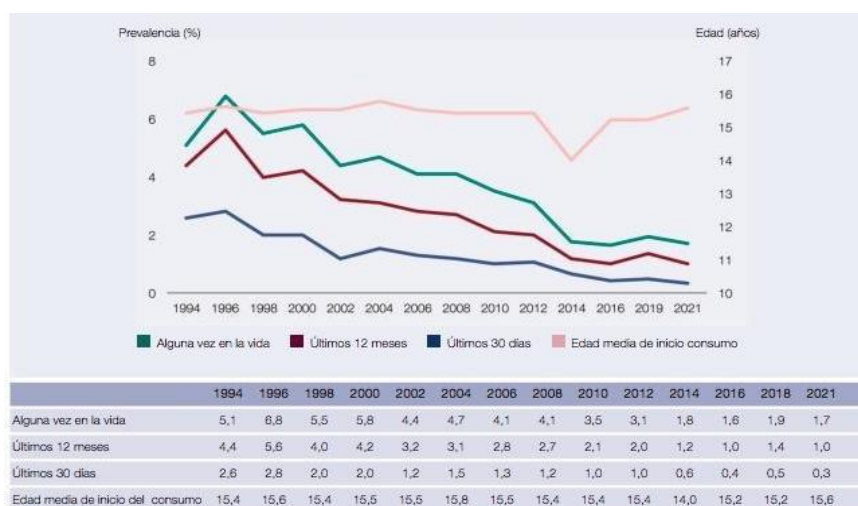


Figura 88. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de alucinógenos (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre las personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Los datos presentados muestran como casi un 1,7% de los estudiantes encuestados, refiere haber consumido alguna vez en la vida estas sustancias. La edad de inicio de uso se sitúa en los 15,6 años. Uso que, como en la gran mayoría de las sustancias analizadas en este informe, tiene mayor incidencia en el grupo masculino.

Los datos individuales de consumo de setas han disminuido en todos los intervalos de edades, alcanzando una prevalencia del 1,3% entre aquellos que han usado esta sustancia “alguna vez en la vida”, del 0,8% para “el último año” y del 0,2% en el “último mes”.

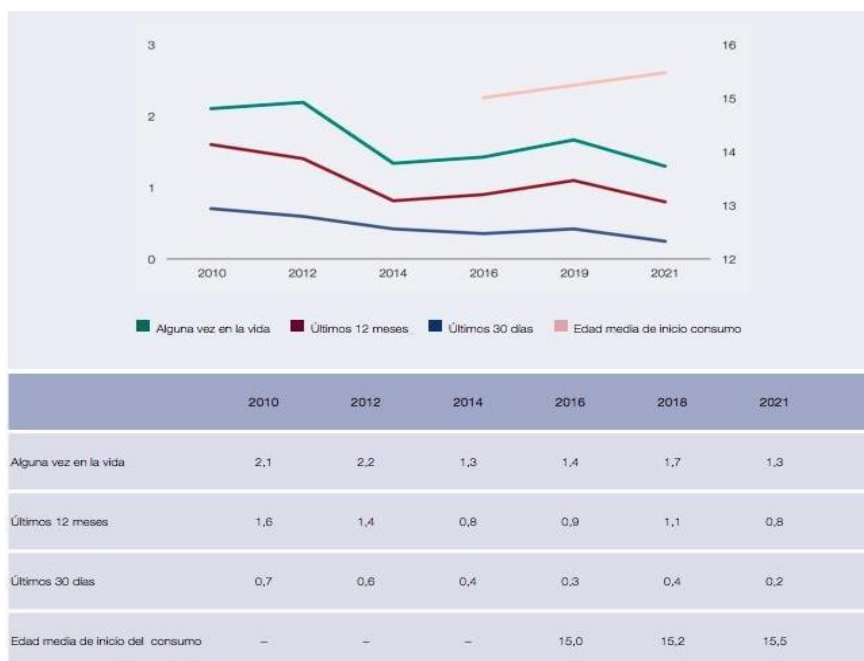


Figura 89. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de setas mágicas (%) y edad media de inicio en el consumo (años) entre las personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España 2010-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Con respecto a los datos concretos de Castilla y León, el ESTUDES 2021 presenta prevalencias pequeñas de consumo de alucinógenos, aunque han aumentado con respecto al estudio anterior.



Figura 90. Tabla y gráfico de evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y heroína en el último año. Fuente: ESTUDES 2021.

Este informe no desglosa los datos con relación a aquellas sustancias que conforman la categoría utilizada “alucinógenos”, de ahí que presentemos los mismos que aparecen en el apartado del LSD.

Alucinógenos		
	España	C y L
Alguna vez en la vida (%)	1,7	2,9
Últimos 12 meses (%)	1,0	1,6
Últimos 30 días (%)	0,3	0,4

Figura 91. Tabla comparativa de la prevalencia del consumo de alucinógenos entre España y Castilla y León. Fuente: ESTUDES 2021.

Como puede verse en relación a los alucinógenos, los porcentajes de consumo presentados en Castilla y León son mayores que los evidenciados en el resto de España.

Por otro lado, los datos castellanoleoneses de EDADES 2022 sobre alucinógenos (0,6 %), evidencian también mayores consumos que los presentados a nivel nacional (0,4%).

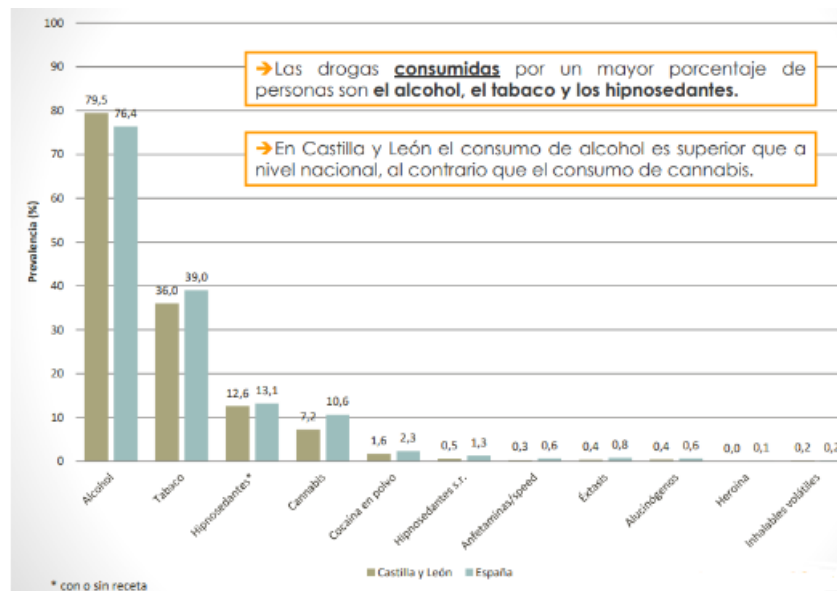


Figura 92. Gráfico de proporción de personas consumidoras de drogas en los últimos 12 meses. España y Castilla y León. Fuente: EDADES 2022.

Percepción vecindario:

La percepción del vecindario del Real Sitio respecto al consumo de hongos psicocibios es limitada o moderada, situación que guarda similitudes con lo mencionado anteriormente sobre el LSD, aunque con diferencias que exploraremos en esta sección. La gran mayoría de las personas de nuestro contexto de análisis sí conocen la existencia de esta droga, pero no conciben su uso recreativo. Esta realidad marca la gran mayoría de las narrativas recogidas en el municipio respecto a ella.

“¿Setas?... ¿Hay gente que se droga con eso?”. (Adulto de unos 50 años).

Como hemos mencionado anteriormente en este informe, esta situación se modifica cuando el personal investigador contextualiza la pregunta sobre la droga en cuestión. En este caso, debido a la

falta de puntos de referencia para ofrecer información, las personas consultadas fundamentan sus narrativas en el modelo hegemónico de explicación de las adicciones: el enfoque prohibicionista

“Hay gente que usa esto para colocarse. Pero no sé si pasará en el pueblo... Creo que es más cosas de yonkis”. (Adulto 41 años).

Según Gamella (1990), Pallarés (1996), Romaní (1999) y Massó (2014), el concepto de "yonki" abarca todo lo negativo asociado con las drogas y su consumo, ya sea verdadero o no. Este término refleja de manera metafórica el proceso de estigmatización y penalización que las drogas sufren como estrategia de prevención y evitación en el municipio analizado.

“¡Tío, comer setas para drogarse es un poco... ‘Yonki’!” (Joven 41 años).

El vecindario del Real Sitio, al emplear este tipo de expresiones, no solo atribuye significado y adopta una postura frente a las drogas, sino que también encuentra justificación para exigir una serie de acciones y una manera de abordar el fenómeno centrada en el estigma y en la persecución del consumo. En el caso del consumo de setas psicodélicas en él conduce a dinámicas de invisibilización de quienes las utilizan.

Como sucede con otras sustancias ya analizadas, el conocimiento de estas drogas aumenta según la vinculación al ocio nocturno y/o la pertenencia al grupo de personas jóvenes del municipio.

“Sí, sé que las setas que algunas personas las usan en el pueblo, pero no sé mucho más. Sé que te ponen todo ciego. Que te ríes y que es algo natural”. (Joven 29 años).

“¡Cómo no las voy a conocer! Buenos pedos me he agarrado yo con las setas, Diego”. (Joven 24 años).

Sin embargo, las narrativas recogidas de estos diversos individuos se basan más en conocimientos experienciales que teóricos, lo que explica el marcado cambio de tono y la disonancia entre ambos tipos de discursos al abordar una misma realidad.

“Para irse a una casa rural y fliparlo, está muy bien”. (Joven 20 años).

Esta dinámica no solo fue observada en las narrativas recogidas sobre la situación del consumo de setas en el municipio, sino que también aparece e influye en las solicitudes de intervención relacionadas con ellas, como se presentará más adelante.

Situación actual:

El grueso de la población del Real Sitio desconoce tanto las dinámicas de consumo de los hongos psicodélicos como la propia sustancia. Esto queda reflejado en la falta de discursos referidos a ellos cuando se preguntó sobre la situación de las adicciones en el municipio.

“¿Psilo qué?... No sé lo que me estás diciendo, Diego”. (Adulto de unos 50 años).

Esto cambió cuando el personal investigador proporcionó información sobre estos hongos como parte del proceso de recopilación de datos.

“Esto no puede seguir así, Diego. ¿Ahora con setas? ¡No sabía que esto se consumía!”. (Adulto de unos 40 años).

Además, las dinámicas se vieron modificadas cuando las personas entrevistadas son jóvenes y/o están involucradas en actividades relacionadas con el ocio nocturno.

“Buff... Las setas son una movida. Aquí no se ven mucho, pero sí conozco gente que las consume. Te ríes bastante con ellas y son menos peligrosas que otros químicos. Aunque te pueden dar un chungo, que flipas”. (Joven 25 años).

En estos casos, el nivel de desconocimiento y/o estigmatización disminuye en términos de discurso, mostrando una mayor apertura hacia el fenómeno, aunque también existe una considerable cantidad de creencias infundadas asociadas a estas sustancias y su consumo.

“No estamos hablando de cocaína ni nada así... Son cosas naturales... Eso sí, como para estar por ahí... como que no”. (Vendedor).

Este grupo tan concreto de personas del Real Sitio maneja un imaginario social sobre las adicciones distinto al mayoritario.

“Las setas molan... te pegas buenas risas... Aunque son para ambientes tranquilos ... No mola que la gente venga toda flipada a los bares... molestan a la gente”. (Hostelero 40 años).

Este no sólo legitima ciertos usos en contextos concretos, sino que se refiere a los efectos de su consumo en términos similares a los vistos para la LSD: droga capaz de generar risa.

“Yo una vez me puse de setas y salí por ahí de marcha. Al principio, fue la ostia... Luego no fue así. Los bares no molan de setas”. (Joven 34 años).

El uso de setas en el Real Sitio, al igual que en el caso del LSD, debido a su naturaleza psicodélica y los efectos hilarantes que pueden generar, enfrenta el complejo marco normativo que regula el uso recreativo en el ocio del municipio.

“La gente en el pueblo, si no vas como ellos te miran mal. Están bebiendo, fumando... Algunos se ponen de coca, de porros... pero como llegues ensetado... te miran mal”. (Adulto 38 años).

El potencial alucinógeno de esta sustancia hace que sus efectos no reciban el beneplácito esperado en el contexto de ocio nocturno, relegando estas experiencias al ámbito privado e invisible.

“Aquí en el pueblo solo los de siempre consumen setas. Pero no siempre, solo en días especiales... Bueno, gente joven también lo hace así... Es decir, que no es algo para todos los días”. (Vendedor).

En nuestro contexto de estudio, las drogas que no se alinean con la "lógica del puntillo", es decir, con los usos y efectos esperados en el consumo recreativo, tienden a ser invisibilizadas y estigmatizadas. Además, dado que los marcos explicativos utilizados para comprender estas dinámicas de consumo provienen del conocimiento experiencial, esto puede minar la confianza en el conocimiento teórico institucional. Ambos casos se perfilan como posibles fuentes de riesgo, por lo cual proponemos estrategias de intervención en la sección correspondiente.

Sugerencias vecinales:

En los discursos de nuestras personas informantes, no aparecieron directamente peticiones de intervención relacionadas con los hongos psicocibios, sustancia poco conocida y consumida.

“¿Drogas consumidas en el pueblo...? Coca, hachís, quizás pastillas... Digo yo que lo de todos los sitios, ¿no? (Adulto 43 años).

Argumentar con expresiones como “lo típico” o “lo de todos los sitios” evoca procesos de normalización y generalización sustentados en el modelo hegemónico de las adicciones.

“Se consume lo típico... No creo que este sea un sitio donde la gente se mete ninguna cosa rara”. (Trabajador de lo social 45 años).

Este no sólo ofrece herramientas y estrategias para comprender e intervenir en este ámbito, sino que dota de explicación teórica a situaciones desconocidas.

Una vez más, cuando el investigador introduce información sobre la sustancia en las interacciones, las personas consultadas, al carecer de conocimiento previo, suelen adoptar los principios del paradigma del "problema de la droga" como válidos. Esto conduce a que, frente a dinámicas y sustancias desconocidas, las propuestas de intervención se centren en medidas represivas y penales.

“Ya sabe... A todas las personas que se drogan o que lo venden... Multas y cárcel”. (Adulto 39 años).

Estos discursos se modifican cuando las personas consultadas son jóvenes y/o están involucradas en actividades de ocio nocturno.

“La gente sólo se quiere divertir... ¡Nadie es un monstruo para drogarse!”. (Adulto 36 años).

“Mejor informar que multar”. (Joven 19 años).

La falta de marcos explicativos sobre el uso de este tipo de setas, que se alejen del modelo hegemónico y del conocimiento experiencial, hace que el vecindario busque información científica tanto sobre estas sustancias como sobre las drogas en general.

“El problema es que en el pueblo todo el mundo piensa que las drogas son malas. Que los que consumimos somos unos delincuentes... ¡Eso no es así! Yo a más de uno le digo cómo mezclar, cómo tomar, etc.”. (Vendedor).

Esta información, siempre que sea lo más objetiva posible, ayudará a abordar los posibles riesgos mencionados anteriormente de manera más efectiva. En el caso de los hongos, su efecto como inductor de la risa y su origen no sintético minimizan el estigma vinculado a su consumo, siendo este el motivo por el que el vecindario no solicitó demandas de intervención específicas.

“Al final es algo que te hace reír y que es natural, dentro de lo que se puede consumir, no es de lo peor”.
(Joven 21 años).

Esta situación, al ir en contra de la lógica del puntillo y relegar el uso de estas sustancias al ámbito privado debido a la falta de información solicitada, será el foco central de las acciones propuestas en el siguiente apartado.

Acciones a llevar a cabo:

Sustentadas en las peticiones del vecindario y en la imagen que estos tienen sobre el consumo de hongos psilocibios en el Real Sitio, a continuación, planteamos las principales actuaciones que guiarán las intervenciones vinculadas al uso de esta sustancia.

Los resultados de los estudios ESTUDES y EDADES, presentados al inicio de esta sección, muestran una prevalencia mayor de consumo de este tipo de setas en Castilla y León en comparación con el nivel nacional. Esto nos lleva a inferir que, en el Real Sitio, aunque en menor medida, también se utiliza esta sustancia. Esta hipótesis ha sido confirmada mediante el trabajo de campo realizado.

“¡Si qué se consumen setas como si fueran drogas en el pueblo!”. (Adulto 47 años).

Proporcionar información lo más objetiva posible sobre las adicciones en general y específicamente sobre esta droga no solo ofrecerá al vecindario estudiado un marco de referencia para tomar decisiones de consumo más seguras, sino que también ayudará a reducir el estigma y a visibilizar a las personas que utilizan este tipo de drogas y se mantienen ocultas por temor a la represión potencial.

Diego: *¿Consumes o sabes de alguien que tome setas?*

Entrevistado: *¡Claro! Hace tiempo lo tomábamos mucho cuándo íbamos al campo. Es algo natural y no hace daño... Pero tampoco se puede abusar... te puede dejar en el sitio... Aunque nunca he tenido claro qué era verdad o no.*

(Joven 24 años).

Una vez más, se destaca la necesidad de establecer un espacio de referencia dedicado al trabajo sobre las adicciones en el Real Sitio, que coordine no solo las acciones dirigidas a proporcionar información sobre este fenómeno, sino también todo lo relacionado con él. Esta propuesta va más allá de lo informativo al convertirse en elemento central y dinamizador tanto para los profesionales y recursos del municipio que trabajan en el campo de las drogas como para aquellos que las consumen.

“Me dicen mis amigos que las han tomado... que te mueres de la risa”. (Adulto 42 años).

A nivel de prevención, consideramos que, aunque esta droga no sea mencionada frecuentemente por los vecinos del Real Sitio, ello no implica que no haya problemáticas asociadas a su consumo. Durante nuestro trabajo de campo, encontramos evidencias de la existencia de consumo de setas psilocibias, a pesar de que no sea un tema recurrente en las narrativas locales.

“El que quiere, puede comprar... Es difícil, pero se puede. (Joven 23 años).

Por lo tanto, proponemos acciones preventivas integrales que abarquen todos los niveles, no limitándonos únicamente a estrategias centradas en la abstinencia, la cesación y la demora en el consumo, sino también incluyendo la reducción de riesgos y daños. La falta de marcos teóricos explicativos sobre el consumo de este tipo de setas fomenta la creación de un conocimiento experiencial propio en el Real Sitio.

“Siempre fumo María... Pero como dicen que con las setas y el LSD te mueres de la risa... lo estoy pensando. ¿No sé qué hacer ni a quién consultar?”. (Joven 21 años).

La trivialización de los efectos de estas setas debido al conocimiento experiencial, que las relaciona principalmente con la risa y no reconoce su potente efecto alucinógeno, puede representar un riesgo para el vecindario.

“Cada consumo es distinto. Nadie puede saber la cantidad de psilocibina que tienen... Hay que extremar el cuidado en el uso si no se está bien a nivel psicológico. La experiencia puede ser muy fuerte. Siempre es mejor mirar el contexto individual y social antes de dar el paso”. (Energy Control).

Es por esto por lo que, el espacio de referencia sobre drogas antes citado deberá estar liderado por una persona experta no sólo en el ámbito de las adicciones sino también en reducción de daños.

CANNABIS.

Introducción:

El cannabis sativa es una planta dioica⁴⁶ originaria de Asia, la cual lleva siendo usada por los humanos desde hace mucho tiempo como fibra textil, sustancia medicinal, aceite, elemento espiritual, etc.

⁴⁶ Se denomina así a aquellas que cuentan con individuos macho y hembra.



Figura 93. Imagen de plantas de cannabis. Fuente: Total Grow Shop.

El principio activo principal de la marihuana es el Delta9-Tetrahidrocannabinol (THC), pero además contiene otro componente llamado Cannabidiol (CBD) en menor proporción. Varios estudios han investigado el CBD y le atribuyen propiedades analgésicas, anticonvulsivas, antipsicóticas, relajantes, entre otras, a diferencia del THC que es conocido por su efecto psicoactivo.

Existen diversas formas de presentación de la planta de cannabis. Entre las más comunes se encuentran:

Cáñamo: Se refiere a las fibras de la planta con una baja cantidad de THC, utilizadas principalmente en la industria textil.

Marihuana: Es el nombre dado al material triturado de los cogollos o flores de las plantas hembra, que generalmente contiene una mayor concentración de THC, el principio activo psicoactivo.

Hachís: Es un producto obtenido al prensar la resina de cannabis, resultando en una masa compacta de color variado. El hachís es conocido por su alto contenido de THC.

Aceite de hachís: Se trata de un preparado obtenido mediante la destilación del cannabis en diversos solventes orgánicos, que presenta concentraciones elevadas de THC.

Cada una de estas formas de presentación tiene usos distintos y características particulares en cuanto a su contenido de THC y otros componentes activos

Esta sustancia puede consumirse de diversas formas, como fumada, nebulizada, cocinada, en forma de cremas, entre otras. Los efectos principales del consumo incluyen relajación, risa incontrolable, alivio del dolor y las náuseas, reducción de la percepción de fatiga muscular, aumento del apetito, entre otros.

Sin embargo, un uso repetido sin implementar medidas de reducción de riesgos, y dependiendo del contexto de cada persona, puede desencadenar efectos adversos como pánico, paranoia, problemas respiratorios, dificultades de concentración, entre otros.

Aunque no es muy común, pueden ocurrir episodios de intoxicación, y se han documentado casos de desajustes psicológicos como brotes psicóticos y otros trastornos en personas susceptibles.

Datos España y Castilla- León:

El EDADES 2022 muestra cómo el cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia de consumo en España. En este estudio, el 40,9% de las personas consultadas reconocen su consumo alguna vez en la vida, continuando así con la tendencia creciente iniciada en 2013 y alcanzando en esta edición el máximo de la serie histórica.

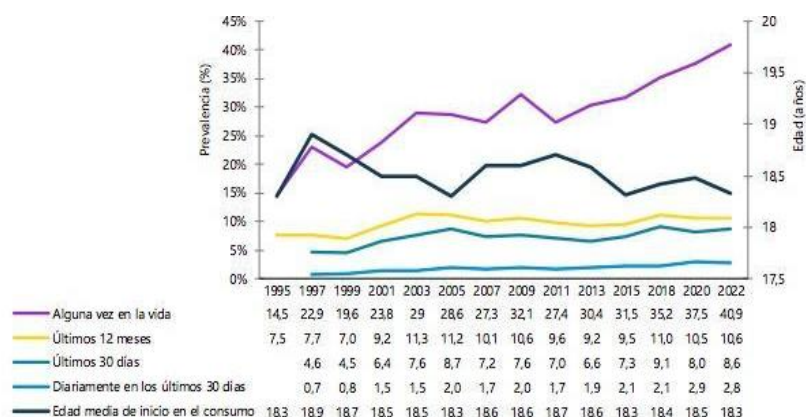


Figura 94. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de cannabis (%) y edad media de inicio en él (años) en población de 15-64 años. España 1995-2022. Fuente: EDADES 2022.

La tabla presenta una edad media de inicio de consumo de 18,3 años, la cual se mantiene estable a través de todas las series. Además, EDADES 2022, muestra cómo el uso de esta droga en función del sexo está más extendido entre los varones que entre las mujeres en todos los tramos de edad.

Según el tipo de presentación, la marihuana es el más consumido seguido de cerca por el hachís. El resto ocupan lugares residuales. La mayoría de las personas usuarias de esta sustancia reconocen su consumo mezclado con tabaco en forma de porro/canuto de manera preferente sobre otros.

		2015			2018			2020			2022		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Consumo cannabis últimos 30 días	Principalmente marihuana	52,7	50,5	59,3	48,3	47,7	50,0	48,7	48,9	48,0	49,0	47,9	51,9
	Principalmente hachís	17,0	17,7	15,1	21,9	20,5	25,9	20,6	19,2	24,5	21,9	21,8	22,3
	De los dos tipos	30,3	31,9	25,7	29,8	31,8	24,2	30,8	31,9	27,5	29,1	30,4	25,8
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días	Si	89,5	90,1	87,7	92,9	92,9	92,9	86,9	87,4	85,6	88,1	88,7	86,8
	No	10,5	9,9	12,3	7,1	7,1	7,1	13,1	12,6	14,4	11,9	11,3	13,2
Media de porros consumidos al día		2,5	2,6	2,1	2,7	2,7	2,6	2,9	2,9	2,8	2,7	2,8	2,5

Figura 95. Tabla de características del consumo de cannabis en población de 15-64 años que ha consumido esta sustancia en los últimos 30 días según sexo (%). España 2015-2022. Fuente: EDADES 2022.

ESTUDES 2021 presenta cómo el cannabis es la droga ilegal más consumida entre las personas estudiantes de 14 a 18 años. De todos ellos, el 28,6% lo han usado alguna vez en la vida.



Figura 96. Tabla y gráfico de prevalencia del consumo de cannabis (%) entre las personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y edad media de inicio del consumo (años). España 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

La edad de inicio en el uso está cerca de los 15 años, encontrando su uso extendido entre hombres que entre mujeres. La forma de utilización mayoritaria es la Marihuana (52,2%), siendo la decisión más frecuente la mezcla con tabaco (89,2%) sin que la variable sexo/edad influya en la decisión.

	2016	2019	2021		
	Total	Total	Total	Hombre	Mujer
Tipo de consumo de cannabis					
Principalmente marihuana (hierba)	51,1	43,8	49,8	47,7	52,2
Principalmente hachís (resina, chocolate)	12,2	19,3	16,7	15,3	18,4
De los 2 tipos	36,7	37,0	33,5	37,1	29,4
Mezcla de cannabis con tabaco					
Si	82,4	87,1	87,7	86,4	89,2
No	17,6	12,9	12,3	13,6	10,8
Media de porros consumidos el día que se consume cannabis	3,4	3,4	3,3	3,7	2,7

Figura 97. Tabla de características del consumo de cannabis de las personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días por sexo (%). España 2016-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

El consumo fumado a través de porro/canuto es la forma más extendida de uso, seguido de pipas, cachimbas, etc.

	2016	2019	2021		
	Total	Total	Total	Hombre	Mujer
En forma de porro o canuto	97,7	98,9	91,4	90,8	91,9
Usando pipas de agua, bongos, cachimbas, shishas	17,9	11,9	10,3	14,3	5,8
Por vía oral: pasteles, galletas...	5,7	2,0	1,4	2,0	,7
Usando cigarrillos electrónicos	1,8	5,4	5,3	6,7	3,7

Figura 98. Tabla de formato de consumo de cannabis de las personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo (%).

España 216-2021. Fuente: ESTUDES 2021

Centrándonos en los números reflejados por ESTUDES 2021 para Castilla y León, estos muestran datos similares a los existentes a nivel nacional.

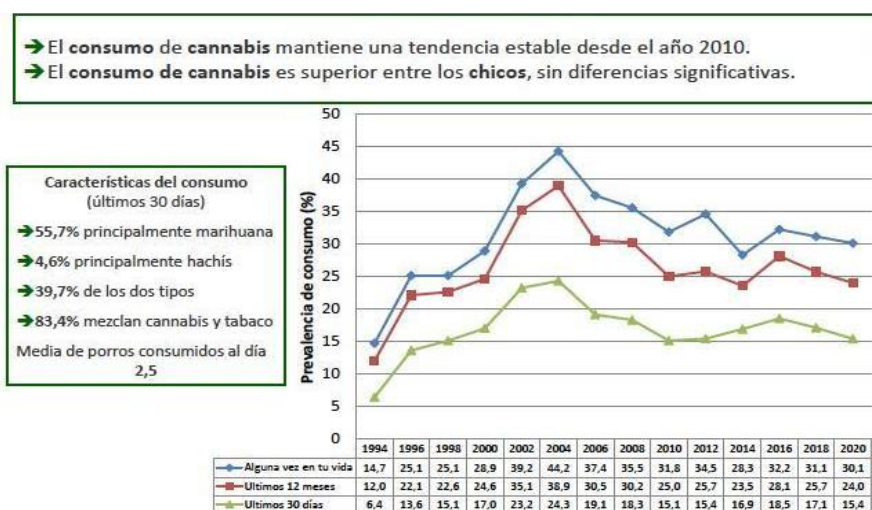


Figura 99. Tabla y gráfico de evolución de la proporción de personas de 14-18 años consumidoras de cannabis. Castilla y León 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

El consumo de cannabis en Castilla y León mostró un crecimiento entre 1994 y 2004, seguido de un descenso progresivo hasta 2010, manteniéndose estable hasta 2015. A partir de este año, se observa un inicio de tendencia al alza tanto en quienes lo han consumido al menos una vez en la vida, como en el último año y en los últimos 30 días. Según los resultados a nivel autonómico, los varones utilizan cannabis en mayor proporción que las mujeres, y la edad de inicio para ambos sexos se sitúa generalmente entre los 15 y 17 años.

	Hombre		Mujer		Total	
	España	C. y L.	España	C. y L.	España	C. y L.
Alguna vez en la vida (%)	29,2	32,6	27,9	27,5	28,6	30,1
Últimos 12 meses (%)	22,6	25,7	21,8	22,2	22,2	24,0
Últimos 30 días (%)	15,7	16,9	14,1	13,8	14,9	15,4
Consumo diario (%)	2,1	2,3*	1,1	0,5*	1,6	1,4

*p < 0,05: estadísticamente significativo

	2018/19	2020/21
Alguna vez en la vida (%)	31,1	30,1
Últimos 12 meses (%)	25,7	24,0
Últimos 30 días (%)	17,1	15,4
Consumo diario (%)	1,7	1,4

Figura 100. Tabla de consumo de consumo de cannabis en las personas estudiantes de 14-18 años en España y Castilla y León. Fuente: ESTUDES 2021.

Esta comunidad, respecto a los valores nacionales en personas de 14-18 años, muestra un incremento en el uso de cannabis en todas las categorías menos en el diario.

El EDADES 2022, para Castilla y León, refleja una proporción de uso de cannabis en el último año menor que los valores nacionales.

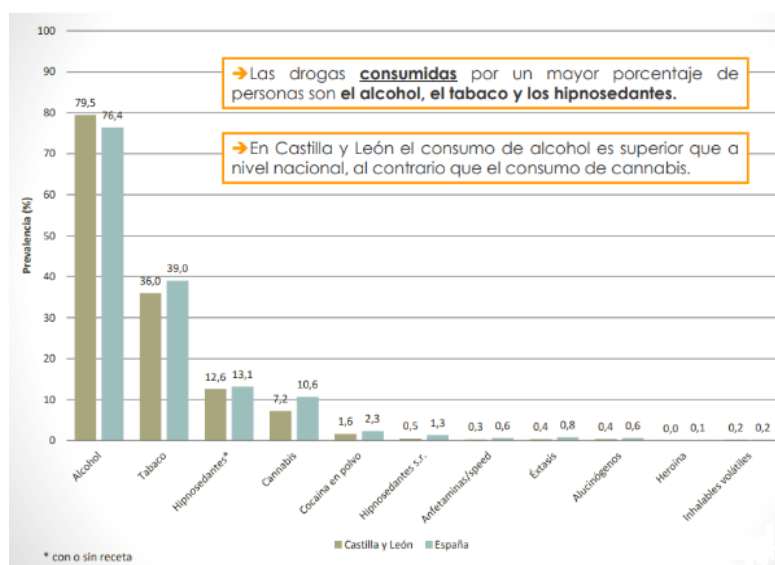


Figura 101. Gráfico de proporción de personas consumidoras de drogas en los últimos 12 meses (%).

Fuente: EDADES 2022

Los hombres (9,7%) en Castilla y León, consumen esta sustancia en mayor proporción que las mujeres (4,7%) en todos los rangos de edad. Como muestra la siguiente figura, las prevalencias de consumo de cannabis disminuyen en Castilla y León respecto a los valores registrados en el 2019, presentando porcentajes de un 14% para el intervalo de 15-34 años y de un 4,5% para el de 35-64.

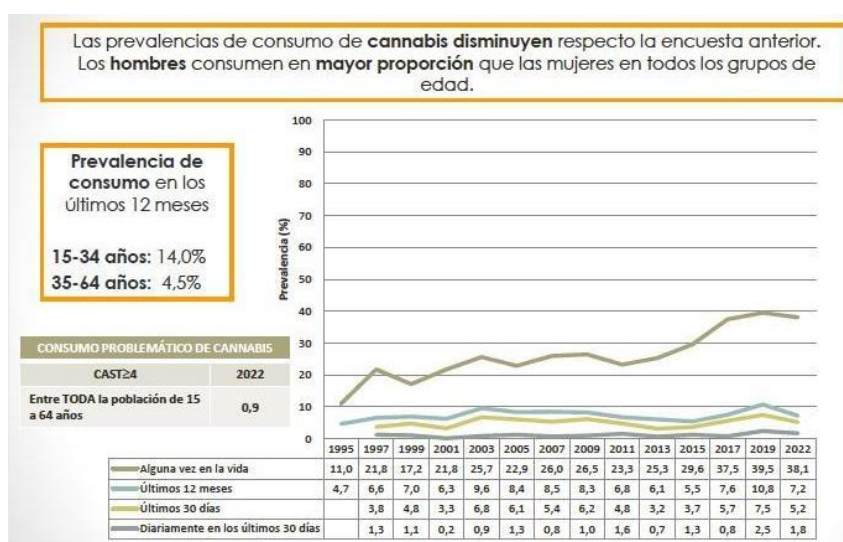


Figura 102. Tabla y gráfico de evolución de prevalencia de consumo de cannabis (%). Castilla León 2022. Fuente: EDADES 2022.

Percepción vecindario:

En las encuestas anteriores, tanto a nivel nacional como regional, se observa que el cannabis es la droga ilegal más consumida. Esta situación conlleva una gran normalización, tolerancia y visibilidad del consumo, lo que podría implicar una percepción reducida del riesgo asociado a su uso.

Diego: *¿Cómo crees que está el consumo de cannabis en el pueblo?*

Entrevistado: *Pues mira Diego, responde mirándome a los ojos. La gente fuma, eso lo sabemos todos. Pero, son solo unos porrillos y de críos. ¿Ya sabes no? No son cosas que preocupan...*

(Entrevista persona adulta 45 años).

La cita anterior refleja la percepción predominante sobre el cannabis en el Real Sitio. Se trata de una sustancia cuyo consumo se ha normalizado al punto que la mayoría de las personas entrevistadas están familiarizadas con ella y solicitan intervenciones específicas. Además, en sus discursos se incluyen reflexiones relacionadas con el debate actual sobre su legalización y sus posibles usos medicinales.

“En la tele sale mucho que se puede usar para gente que tiene cáncer. Si eso es así, ¿no será tan malo?”.
 (Adulto de 36 años).

Este debate, visible tanto en los medios de comunicación como en el ámbito político actual, ha alterado la percepción previa que existía sobre el cannabis. En la actualidad, esta sustancia se encuentra en una posición intermedia en cuanto a la percepción de su problemática en el Real Sitio por parte de los residentes, ubicándose entre las drogas ilegales y aquellas no reguladas por el gobierno.

“No pasa nada por unos porrillos.... Son cosas de chavales... Vamos, que no es heroína y esas cosas...”.
(Adulto de 30 años).

La cita anterior no solo minimiza las posibles problemáticas vinculadas al consumo de cannabis en comparación con otras drogas, sino que también lo relaciona con un grupo de edad específico, ignorando el uso que pueden hacer otras personas. La comparación con la heroína vista como más peligrosa y utilizada como símbolo a evitar en el contexto del "problema de la droga", legitima y reduce la percepción del riesgo asociado al consumo de cannabis en el Real Sitio.

Es interesante reflejar cómo el discurso cambia cuando la persona preguntada incorpora, dentro de sus vivencias personales, experiencias vinculadas al cannabis interpretada en términos negativos.

“Pues ya sabes tío... la puta droga como es... ¡A nosotros nos ha destrozado! Nuestro hijo dejó de estudiar. Empezó a tener peleas, etc.”. (Adulto de 46 años).

En estos casos, como se ha presentado previamente en este informe, el modelo hegemónico prohibicionista crea una narrativa negativa sobre el cannabis, que tiene más peso en la percepción verbalizada que la tolerancia social mencionada anteriormente.

“Yo, lo he pasado mal con los porros. Espero que haya mano dura con quien vende”. (Joven 26 años).

Por lo tanto, para comprender de manera integral la situación del cannabis en el Real Sitio, es crucial considerar la coexistencia discursiva de las posiciones opuestas mencionadas anteriormente. Esto lleva a que la percepción del consumo de esta sustancia en el municipio analizado se traduzca en una mezcla de discursos contradictorios, que oscilan entre la percepción de su menor daño y la preocupación general por la peligrosidad asociada a todas las drogas

“Las drogas son muy malas... los porros igual... ¡Pero es verdad que un porrillo, no hace mal a nadie!”.
(Adulto 36 años).

Situación actual:

El trabajo de campo realizado en el Real Sitio reveló que la gran mayoría de las personas consultadas tienen una percepción sobre el cannabis basada tanto en el conocimiento generalizado sobre esta droga como en la normalización de su consumo.

“Se consume bastante en el pueblo, pero yo creo que es algo de gente joven. No es algo que tenga que generar alarma”. (Joven 25 años).

En nuestro contexto de estudio, el imaginario social asociado al cannabis y su consumo lo vincula principalmente con personas que se encuentran en el rango de edad de 15 a 25 años.

“Yo lo hago y todos los que conozco y fuman, son de mi edad”. (Joven 18 años).

Este proceso supone trasladar, metafóricamente, gran parte del estereotipo negativo que nuestra sociedad vincula con esta etapa, a la sustancia que estamos analizando y viceversa.

“Porros... ¡Qué pereza! Hace años sí que me ponía tibio... ahora no. No sé... uno se hace mayor y como que le llaman otras cosas”. (Joven 27 años).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período de desarrollo humano que ocurre entre los 10 y 19 años, marcado por un rápido crecimiento y cambios físicos significativos. Algunos eventos biológicos durante este período son prácticamente universales, como los cambios físicos, mientras que otros pueden variar según el contexto sociocultural, como la duración y la naturaleza específica de los cambios experimentados.

“Esto es una puta mierda. Les digo a mis padres que quiero salir de fiesta, pero me ponen hora. Y, cuando me enfado, dicen que me comporto como un crío...”. (Joven de 18 años).

Los adolescentes se sienten diferentes a los niños, pero a su vez, el sistema social les recuerda que no son adultos, con todas las complicaciones que esto supone.

“Mis padres dicen que no quieren que beba, que no fume... ¿Y ellos?”. (Joven 16 años).

Las personas jóvenes, aspirando a alcanzar lo que representan los adultos, tienden a imitar y adoptar comportamientos asociados con sus mayores. Es en este contexto donde el consumo de sustancias como el cannabis, alcohol, tabaco, entre otras, se convierte en un medio de reproducción simbólica de conductas adultas.

“Yo fumé porros hace años. Luego lo dejé. Son cosas que uno hace cuando es joven y de tontos”. (Joven 28 años).

Según Hall y Solowij (1998), la mayoría de las personas que consumen cannabis lo hacen de manera ocasional o experimental, especialmente al inicio de su relación con la sustancia, durante la juventud. En este período, adoptar acciones y comportamientos asociados a los adultos representa un proceso de equiparación cultural hacia aquellos modelos sociales que sirven como referencia cultural.

Usos como el consumo de cannabis tienden a abandonarse al llegar a la madurez, a menos que ciertas variables como el acceso, factores familiares, económicos, entre otros, contribuyan a mantener este comportamiento en la edad adulta como parte de la identidad. No obstante, según estos autores, aquellos que continúan perpetuando este comportamiento tienen un mayor riesgo de desarrollar una relación de dependencia, con todas las implicaciones negativas asociadas.

“Yo fumo, por el sabor, me hace sentir mejor... Llevo haciéndolo desde que tenía 13 años y siempre me ha gustado. Empecé a fumar para sentirme mayor”. (Joven 23 años)

Si bien el consumo de cannabis en personas mayores es residual en el Real Sitio, ellas son las que más posibilidad tienen de desarrollar una relación de dependencia al llevar más años usándola.

“Yo comencé a fumar cuando tenía unos 15 años. En esas épocas en las que todo te da igual y te quieres hacer el mayor (risas). Luego, continué fumando. Me metí en el rollo del punk y ya sabes... ¡Allí fuma todo el mundo! Y todavía lo hago... Es como una parte de mí”. (Adulto 47 años).

Aquellos usos que comienzan vinculados con lo experiencial pasan a ser incorporados por un número pequeño de personas como rasgos propios de su personalidad.

“¿Qué sería yo sin fumar porros? Dice mucho de mí y me ayuda mucho”. (Adulto 46 años).

En el Real Sitio, independientemente del argumento que utilicen las personas que consumen cannabis, todas expresan de manera positiva su relación con la sustancia. Esto implica un distanciamiento tanto discursivo como experiencial de los referentes negativos asociados al "problema de la droga".

“Siempre me ha dicho que esto mata, que te puede llevar a la calle... Pero yo llevo mucho consumiendo y conozco gente que lo hace y no pasa nada”. (Joven 22 años).

La asociación entre algunas drogas y el ocio comenzó a consolidarse en la década de los 70. Sin embargo, fue en los años 90 cuando se redujo la percepción de estas sustancias como peligrosas, lo que llevó a su normalización en entornos festivos. El caso del cannabis es paradigmático, ya que la baja percepción de riesgo asociada a esta droga, influenciada en parte por su integración en la lógica biomédica, ha provocado un alto grado de normalización. Como resultado, pocas personas lo describen exclusivamente en términos negativos.

“Fumar porros ahora es normal. Muchos lo hacen. Es como beber, fumar tabaco... ¿Si? Eso sí... Cómo te pases... Nadie quiere salir de su casa a cuidar a otro. Hay que tener cuidado con ponerte muy ciego...”. (Joven 18 años).

A pesar de esta situación, la "lógica del puntillo", que guía las normas de comportamiento en los espacios de ocio, no solo dicta cuánto se debe consumir, cómo comportarse bajo los efectos, dónde consumir, entre otros aspectos, sino también influye en las demandas de intervención y regulación.

Sugerencias vecinales:

La convivencia de percepciones centradas en la normalización y la penalización del consumo de cannabis en el Real Sitio influye en las demandas de intervención de su comunidad. La persona informada siguiente solicita acciones represivas para intentar mitigar la situación actual relacionada con el consumo de cannabis en el Real Sitio.

“Hay que tener mano dura. ¡Fíjate en el pueblo, Diego! ¡Fíjate! Los jóvenes están todos echados a perder. Todo el día bebiendo, con el porro en la mano... Y eso ya sabes lo que significa... Muchos de

ellos terminan metiéndose drogas mucho más serias. No hace falta haber estudiado para darse cuenta de ello". (Adulto 45 años).

Este tipo de discursos se basan en la "teoría de la escalada", que postula la existencia de drogas de entrada que pueden llevar a consumos y situaciones más peligrosas. Según Fernández (2017), esta teoría no solo no refleja la realidad, sino que también reproduce las consignas del Modelo Médico Hegemónico diseñado para prevenir el consumo de drogas. Este tipo de peticiones, variarán según la trayectoria personal de la persona y sobre todo, según la edad y/o vinculación con el ocio nocturno.

"Los chicos fuman unos porros y ya está. No hacen mal a nadie. Información para que sepan lo que se metan". (Joven 25 años).

Nuestro primer informante pide "mano dura" como sugerencia de intervención, ya que su relación con la sustancia se basa en modelos explicativos prohibicionistas. Por otro lado, la segunda persona solicita intervenciones informativas, pues su relación con el cannabis no se constituye desde una vivencia negativa, sino desde un proceso de normalización.

A pesar de la convivencia entre estas dos posiciones aparentemente contrapuestas, la gran mayoría de las peticiones registradas en nuestro trabajo de campo se alejaron de posturas punitivistas.

"En vez de perseguir a los que fuman, hay que informarlos". (Adulto de 40 años).

En el imaginario social del Real Sitio, la idea de una menor lesividad del cannabis, debido a su vinculación con lo sanitario, genera una percepción mayoritaria que se traduce en peticiones que normalizan su uso. Esto resulta en una menor invisibilización de la sustancia, su consumo y el estigma asociado a su uso, lo que hace que la intervención desde la reducción de riesgos y daños se presente como la opción más acertada.

Acciones a llevar a cabo:

El consumo de cannabis en el Real Sitio requiere intervenciones que aborden la polarización del fenómeno, caracterizada por la normalización y la penalización de su uso. En este contexto, proponemos la implementación de acciones preventivas, informativas e interventivas que no solo se enfoquen en evitar el inicio del consumo, tratarlo o retrasarlo, sino también en reducir los riesgos y daños asociados tanto a la normalización del consumo como a su penalización.

A nivel informativo, proponemos la creación de un espacio dedicado a las adicciones que ofrezca contenidos objetivos sobre el cannabis y otras drogas. Este servirá como referencia en este ámbito, no solo para las personas usuarias de drogas, sino también para todo el vecindario

Con respecto a las propuestas preventivas (charlas, cursos, asesorías, atención personalizada), estas serán organizadas desde el espacio antes mencionado. Estas actividades se implementarán de manera transversal en todo el municipio, aunque se priorizarán los esfuerzos en el ámbito educativo y familiar, dado que son los contextos de socialización preferentes para la población que más consume cannabis en el municipio.

Por último, la presencia en el Real Sitio de perfiles de personas consumidoras de cannabis de largo recorrido, tanto recreativo como experiencial, indica la posible aparición de riesgos y daños asociados a su uso como una realidad. Por ello, sugerimos la implementación de estrategias de intervención en este ámbito, dirigidas por un especialista en este modelo de intervención.

RESEARCH CHEMICALS.

Introducción:

Este concepto define a todas aquellas sustancias de reciente aparición en el mercado generalista de drogas, aunque puedan haberse sintetizado varias décadas atrás. Estos elementos, conocidos como Legal Highs, Nuevas Sustancias Psicoactivas o Research Chemicals (RC), son sustancias químicas que interfieren en la actividad del Sistema Nervioso Central y que, en la mayoría de los casos, ofrecen efectos análogos a los de otras sustancias prohibidas. Al no estar incluidas en ninguna lista de fiscalización, su uso no puede considerarse ilegal, lo que lleva a las personas a incorporarlas gradualmente a sus patrones de consumo como sustitutos legales de otras drogas ya fiscalizadas

Estas sustancias se caracterizan por una distribución minoritaria en contextos restringidos, existiendo la posibilidad de una generalización del consumo; una fecha de creación relativamente cercana a la actualidad, con pocas décadas de recorrido; uso de internet no solo para su compra y distribución, sino como fuente de conocimiento; informaciones vinculadas a ellas de poca calidad, sin contraste y de dudosa reputación; carácter novedoso, situación que propicia la no fiscalización de consumo.

En la gran mayoría de los casos, la información disponible sobre estas sustancias consiste en descripciones basadas en el saber experiencial de algunos individuos que las han probado.



Figura 103. Imagen de la RC 3MMC en cristal. Fuente: Zoll.

Esto crea el caldo de cultivo perfecto para que prosperen todo tipo de especulaciones y leyendas urbanas. Por ello, los mayores riesgos vinculados a su uso incluyen el desconocimiento de las interacciones con otras sustancias, las dosis adecuadas, los efectos secundarios, etc. Estas sustancias, cuando presentan prevalencias de consumo relativamente altas, suelen ser declaradas ilegales, dando paso a la aparición de nuevas sustancias con efectos similares en un ciclo que se repite continuamente.

Datos España y Castilla- León:

En esta sección, se presentan los datos de ESTUDES 2021 y EDADES 2022 sobre los principales RC consumidos en España y Castilla y León. Es importante destacar que ambas encuestas utilizan el término "Nuevas Sustancias Psicoactivas" para referirse a estos compuestos.

El EDADES de 2022 define como (NPS) a todas aquellas sustancias que imitan los efectos de drogas ilegales como cannabis, cocaína, éxtasis, entre otras. La característica principal de estas sustancias es su capacidad para imitar los efectos de otras sustancias controladas, aunque ellas mismas no estén fiscalizadas. El estudio presenta resultados específicos para cada una de las drogas consideradas como NPS: ketamina, spice, mefedrona, ayahuasca, cocaína rosa, flakka y óxido nitroso.

	Total	15-64 H	M
Nuevas sustancias	1,9	2,7	1,1
Ketamina	0,9	1,5	0,4
Spice	0,5	0,8	0,3
Mefedrona	0,2	0,3	0,1
Ayahuasca	0,3	0,5	0,2
Cocaína rosa	0,5	0,7	0,3
Flakka	0,1	0,1	0,0
Óxido Nitroso	0,2	0,4	0,1

Figura 104. Tabla de prevalencia del consumo de nuevas sustancias psicoactivas (%) alguna vez en la vida en población de 15-64 años según sexo. España 2021. Fuente: EDADES 2022.

En cuanto al uso de estas sustancias, dentro del marco temporal de haberlas consumido alguna vez en la vida, solo un 1,9% de la población de 15 a 64 años declara haberlas utilizado. Este uso está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.

ESTUDES 2021 utiliza, para analizar el fenómeno que centra este apartado, la misma concepción presentada anteriormente en la encuesta EDADES. Solo que esta vez las drogas incluidas en este grupo son la ketamina, spice, mefedrona, salvia y ayahuasca.



Figura 104. Tabla y gráfico de prevalencia del consumo de nuevas sustancias psicoactivas (%) alguna vez en la vida entre las personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo. España 2014-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

La prevalencia de consumo de “nuevas sustancias psicoactivas” para “alguna vez en la vida” es del 2,0% (2,3% en hombres y 1,6% en mujeres). Además, en ambos grupos, este tipo de drogas va perdiendo relevancia entre las personas estudiantes de 14 a 18 años.

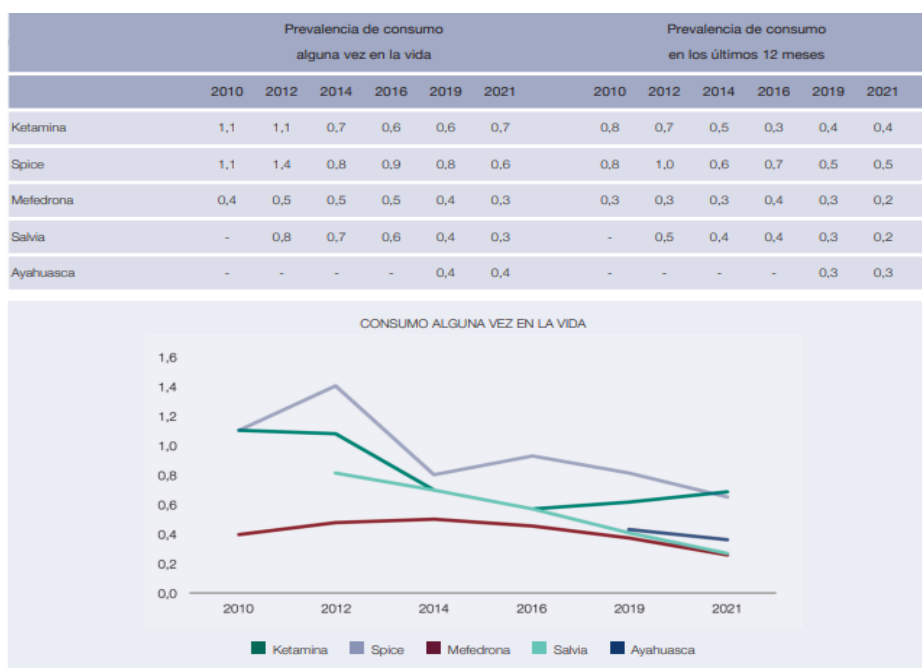


Figura 105. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas en personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años (%). España 2011-2021 . Fuente: ESTUDES 2021.

La anterior imagen muestra cómo, independientemente de la sustancia y del tramo temporal que se analice, el consumo de estas drogas por separado es residual, situándose siempre por debajo del 1%. Respecto al tramo temporal de alguna vez en la vida, se observa que la ketamina se posiciona como la sustancia que registra una mayor prevalencia de consumo (0,7%), seguida del spice (0,6%), la

ayahuasca (0,4%), la mefedrona y la salvia, ambas con una prevalencia de consumo del 0,3%. Sin embargo, respecto al consumo en los últimos 12 meses, el spice se consolida como la sustancia con mayor prevalencia de consumo entre el conjunto de estudiantes (0,5%).

En el ESTUDES 2021 y EDADES 2022 no se encontraron datos desagregados sobre estas sustancias específicamente para Castilla y León. Esto no indica que carezcan de relevancia en esta comunidad, sino que sus niveles de uso son tan bajos que no fueron considerados en el análisis autonómico.

Percepción vecindario:

La mayoría de los residentes del Real Sitio de San Ildefonso, de manera similar a lo presentado sobre otras drogas, desconocen la existencia de las sustancias que centran este apartado.

“¿Qué es eso de los RC?”. (Joven 20 años).

Con lo que, cuando preguntamos por alguna de las sustancias consideradas como NPS, aflora un desconocimiento similar.

“¿3MMC, Metilona... eso se toma aquí? ¿Qué es esto?”. (Adulto 39 años).

Si la persona investigadora mencionaba las drogas incluidas en este apartado y sugería la posibilidad de su consumo en el Real Sitio, las respuestas de las personas encuestadas reflejarían la perspectiva predominante que explica el "problema de la droga".

“¿Cómo se va a consumir esto aquí...! ¡Es de yonkis! ¡Hay que hacer algo para que esto no se así!”. (Adulto 40 años).

Hay ciertas variables que posibilitan que nuestras personas informantes tengan mayor conocimiento de estas sustancias como son la juventud y/o relación con el ocio nocturno.

“Algo conozco, pero no es algo que se vea dentro del pueblo”. (Adulto 30 años).

Aunque estas narrativas existan, el análisis de los datos recopilados durante el trabajo de campo muestra que el consumo en el municipio analizado es minoritario.

“Sí lo conozco. He oído alguna vez hablar de ellos... Aquí esto no se vende”. (Vendedor).

La falta de información y evidencia sobre el consumo de NPS contribuye a invisibilizar su presencia, además de generar una baja percepción del riesgo asociada a estas sustancias en el Real Sitio de San Ildefonso.

“Con esto no hay que hacer nada, ¿no? Aquí esto no llega”. (Adulto 39 años).

Esta situación no invalida las acciones en este campo, ya que, debido a la naturaleza misma de estas sustancias, su uso puede propagarse y plantear riesgos tanto para quienes las consuman como para el resto del vecindario.

Situación actual:

El conocimiento de una droga, que incluye tanto su visibilidad en el uso como el acceso a información sobre ella, influye en la percepción que se tiene de ella en nuestro contexto de estudio

Diego: *¿Conoces alguna nueva sustancia que se esté consumiendo en el pueblo?*

Entrevistado: *Pues sí. He escuchado que algunas personas están tomando Poppers.*

(Entrevista joven 20 años).

Este es el motivo por el cual, en el Real Sitio, entre todas nuestras fuentes de información, hay muy pocas personas que conozcan o sepan algo sobre el consumo de sustancias catalogadas como RC

Diego: *¿Es nueva...?*

Entrevistado: *Bueno... Si sé que aquí eso no se ha consumido antes.*

(Entrevista joven 27 años).

En el municipio, las drogas que no se consumen no son conocidas, y la información sobre ellas se obtiene principalmente a través de la aplicación del Modelo Hegemónico explicativo sobre las adicciones. Por lo tanto, la llegada o visibilización de sustancias y consumos catalogados como nuevos en nuestro contexto de estudio lleva a que se consideren como novedosos, sin necesidad de recibir esta categorización fuera del municipio, como vimos en el ejemplo anterior con los Poppers.

Diego: *¿Qué drogas conoces que se consuman en el pueblo?*

Entrevistado: *Pues la típicas- responde con seguridad. Cocaína, porros... ehhs Igual algo de heroína... ¡Vamos, lo normal! ¿No? Tenemos mucha gente joven en el pueblo que sale a pasárselo bien.*

Diego: *Alguna otra cosa... no se... ¿Distinta...?*

Entrevistado: *Pues... no sé. Eso son cosas de yonkis y de ciudades grandes... ¡Aquí los jóvenes son muy sanos! No sabría decirte más...*

(Entrevista madre 27 años).

En el imaginario social del Real Sitio, no solo se normalizan ciertos consumos de drogas como cannabis, alcohol y cocaína, sino que también se genera un proceso mediante el cual ciertas sustancias pueden ser percibidas como problemáticas o no, dependiendo de su visibilidad y conocimiento entre la población. Por lo tanto, lo que se considera novedoso en el ámbito de las adicciones en este contexto se define en términos de peligro y puede estar invisibilizado, estigmatizado y perseguido en los relatos debido a la falta de información rigurosa como referencia.

El ocio nocturno, así como diversas festividades municipales, son espacios donde el consumo de ciertas drogas está tolerado e incluso fomentado de manera ligera. Sin embargo, esta situación no implica

falta de control, ya que expresiones como "saber beber", "tener cuidado" o "coger el puntillo" demuestran la existencia de un referente normativo sobre el uso de drogas y las pautas de comportamiento en los contextos mencionados anteriormente.

“Yo entiendo que la gente se lo tiene que pasar bien... Son las fiestas... Pero con cuidado. Todos hemos sido jóvenes, pero de ahí a lo que se hace en otros sitios... ¡Debemos de tener cuidado con la gente que no es de aquí! Son los que traen estas drogas que tanto enganchan”. (Adulto 55 años).

El uso de expresiones como "cosas de yonkis", "la gente aquí es sana", "no tomo cosas químicas", entre otras, refleja procesos de resistencia discursiva en el municipio analizado frente a ciertas drogas y patrones de consumo que contradicen el conjunto de normas mencionadas anteriormente. Estos discursos están fundamentados en el modelo hegemónico de explicación de las adicciones.

“No sé... La verdad es que a mí todo eso de los químicos... no me gusta. Esas cosas de laboratorio. Hay gente que no es del pueblo que a veces lo trae, pero nadie lo toma... ”. (Joven 20 años).

En el caso de las drogas abordadas en este apartado, su naturaleza novedosa y su creación en laboratorios las convierten metafóricamente en blanco de todo el peso del estigma y la penalización asociados al "problema de la droga", como parte de una estrategia preventiva.

“La mierda esta la traen los de fuera. Eso es de las grandes ciudades... Ya sabes lo que quiero decir... ¡Aquí esto no pasa!”. (Adulto 35 años).

A través de este proceso, el vecindario expresa un rechazo metafórico hacia un fenómeno tan complejo como la modernización. Esto se manifiesta mediante la desaprobación no solo de lo novedoso en el ámbito de las drogas, sino también de las personas que representan elementos de cambio en su contexto de consumo, es decir, aquellas que provienen de fuera del municipio.

Sugerencias vecinales:

La falta de percepción por parte del vecindario analizado, no solo de las problemáticas asociadas, sino también del consumo o la existencia de "NPS", contribuye a que no se expresen intervenciones específicas en los datos recopilados sobre estos temas.

“No hace falta nada con respecto a eso. ¡Aquí no se consume!”. (Joven 19 años).

Si nuestras preguntas se refieren a estas sustancias en términos de posible novedad de consumo en el pueblo y se acompañan de algo de información, el discurso experimenta un cambio radical.

“Si eso se toma en el pueblo tenemos un grave problema”. (Joven 22 años).

En este caso, las intervenciones solicitadas por el vecindario fueron acciones represivas, jurídicas y penales. Esta situación muestra cómo, ante la falta de conocimiento, el Modelo Hegemónico Interpretativo sobre las adicciones se aplica de manera inconsciente (de la Vega y Fernández, 2019).

Acciones a llevar a cabo:

La falta de personas consumidoras que puedan actuar como referentes de conocimiento y la escasez de información objetiva sobre NPS en el Real Sitio conduce a que las acciones propuestas en este contexto se enfoquen en la prevención, la información y la reducción de riesgos. Por lo tanto, proponemos la creación de un espacio de referencia sobre las adicciones al que pueda acceder toda la comunidad, donde se proporcionen materiales preventivos sobre los Research Chemicals y se informe sobre los posibles riesgos asociados a su consumo y cómo minimizarlos. Estas acciones, dirigidas por un experto, no solo contribuirán a reducir el estigma tanto de las sustancias como de quienes las utilizan, sino que también permitirán monitorear la llegada de estas drogas al municipio.

DROGAS LEGALES.

En nuestro contexto de estudio denominaremos como **legales** a aquellas sustancias cuyo uso, distribución, elaboración y comercialización está permitido por ley, dentro de una zona geográfica concreta. Esta venta se hace mediante dispositivos existentes en mercado legal, con lo que su producción, marketing, compra, etc., repercuten de manera directa a la economía del contexto donde esto suceda. Esto provoca que, en muchos casos, su uso esté incentivado contextualmente.



Figura 106. Tira cómica sobre la condición del alcohol como una sustancia de uso legal. Fuente:

TOONHOLE.

En la actualidad, en España, las dos drogas que presentan las prevalencias de consumo más altas son el alcohol y el tabaco. Sustancias que tienen un estatus de legalidad vinculado a su uso. Está más que demostrado que el consumo recurrente de tabaco y alcohol puede provocar múltiples enfermedades.

Con lo que, si esta situación es similar a la sucedida con otras drogas consideradas ilegales, debemos preguntarnos ¿qué variables influyen para que estas dos no sean consideradas como tal?

La respuesta es muy simple ya que, con relación a estas sustancias, el criterio médico no es ni el único ni el determinante para definir el consumo de una sustancia como legal o no, sino su condición social de bien de consumo. Ante esta situación, si queremos entender por qué estas dos sustancias no son consideradas ilegales como otras drogas, debemos considerar diversas variables que pueden influir:

Cultura y tradición: El consumo de alcohol y tabaco está arraigado culturalmente en muchas sociedades, lo que puede influir en su aceptación social y en las políticas públicas.

Intereses económicos: Las industrias del alcohol y el tabaco tienen un peso considerable en la economía y generan ingresos significativos a través de impuestos y empleos, lo que puede influir en la regulación y política sobre estas sustancias.

Regulación histórica y social: A lo largo del tiempo, el alcohol y el tabaco han sido regulados de manera diferente que otras drogas, lo cual puede estar relacionado con percepciones históricas y sociales sobre su uso y efectos.

Percepciones de riesgo y daño: Aunque el alcohol y el tabaco pueden causar graves daños a la salud, la percepción del riesgo asociado puede ser menor en comparación con otras drogas ilegales.

Lobbies y presión política: Los grupos de presión y las campañas de lobby pueden influir en las políticas públicas y en la regulación de estas sustancias.

En resumen, las variables que influyen para que el alcohol y el tabaco no sean considerados ilegales incluyen factores culturales, económicos, históricos, sociales y políticos que han moldeado la percepción y la regulación de estas drogas en comparación con otras.

ALCOHOL.

Introducción:

Las bebidas fermentadas con base alcohólica existen desde los albores de la civilización, con evidencias de su uso que datan de cerca del 7000 a.C. en la antigua China. Estas se caracterizan por contener etanol o alcohol etílico en su composición. El alcohol etílico es un líquido incoloro y soluble en agua, que posee un olor característico. La graduación alcohólica de estas bebidas mide el contenido de alcohol puro por cada 100 centímetros cúbicos (c/c), expresándose en grados. Por ejemplo, un vino con 18 grados significa que 18 de cada 100 c/c son de alcohol puro.

Según su modo de fabricación, podemos conseguir dos tipos de alcohol dentro de las bebidas:

- **Destilado:** es el obtenido a través de la destilación de alcoholes fermentados. Este grupo estaría conformado por todas aquellas bebidas cuya graduación es mayor del 20%.

- **Fermentado:** así se llama al tipo al que proviene de la fermentación de frutas y cereales, como la cerveza, el vino, el cava... Es decir, aquellas cuya graduación se sitúa en torno al 5%-15%.



Figura 107. Imagen de diversos tipos de bebidas alcohólicas. Fuente: Cone Health.

La cantidad de alcohol en una bebida depende de su concentración y del volumen contenido. Según la OMS, la cerveza contiene entre un 2% y un 5% de alcohol puro, los vinos entre el 10,5% y el 18,9%, y los licores entre el 24,3% y el 90%. Para calcular el contenido de alcohol en gramos en una bebida alcohólica, basta con multiplicar los grados alcohólicos por la densidad del alcohol, que es 0,8.

$$\text{gramos alcohol} = \frac{\text{volumen (expresado en c.c.)} \times \text{graduación} \times 0,8}{100}$$

Es decir si una persona consume 100 c.c. de un vino de 13 grados, la cantidad de alcohol absoluto ingerida es:

$$\frac{100 \text{ c.c.} \times 13 \times 0,8}{100} = 10,4 \text{ gr alcohol puro}$$

Otro ejemplo, en una cerveza de cuarto (250 c.c.) y de graduación 4,8 grados, la cantidad de alcohol absoluto es:

$$\frac{250 \times 4,8 \times 0,8}{100} = 9 \text{ gr alcohol puro}$$

Figura 108. Fórmula para calcular el consumo de Alcohol. Fuente: Ministerio de Sanidad.

Esta forma de calcular los gramos de alcohol consumidos por una persona se ha sustituido, en algunos contextos y con el fin de unificar criterios, por la llamada **Unidad de Bebida Estándar (U.B.E.)**. En España, cada una de estas unidades supone entre 8 y 13 gramos de alcohol puro, pudiendo medir a través de ella la cantidad de este que se introduce en el cuerpo.



Figura 109. Imagen para calcular el consumo de alcohol en UBE. Fuente: Navarra.es.

Un hígado saludable puede metabolizar aproximadamente una Unidad de Bebida Estándar cada hora y media, y se recomienda no superar los 30 a 40 gramos de alcohol diarios para los hombres, y 20 a 24 gramos para las mujeres. Adoptamos una postura cautelosa respecto a estas cantidades, dado que factores como la etnia, el peso, etc., influyen en cómo afecta el alcohol al organismo.

País	Consumo de bajo riesgo		Contenido en alcohol de 1 UBE en g
	Hombres	Mujeres	
Portugal	Hasta 24g/día	Hasta 16 g/día	10g
Rumania	Beber con moderación: hasta 2 UBEs (24g/día)	Beber con moderación: hasta 1 UBE (12 g/día)	12 g
Suecia	Solo se define el consumo de riesgo como más de 14 UBEs (168 g/ semana) o más de 5 UBEs (60 g) por ocasión	Solo se define el consumo de riesgo como más de 9 UBEs (108 g/semana) o más de 4 UBEs (48 g) por ocasión	12 g
Francia	Hasta 10 UBEs (100 g/semana), nunca más de 2 UBEs (20 g/día) y al menos 1 día libre de alcohol a la semana		10g
Croacia	Hasta 2 UBEs (20g/día)	Hasta 1 UBE (10 g/día)	10g
Chipre	2 UBEs (20g/día)	1 UBE (10 g/día)	-
Luxemburgo	2 vasos de cerveza (250 ml) o de vino (100 ml/día) 2-3 días libres de alcohol a la semana	1 vaso de cerveza (250 ml) o de vino (100 ml/día) 2-3 días libres de alcohol a la semana	12 g
Eslovenia	Hasta 200 ml de vino o 1 botella (500 ml) de cerveza o 2 chupitos de licor al día (no sobrepasar 14 UBEs (140 g/ semana) y nunca más de 5 UBEs (50 g) por ocasión. Al menos 1-2 días libres de alcohol a la semana	Hasta 100 ml de vino o 1/2 botella (250 ml) de cerveza o 1 chupito de licor al día (no sobrepasar 7 UBEs (70 g/semana) y nunca más de 3 UBEs (30 g) por ocasión. Al menos 1-2 días libres de alcohol a la semana	10 g
Finlandia	En promedio no más de 2 UBEs (24g/ día)	En promedio no más de 1 UBE (12 g/ día)	12 g
Noruega	Hasta 20g/día No debe superarse el 5% de la ingesta energética	Hasta 10 g/día No debe superarse el 5% de la ingesta energética	12 g, 15 g
Bulgaria	Hasta 15-16 g/día	Hasta 8 g/día	-
Reino Unido	Hasta 14 UBEs (112 g/semana) distribuidos en 3 o más días y tener algunos días libres de alcohol		8 g
Holanda	No consumir alcohol o al menos no más de 1 UBE (10 g/día)		10 g
Lituania	Limitar el consumo de alcohol		10g

Figura 110. Tabla variaciones en la recomendación del consumo de alcohol según países. Fuente: Ministerio de Sanidad.

La ingesta moderada de alcohol puede causar estimulación y euforia, mientras que en dosis elevadas puede ralentizar funciones corporales debido a su efecto depresor sobre el sistema nervioso. Con cantidades excesivas, estos efectos depresores se intensifican, dando lugar a dificultades para hablar,

vómitos, temblores, y posiblemente desmayos, entre otros síntomas. El alcohol permanece en el organismo durante aproximadamente 18 horas, siendo eliminado en un 90% por el hígado y el resto a través del sudor, la respiración y la orina.

Datos España y Castilla- León:

En España, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida, tanto entre las legales como entre las ilegales, según los resultados de las encuestas sobre el uso de drogas realizadas a la población adulta y a estudiantes de secundaria.

ESTUDES 2021 muestra como de todas las sustancias evaluadas el alcohol es, con diferencia, la más consumida entre las personas estudiantes de 14 a 18 años que residen en España.

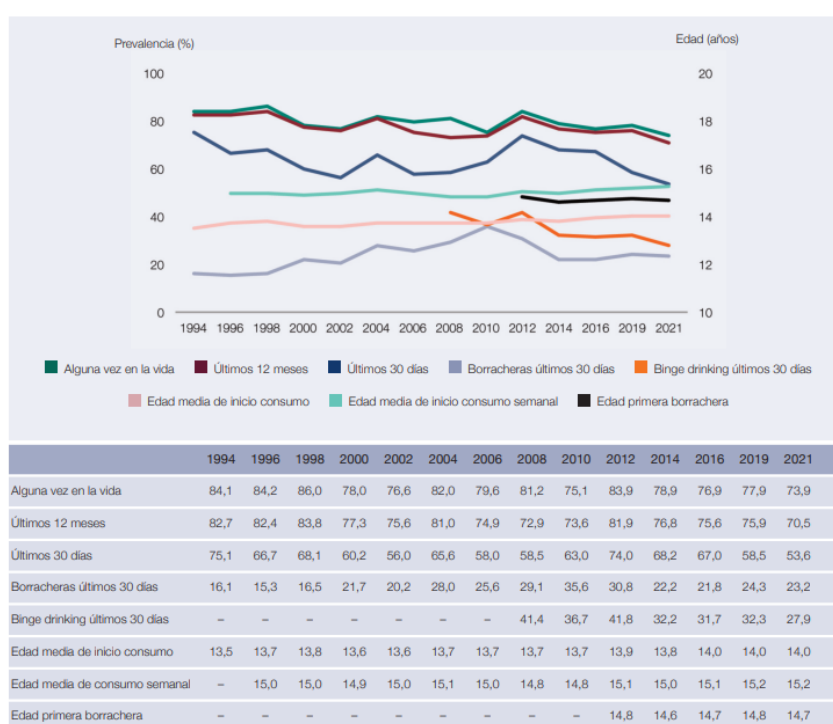


Figura 111. Tabla y gráfico de prevalencia (%) de consumo de bebidas alcohólicas, de borracheras en los últimos 30 días, de binge drinking en los últimos 30 días, edad media de inicio del consumo y edad media del consumo semanal (años), entre personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

El 73,9% menciona haber ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, resultando que la mayoría de estos casos ha tomado alcohol en el último año, pues la prevalencia en este tramo temporal se sitúa apenas 3,4 puntos porcentuales por debajo (70,5%). Por otra parte, más de la mitad de los estudiantes

de 14 a 18 años ha bebido alcohol en los últimos 30 días, observando que el 23,2% ha tenido alguna borrachera en este periodo y el 27,9% ha realizado binge drinking⁴⁷.

En relación con la serie histórica, la prevalencia de consumo de alcohol “alguna vez en la vida” presenta un descenso desde 2014. De igual manera también se observa esta tendencia descendente en el consumo en los últimos 12 meses, donde la prevalencia cae más de 5 puntos; así como en los últimos 30 días, con un descenso similar, pasando del 58,5% al 53,6%. En sintonía con estos datos, también se registra un descenso en el porcentaje de estudiantes que se han emborrachado o han realizado binge drinking en los últimos 30 días, habiendo bajado 1,1% y 4,4% respectivamente.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de alcohol, las personas que han tomado bebidas alcohólicas alguna vez sitúan su primer contacto con esta sustancia a los 14 años de media, cifra similar a la registrada en 2019 y 2016. Aproximadamente un año más tarde, en promedio a los 15,2 años, se inicia el consumo semanal de alcohol. Fijándonos en los niveles de consumo de alcohol según el sexo, la prevalencia de esta sustancia es más alta en las chicas que en los chicos.



Figura 112. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses entre personas estudiantiles de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España 1994-2021.

Fuente: ESTUDES 2021.

Para el tramo del último año, las mujeres llevan registrando porcentajes más altos que los hombres desde 1996, alcanzando la mayor diferencia en 2021 (5,5 puntos porcentuales). La edad de inicio en el consumo de alcohol es exactamente la misma en chicos y en chicas (14 años). De un modo similar, la edad en la que empiezan a beber alcohol semanalmente se sitúa en torno a los 15 años.

⁴⁷ Se llama así al suceso de tomar 5 o más vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas.

Si nos centramos en la prevalencia de intoxicaciones etílicas (borracheras) en los últimos 12 meses, ESTUDES 2021 presenta que aproximadamente el 40% de las personas participantes comentan haberse emborrachado en los 12 últimos meses y el 23,2% lo ha hecho en el último mes.

	HOMBRES						MUJERES					
	14	15	16	17	14-17	18	14	15	16	17	14-17	18
Borracheras alguna vez	18,8	30,8	50,0	61,8	41,7	68,3	30,7	43,0	57,0	67,7	50,6	74,9
Borracheras últimos 12 meses	15,0	24,8	41,1	49,2	33,6	56,3	26,8	36,7	47,9	54,7	42,3	59,8
Borracheras últimos 30 días	7,4	13,6	24,0	30,4	19,6	35,0	16,0	20,2	27,9	33,5	24,8	36,1

Figura 113. Tabla de prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas entre personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad (%). España 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

La edad media en la que estas personas experimentan su primera borrachera es de 14,7 años. Las chicas reportan haberse embriagado en mayor medida que los chicos, especialmente en los grupos de edad más jóvenes, como los de 14 y 15 años.

Según la encuesta EDADES 2022, el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. En el año antes citado el 93,2% de la población de 15 a 64 años declara haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida. Evolutivamente, desde el año 2009, la prevalencia para este tramo temporal supera el 90%. Si nos centramos en el consumo de alcohol en el último año, cerca del 76% afirman haber bebido alcohol en alguna ocasión durante los últimos 12 meses, cifra que ha experimentado un descenso respecto al dato registrado en 2019.

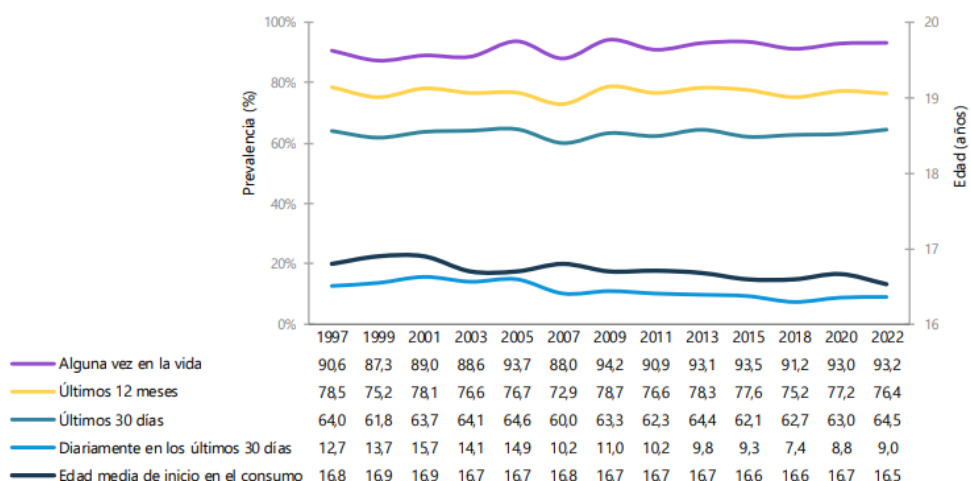


Figura 114. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas (%) y edad media en el inicio del consumo de estas (años) en población de 15-64 años. España 1997-2022. Fuente: EDADES 2022.

La prevalencia de consumo de alcohol en el último mes se sitúa en el 64,5%, presentando un incremento de 1,5 puntos porcentuales con respecto a la anterior medición. Finalmente, el 9% de la población de España expresa haber tomado alcohol a diario. Este estudio presenta cómo de las personas españolas de entre 15-64 años, el 76,4% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses (77,2% en 2020), el 64,5% en los últimos 30 días (63,0% en 2020) y el 9,0% diariamente.

Atendiendo al sexo, con independencia del tramo temporal y del grupo de edad, el uso de alcohol está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.

	15-24			25-34			35-44			45-54			55-64					
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M			
Alguna vez en la vida	93,2	94,9	91,4	85,3	85,7	84,9	94,7	96,5	92,8	94,2	95,9	92,6	94,9	96,7	93,2	94,5	97,5	91,6
Últimos 12 meses	76,4	82,1	70,8	76,2	77,3	75,1	81,1	86,4	75,8	77,0	84,0	70,1	76,5	82,5	70,4	72,0	79,5	64,7
Últimos 30 días	64,5	73,1	55,7	62,7	65,2	60,0	68,2	75,8	60,5	65,1	75,6	54,7	64,8	74,3	55,2	61,6	72,8	50,7
Diariamente en los últimos 30 días	9,0	14,6	3,5	1,3	1,9	0,7	4,7	7,4	1,9	8,1	12,8	3,5	11,1	18,1	4,0	16,8	27,6	6,1
Nunca	6,8	5,1	8,6	14,7	14,3	15,1	5,3	3,5	7,2	5,8	4,1	7,4	5,1	3,3	6,8	5,5	2,5	8,4

Figura 115. Tabla de prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en población de 15-64 años según sexo y edad (%). España 2022. Fuente: EDADES 2022.

Por edad las mayores prevalencias, para el consumo en los últimos 30 días, las encontramos entre los 25 y los 34 años, con independencia del sexo del individuo. Si bien, en el caso de uso diario, es el tramo de más de 55 años donde encontramos el mayor número de personas que lo utilizan.

Sobre los usos intensivos, dicen haberse emborrachado en el último año el 16,7% de los españoles de 15 a 64 años. Las borracheras se dan, sobre todo, entre personas de 15-34 años. En esta franja de edad el 35,4% de los hombres y el 24,1% de las mujeres dicen haberse embriagado alguna vez en los últimos 12 meses, y el 6,4% en el último mes.

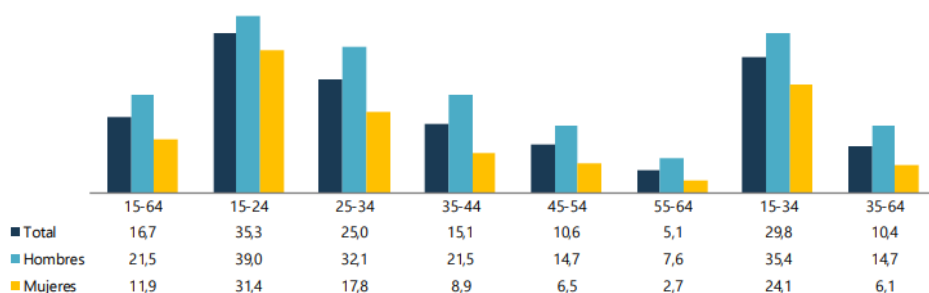


Figura 116. Tabla y gráfico de prevalencia de intoxicaciones agudas en los últimos 12 meses en población de 15-64 años según sexo y edad (%). España 2022. Fuente: EDADES 2022.

Respecto al binge drinking en España, el 15,4% de las personas encuestadas dice haber consumido alcohol de esta forma en los últimos 30 días. Este tipo de uso se concentra en edades de 20-24 años.

Centrándonos en los datos sobre el alcohol de Castilla y León, ESTUDES 2021 muestra que es la droga con el uso más extendido entre personas de 14 a 18 años, fijando su consumo en el fin de semana.

→ El consumo de alcohol alguna vez en la vida y el último año desciende significativamente. En cambio aumentan las borracheras en los últimos 30 días.
 → El % de chicas que se ha emborrachado en los últimos 30 días es significativamente superior al de chicos.

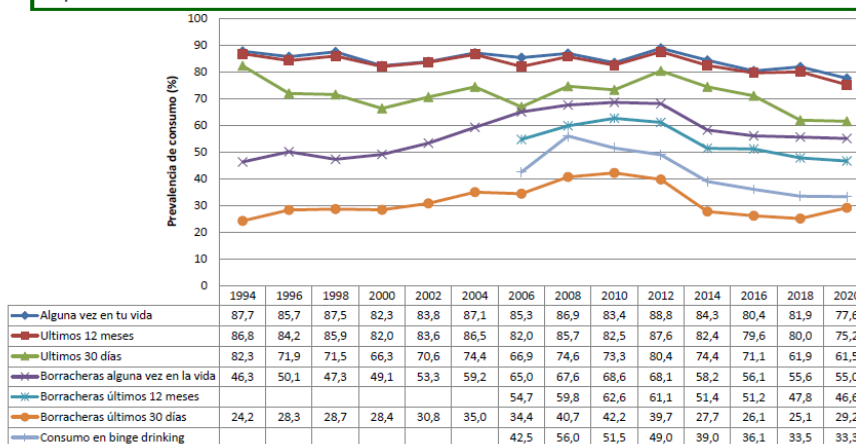


Figura 117. Tabla y gráfico de evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y de borracheras (%). Castilla y León 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Esta encuesta, además, presenta como un 61,5% de la población de Castilla y León consumió bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, un 33,3% afirma haberlo tomado en los últimos 30 días 5 o más cañas/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión y un 29,2% reconocen haberse emborrachado en el último mes. Esta situación es significativamente superior entre las chicas.

Por otro lado, cabe destacar que el uso de alcohol en esta comunidad autónoma ha disminuido significativamente en el bienio 2018-2020 para los consumos alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses. Pero, en cambio, han aumentado las borracheras en los últimos 30 días.

	2018/2019		2020/2021	
	España	C. y L.	España	C. y L.
Abstemios (nunca han consumido) (%)	22,1	18,1*	26,1	22,4*
Consumo alguna vez en la vida (%)	77,9	81,9*	73,9	77,6*
Consumo en los últimos 12 meses (%)	75,9	80,0*	70,5	75,2*
Consumo en los últimos 30 días (%)	58,5	61,9	53,6	61,5
Consumo de 5 o más vasos en una misma ocasión en los últimos 30 días (%)	32,3	33,5	27,9	33,3
Borracheras alguna vez en la vida (%)	51,1	55,6	48,0	55,0
Borracheras en el último mes (%)	24,3	25,1*	23,2	29,2*

*Existen diferencias significativas entre 2018 y 2020.

Figura 118. Tabla de evolución del consumo de bebidas alcohólicas en personas estudiantes de 14-18 años- España y Castilla y León 2018-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Centrándonos en los resultados de EDADES 2022, podemos ver cómo esta es la sustancia cuyo consumo está más extendido en la población de 15 a 64 años.

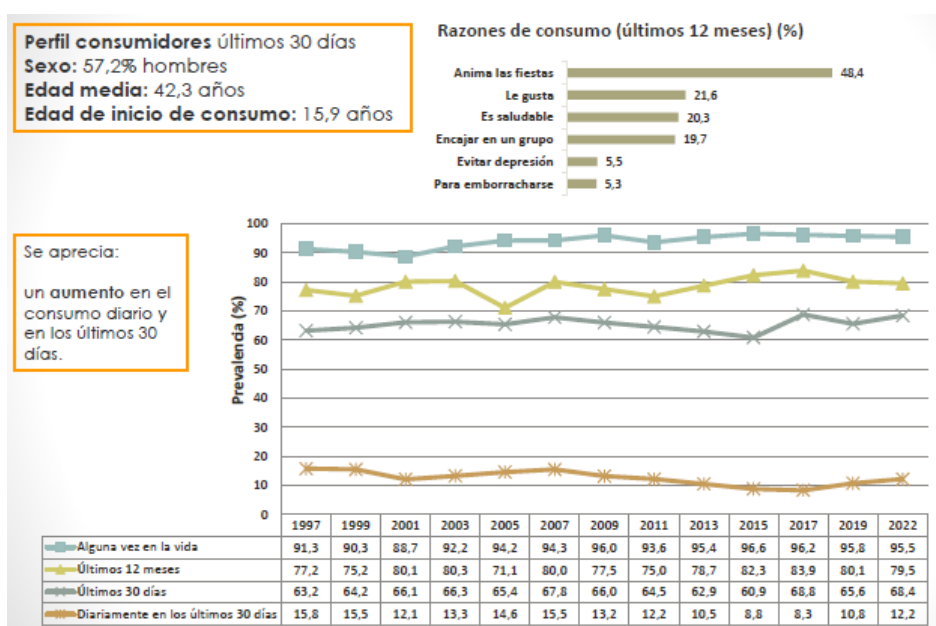


Figura 119. Tabla y gráfico de evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas estudiantiles de 15-64 años. Castilla y León 2022. Fuente: EDADES 2022.

En esta comunidad, para este grupo de edad, un 68,4% manifiesta que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, un 15,9% ha tomado en los últimos 30 días 5 o más cañas/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión (binge drinking) y un 16,9% reconoce que se ha emborrachado en los últimos 12 meses. Además, aumenta el uso de bebidas alcohólicas en Castilla y León en los últimos 30 días y diario respecto a 2019 aunque de forma no significativa, disminuyendo significativamente las borracheras en los últimos 12 meses y el binge-drinking en los últimos 30 días.

	2019		2022	
	España	C. y L.	España	C. y L.
Consumo alguna vez en la vida (%)	93,0	95,8	93,2	95,5
Consumo en los últimos 12 meses (%)	77,2	80,1	76,4	79,5
Consumo en los últimos 30 días (%)	63,0	65,6	64,5	68,4
Consumo diario en los últimos 30 días (%)	8,8	10,8	9,0	12,2
Borracheras en los últimos 12 meses (%)	19,4	21,7*	16,7	16,9*
Borracheras en los últimos 30 días (%)	6,8	7,4	6,4	6,6
Binge drinking en los últimos 30 días (%)	15,4	19,6*	15,4	15,9*

*Existen diferencias significativas entre 2019 y 2022.

Figura 120. Tabla de evolución del consumo de bebidas alcohólicas en personas de 15-64 años. España y Castilla y León 2019-2022. Fuente: EDADES 2022.

Las prevalencias de consumo en esta comunidad son más altas que los datos nacionales disponibles, especialmente en consumos intensivos.

Es importante destacar que el uso de alcohol entre los varones es significativamente mayor que entre las mujeres en todas las categorías según la encuesta mencionada anteriormente.

Percepción vecindario:

La población residente en el Real Sitio de San Ildefonso, al ser consultada sobre el consumo de alcohol en el municipio, muestra una baja percepción del riesgo asociado a esta sustancia, pero un alto nivel de conocimiento sobre los patrones de consumo.

Diego: *Y el alcohol. ¿Cómo ves la situación del pueblo?*

Entrevistado: *Bueno... Pues yo creo que normal, ¿no? En todos los sitios se bebe. No creo que aquí se haga algo diferente. ¿Cómo se va a divertir la gente si no hay nada más que hacer?*

(Entrevista mujer de 35 años).

La normalidad imperante respecto al uso de alcohol en nuestro contexto de estudio, conseguida mediante la asunción de una representación general sobre su inocuidad y una demanda local centrada en la falta de alternativas de ocio, centraliza las verbalizaciones recogidas del vecindario.

“¿Qué no hay nada que hacer en La Granja? Pocos sitios cuentan con tantas posibilidades como ese pueblo. Hay que recordar que es un ayuntamiento pequeño... Pero, para el número de habitantes que tiene, cuenta con una de las mayores ofertas de ocio de toda la provincia: escuelas deportivas, de música, fútbol, teatro, ludoteca, etc. ¡Ya quisieran otros municipios más grandes!” (Adulto 40 años).

En la anterior cita podemos ver la artificialidad del argumento anterior, debido a la ingente cantidad de actividades de ocio existentes en el municipio analizado. A pesar de esto, la percepción existente sobre la falta de opciones de ocio más allá del consumo de alcohol y los espacios destinados para este menester, ha sido una constante.

“Ya sabes tú cómo está el pueblo, Diego. Los chicos, no tienen nada que hacer. Están todo el día bebiendo cubatas en la calle... ¡Eso es muy grave!” (Madre 45 años).

Este fenómeno, como explicaremos más adelante, responde más a una estrategia inconsciente legitimadora del consumo de alcohol que a la realidad del municipio.

“Bueno... cosas hay, pero... a todos nos gusta hacer lo que hemos visto siempre... Si ves a la gente en el bar, pues al final tú quieres ir al bar... ¡Te ofrezcan lo que te ofrezcan!” (Joven 27 años).

En el Real Sitio, diversas variables se combinan para establecer, mantener y fomentar una relación característica con el alcohol. Esta situación, que a menudo bordea los límites de lo legal y socialmente aceptado, genera una legitimación simbólica que contribuye a perpetuar y normalizar su consumo. Esto se logra a través de la negación de otras posibilidades de ocio en el municipio.

Esta tolerancia se ve alterada por dos situaciones concretas:

Con el **consumo de alcohol en menores de edad** el cual, sustentado en la parte más biomédica del modelo hegemónico de explicación de las adicciones, es negativizado y sancionado socialmente. En

este caso, el consumo por parte de esta población, se minimiza la normalización social de su uso hasta el punto de explicarla en términos de problemática para el municipio.

“Aquí no hay nada que hacer, por eso los menores están todo el día con la música esa que escuchan y bebiendo. Están perdidos.... son muy pequeños para beber”. (Adulto 55 años).

Por aquellos **usos que contradicen la lógica del puntillo**, ya que todo aquello que se salga de este referente normativo de consumo que pauta la frecuencia, intensidad, espacios, formas de uso, tipos de bebidas, etc., será reprobado.

“Que la gente beba y se ponga pedo, es normal. No pasa nada. No lo son los pedos esos de meterse con todo el mundo, de estar todo el día a chupis de whisky, bebiendo latas en la calle y cosas así”. (Adulto 45 años).

Así pues, según lo explicado por nuestras personas informantes, no existe una percepción del riesgo elevada con relación al consumo de alcohol en el Real Sitio, salvo cuando este se encuentra vinculado a las dos situaciones excepcionales que acabamos de presentar.

Situación actual:

El ESTUDES 2021 y el EDADES 2022, tanto a nivel nacional como autonómico, muestran que el alcohol es la sustancia psicoactiva más usada tanto en el territorio español como en Castilla y León. Con lo que, la reiteración de esta máxima en el municipio analizado no debería sorprendernos.

Diego: *¿Desde cuándo conoces los bares y el alcohol?*

Entrevistado: *Pues no podría decirte una fecha concreta, obviamente... Recuerdo que mis padres y sus amigos siempre estaban en el bar... Así que yo crecí pensando que lo que tenía que hacer cuando fuese mayor, era ir al bar- me cuenta con resignación.*

Diego: *¿Sí?... ¿Y tú qué pensabas?*

Entrevistado: *Pues que vaya un aburrimiento. Les decía que había más cosas que hacer... Y ellos me decían “¿A ver qué haces tú cuando seas mayor?”- comenta arqueando los hombros. ¡No entendía nada de lo que hacía, como ahora no lo entienden los chicos más jóvenes de mí!*

(Entrevista joven de 28 años).

El vecindario del Real Sitio, influenciado por el grupo de iguales, está socializado para incentivar y tolerar el consumo de alcohol en contextos recreativos, pero también para prohibir su uso entre los jóvenes cuando contradice la lógica del "puntillo". Esta situación genera una notable contradicción social, la cual se refleja en discursos como el siguiente.

“Veo beber a los mayores... es lo que tengo que hacer para ser mayor. Me dicen que lo haga, pero, si me pillan, se me cae el pelo”. (Joven 18 años).

En el caso de las personas jóvenes, su consumo de alcohol busca emular el comportamiento más probable que eventualmente observan en sus modelos de aprendizaje de referencia: las personas adultas. Este proceso de incorporación de pautas de comportamiento y expectativas contribuye a configurar su identidad, que luego servirá como prototipo para las generaciones siguientes.

“Si no bebes, la gente te mira mal. Siempre hay alguien que se acerca y se mofa de que esté tomando algo sin alcohol”. (Adulto 35 años).

Las personas adultas, socializadas por generaciones anteriores en un tipo concreto de relación con el alcohol, sirven a su vez para mantener un statu quo de normalidad sobre el uso de esta droga, provocando procesos de influencia social tanto entre sus iguales como en la gente de menor edad.

En este momento de nuestro análisis, consideramos de vital importancia referirnos a parte de la entrevista concedida por nuestro compañero Eduardo Juárez, cronista del municipio y gran historiador. El cual nos ofreció una serie de explicaciones históricas cruciales para comprender el arraigo del consumo de alcohol y el papel de los bares en el Real Sitio de San Ildefonso.

Diego: *Tú, como persona relevante del pueblo, ¿cuál es la explicación del consumo de alcohol que sucede en el municipio?*

Edu: *Pues yo destacaría dos factores básicos que explican el consumo de alcohol en este pueblo- explica mientras gesticula vehementemente con las manos. El primero son los tipos de trabajo. Es decir, La Granja es un pueblo donde los residentes del barrio bajo, un 80% o 90% de la población estable de los últimos 3 años, los trabajadores estaban asociados al trabajo del vidrio, del bosque o a la construcción. En estos 3 sectores el consumo de alcohol está relacionado con el mantenimiento de ese curro...*

Diego: *Algo me ha comentado otro de mis informantes en otra de las entrevistas...*

Edu: *Son trabajos muy duros, realizados en la calle, en los cuales está normalizado que estas personas lleven su botella de aguardiente, para tratar de paliar las condiciones tan duras en las que lo realizan. Recuerda Diego- dice mirándome a los ojos- que el clima de hace años de aquí era durísimo. Así que, o trabajas en el vidrio donde se usaba el alcohol como parte del proceso de su modelado, o trabajas en la calle donde el frío y la cantidad de horas se superan mejor consumiendo alcohol.*

Diego: *Y ¿cuál es el otro factor?*

Edu: *Pues es el factor sindical y este es más curioso- contestó con mirada cómplice- como contaba yo en mi libro “Crónicas de un Real Sitio⁴⁸”. La Granja es un pueblo que, durante los inicios del siglo XX, tiene una actividad política tremenda. Probablemente por ser un lugar en el que se conjunta mucha*

⁴⁸ Eduardo se refiere a su obra “Crónicas de un Real Sitio. Lucha política, guerra y represión (1934-1939)”. HG Editores.

aristocracia y súbditos/trabajadores. Hay un paro forzoso periódico frecuente, mucha gente que vive en la pobreza, etc. Generando un movimiento sindical muy grande e importante, llegando a tener hasta 4 sindicatos. Imagina, en La Granja –expresa con sorpresa- había un sindicato de la CNT que no lo había ni en Segovia capital. Y, por ejemplo, todo el liderazgo del socialismo, UGT y PSOE de la provincia nace en el pueblo.

Esto significa que al haber mucha actividad obrera, reivindicativa, etc. ¿dónde se reúnen estas personas? Dónde se llegan a los acuerdos, dónde socializan, incorporando la normalización del alcohol que antes hablamos... ¡En los bares!

Esto es normal en España, pero aquí, debido a la gran actividad sindical para un municipio tan pequeño, hace que sea algo destacable y que explique parte de la relación que todavía hoy se mantiene con el consumo de alcohol y con los bares como referentes no sólo del ocio, sino de donde pasa aquello que es importante para el pueblo...

Diego: *No conocía este dato...*

Edu: *Pues sí... ¿Cómo es posible que en La Granja haya 45 bares para 5000 habitantes...? ¡Es una puta locura! – sentencia mientras niega con la cabeza.*

Esto se perpetúa hasta que la iglesia empieza a ofrecer contextos de relación social distintos a los bares (cine parroquial, etc.), ante la incapacidad municipal de esa época de ofrecer alternativas de socialización lejanas al alcohol y al bar.

Pues entonces, si te socializas a través del bar... del vino, pues lo lógico es que lo normalicen y lo incorpores dentro de la gente, que sea aquello que nos ha llegado a nosotros.

(Entrevista a Eduardo Juárez).

La relación del municipio con el alcohol, influenciada por los patrones de consumo nacionales y autonómicos documentados en ESTUDES y EDADES, se construye, como señalan Megías (2010), Romaní (2010) y Pallarés (2014), en términos de centralidad y necesidad para el ocio del contexto analizado. Sin embargo, según el cronista, este posicionamiento del alcohol en el Real Sitio es algo contemporáneo.

Las oportunidades laborales disponibles en el Real Sitio han mantenido su renta per cápita históricamente elevada, lo que ha permitido que una parte significativa de esta se destine a la hostelería, considerada uno de los principales elementos de ocio. En la actualidad, más de 70 negocios están vinculados con esta actividad económica en el contexto analizado. Esto no solo genera dependencia económica, sino que también promueve procesos de normalización en cuanto a su uso, como estrategia para defender un fenómeno crucial para la economía local.

“Aquí en el pueblo siempre se ha bebido así. ¡Es algo que tenemos los de La Granja! Que bebemos mucho...”. (Adulto 35 años).

Este fenómeno se atisba en las narrativas recogidas al referirse a ello en términos como *“de toda la vida”, “siempre ha sido así”,* etc., mostrando no sólo una forma concreta de relacionarse con el alcohol sino una identidad colectiva construida sobre su uso.

“Antes la hostelería era un buen negocio. La gente salía a tomar sus cañas después de trabajar, sus chupitos antes, sus copas el fin de semana. ¡Se gana dinero! Ahora, ya no hay tanta gente que venga en los bares con lo que de los muchos que somos, la mayoría tendrá que cerrar”. (Adulto 45 años).

Por lo tanto, localmente, la convergencia de intereses económicos, la normalización municipal y la tendencia actual de consumo a nivel nacional y autonómico con relación al uso de bebidas alcohólicas, genera una falta de percepción de riesgo por parte del vecindario hacia cualquier problemática asociada con su consumo, excepto cuando contradice la lógica del "puntillo" o es evidenciado por personas menores de edad, como ya se ha explicado.

Diego: *¿Qué pasa con los jóvenes y el alcohol?*

Entrevistado: *¿Quién no se ha divertido bebiendo? Es lo normal. Se lleva haciendo así desde que tengo memoria. Lo suyo es que dejemos que los chicos se diviertan como siempre*

Diego: *pero está prohibido y los médicos dicen que es peligroso, sobre todo si eres menor de edad*

Entrevistado: *Ya... pero es lo normal. ¿Quién no ha bebido algo de vino en una boda de pequeño? ¡No siempre hay que hacer lo que te dicen! Aquí, sobre todo en las fiestas y demás, todo el mundo bebe... Salvo los pequeños que no son ni adolescentes*

(Adulto 40 años).

La cita anterior ilustra cómo las personas adultas socializan a los jóvenes respecto al consumo de alcohol a través de ideas contradictorias: lo normalizan, pero al mismo tiempo lo prohíben si se sale de las normas o no se tiene la edad adecuada. Esto no implica una negativa o prohibición total del consumo de alcohol, sino más bien un veto hacia ciertos patrones y lugares de consumo que son tolerados, como aquellos fuera de los fines de semana, fiestas patronales, y realizados por personas menores de edad, entre otros.

“Recuerdo que antes solo se bebía en las casas. ¡Qué tiempos! Pero hubo un momento en que todo el mundo empezó a ir al bar, las discotecas, etc. Y allí no se iba a hacer otra cosa que a beber... ¡Nunca lo entendí!”. (Adulto 70 años).

Hasta los años 70 del siglo pasado el patrón de consumo de alcohol español era el **mediterráneo**. Es decir, el uso de esta sustancia por parte de un hombre de mediana edad en contextos privados, los

cuales bebían casi todos los días sin la intención de emborracharse. Estas situaciones solían acompañarse de la ingesta de alimentos como medida de reducción de la posibilidad de desarrollar una intoxicación etílica. Posteriormente, esta droga comenzó a vincularse con la “fiesta” y lo juvenil (bien sea al aire libre como en espacios cerrados (bares, discotecas, etc.)), propiciando la diversificación de contextos de uso, los cuales pasan de ser eminentemente privados a públicos. Esto generó el cambio al modelo **nórdico**, caracterizado por el consumo de grandes cantidades de alcohol en poco tiempo para conseguir rápidamente los efectos deseados por su consumo, propiciando nuevas normas de uso, espacios, cambios en los negocios, etc. Las anteriores modificaciones se plasmaron en la llegada de críticas sustentadas en la *“pérdida de una costumbre tan tradicional y española como el beber en las casas y los bares”*, como estrategias de resistencia al cambio.

“El fin de semana ya sabes... ¡Salir de fiesta! Quedas con los amigos, pillas unas botellas. Allí charlas, te ríes, tratas de ligar... Luego, si se puede, solemos tratar de ir a algún bar... Algunos están llenos de mayores, pero hay otros que no... ¡Así todos los fines de semana!” (Joven 18 años).

Actualmente, para la juventud, beber es una actividad normal legitimada socialmente la cual, concretada en su cosmovisión, rompe con el rol que la sociedad le ha asignado. En el caso del Real Sitio, los jóvenes beben, celebran sus fiestas, ocupan ciertos espacios, compran la bebida, etc., de una manera concreta, escenificando a través de estas situaciones su posición en el municipio: **la de personas que no son adultas y están generando cambios sociales.**

“Beber... mola. Te pones contento y vas viendo cómo haces cosas de mayores. Pero un poco como te gusta a ti hacerlo, no como antes se hacía”. (Joven 14 años).

Esto alcanza su punto álgido en situaciones como fiestas, navidades, etc., donde la permisividad vinculada a los usos de esta sustancia por parte del vecindario alcanza su máxima expresión.



Figura 121. Imagen de la compra de alcohol para las fiestas patronales del municipio. Fuente: Elaboración propia.

La normalización del consumo de alcohol, tanto a nivel general en España como en el Real Sitio, y su asociación con la diversión, lleva a que, en períodos de mayor ociosidad en nuestro contexto de análisis, este fenómeno adquiera una magnitud tal que no solo se tolera ampliamente el consumo, incluso transgrediendo las prohibiciones mencionadas anteriormente, sino que también se desarrollan dinámicas donde se otorga prestigio a quienes más consumen.

“Total, son jóvenes. Las fiestas son para eso... ¡Qué van a hacer si no!” (Adulto 43 años).

Pero, según la situación que estamos planteando, ¿qué sucede en el Real Sitio para que no existan numerosas relaciones de dependencia con el alcohol? La explicación a esta situación es la existencia de aquello que hemos definido como la *“lógica del puntillo”*.

“¿Para qué bebes? Para hablar con la gente, pasártelo bien, ligar... Si no puedes hacerlo... Igual es hora de irte a casa”. (Joven 20 años).

Así nos referimos a un sistema normativo implícito, basado en la experiencia de aquellas personas que consumen más alcohol sin manifestar los efectos negativos interpretados en nuestro contexto de estudio, como pérdida del habla, vómitos, comportamientos irrespetuosos, peleas, desmayos, entre otros. En otras palabras, se trata de controlar todos aquellos síntomas de intoxicación que puedan obstaculizar las dinámicas de socialización en estos espacios de ocio.

“Hay gente que no sabe cuándo parar... Si no sabes hablar, te caes, estás medio dormido... ¡No hagas el ridículo! Vete a tú casa”. (Adulto 39 años).

Lo interesante de este fenómeno es que no solo se aplica al consumo de alcohol, sino que se ha extendido a todo el ámbito de las adicciones, como un intento de controlar esta problemática de manera más amplia.

“La gente se cantea mucho... Vale que te guste ponerte de coca, de Speed, ¡De lo que sea! Pero no hay que dar el cantazo”. (Joven 25 años).

Así pues, con esta lógica imperando en el municipio, aquellas personas capaces de ingerir mayor cantidad de alcohol, elemento que centraliza el ocio simbólicamente, son empoderadas socialmente.

“Cómo mola fulanito. Todo el día bebiendo y no va pedo. ¡Es el mejor!” (Joven 20 años).

Estas dinámicas además reciben estímulos y gratificaciones discursivas que no solo legitiman y normalizan el papel del consumo de alcohol, sino que lo convierten en algo deseable para el vecindario. Esto facilita el surgimiento de otras paralelas enfocadas en prolongar tanto las sesiones como la cantidad de alcohol consumido, con la intención de acumular el máximo prestigio posible.

“Estos dos llevan todo el día de copas. Pero claro... hacen trampas”. (Adulto 30 años).

El uso de otras drogas que mitiguen los efectos del alcohol y, por lo tanto, retrasen la manifestación de los efectos considerados negativos socialmente en nuestro contexto de estudio, es visto como una forma aceptada de prolongar el "puntillo" deseado en los contextos de ocio nocturno del Real Sitio.

"Yo no salgo más con estos... Todo el día con las trampas a vueltas y así, nadie les sigue el ritmo bebiendo". (Joven 23 años).

La categorización de esta acción como "trampas" evidencia el reconocimiento del uso de otras sustancias para prolongar la permanencia en los espacios de ocio. Este fenómeno es relativamente tolerado por el vecindario

"¿Cómo crees que aguanta tanto la gente en las fiestas?" (Adulto 47 años).

Gran parte de los residentes del Real Sitio, especialmente aquellos involucrados en el ocio nocturno o jóvenes, no solo están familiarizados con las dinámicas de consumo que otorgan prestigio social, sino que también son conscientes de los comportamientos que pueden generar una reputación negativa.

"Que cada uno haga lo que quiera con su vida. ¡Mientras no me molesten! Eso sí... que no se canteen. Hay días en los que ves a la gente entrar a los baños en grupos de cuatro". (Joven 32 años).

No todas las formas de relacionarse con los fenómenos mencionados son aceptadas, ya que cualquier comportamiento que haga evidente el uso de drogas, prolongue demasiado la estancia en los espacios de ocio, u otras conductas similares, conlleva sanciones

"Están ahí, molestando con los coches. Bebiendo a las 4 de la mañana... Seguro que se drogan. ¡Putos yonkis! El próximo día aviso a la Guardia Civil". (Adulto 50 años).

Una de las formas más utilizadas es la estigmatización provocada a través del uso del concepto yonki.

"Estos no pueden estar en el bar. Son unos yonkis". (Hostelero 50 años).

Este uso, según explican Massó (2008) y Fernández (2017), se interpreta más como una estrategia para prevenir y sancionar comportamientos no deseados, aunque estos no estén directamente relacionados con las drogas y su consumo, que como una vinculación directa con el estereotipo del "yonki". Posicionar discursivamente cualquier acción bajo el mismo estigma asociado al "problema de la droga" implica asumir una demonización y cargar con culpas y responsabilidades tan severas que los residentes del Real Sitio rechazan y evitan, procurando mantener sus consumos dentro de lo aceptado por su contexto social.

Antes de finalizar este apartado, consideramos importante presentar cómo es el acceso al alcohol por parte de los menores en el Real Sitio los cuales, por ley, no pueden beber hasta la mayoría de edad.

"En los bares, salvo en un par de ellos, no te dan alcohol. Te suelen pedir el carnet. Pero a veces entra algún amigo y hay alguien mayor de edad... ¡Estos te lo piden sin problema!" (Joven 17 años).

A pesar de estas restricciones, los lugares más recurrentes de acceso al alcohol evidenciados en los discursos recogidos sobre este colectivo son los bares, supermercados y tiendas de alimentación.

“En las fiestas, los cubatas te los dan en las peñas. Te acercas a alguien que conozcas y le pides. A veces te dice ¡ten cuidado!, pero la mayoría de las veces nadie te dice nada”. (Joven 16 años).

En el Real Sitio existe la figura del **facilitador** siendo esta aquella persona que proporciona alcohol a los menores, a pesar de saber que no deben beber.

“A mí y a muchos de mis amigos, nos compran nuestros padres la bebida. Van al supermercado y son ellos los que la sacan. Si alguna vez no pueden... Pues algún mayor... Incluso hay veces que alguno de nosotros que parece más mayor, la saca sin que le pidan el carnet”. (Joven 16 años).

De manera habitual suele ser un mayor de edad conocido, un familiar directo o alguna persona menor de edad cuya apariencia confunda a quienes regentan los espacios dispensadores de alcohol.

“En algunas de las tiendas de alimentación del pueblo, te dejan comprar bebida. Siempre que no tengas cara de niño. También, en los bares, los primos, los mayores... incluso mi padre... me da cerveza”. (Joven 17 años).

Esta situación pone de manifiesto una vez más la contradicción previamente mencionada en cuanto al consumo de alcohol en el municipio analizado. Aquí coexisten actitudes alarmistas hacia el consumo de esta sustancia por parte de personas menores de edad, pero al mismo tiempo existen contextos y situaciones donde se facilita su acceso, a pesar de ser conscientes de que esto va en contra de las leyes vigentes. Esta situación pone de manifiesto cómo muchos discursos que prohíben el consumo de alcohol en menores no lo hacen necesariamente por la protección de la salud, sino más bien como una forma de resistencia ante los cambios en los espacios y patrones de consumo de esta sustancia por parte de los jóvenes en el municipio analizado.

“Vaya tela con los botellones en el parque... toda la noche molestando. Los jóvenes no deberían beber en la calle. Yo no digo que no se tomen una cerveza, como las que se toma mi hijo conmigo, pero sí que no molesten”. (Adulto 47 años).

En un municipio donde el alcohol tiene una importancia tan arraigada, las personas adultas se convierten en modelos tanto para la juventud como para sus pares.

“Mi hijo bebe con sus amigos en casa. Yo le compro la bebida. Se la controlo y les saco comida... no deajo que mezclen. ¡Así los pedos son mucho menores!” (Adulto 48 años).

Como veremos en el apartado de acciones a implementar, es importante usar esta dinámica como elemento tanto de prevención como de reducción de riesgos en el consumo de alcohol.

Sugerencias vecinales:

Como ha quedado claro en los apartados anteriores, el vecindario del Real Sitio presenta dos posturas antagónicas respecto al consumo de alcohol en el municipio.

“Unas cervezas no hacen daño a nadie. Los muy pequeños, de menos de 14, no deberían mucho... pero el resto no pasa nada”. (Adulto 38 años).

Una centrada en la normalización del uso como principal elemento de socialización y de ocio.

“Yo he sido joven, pero no molestaba a la gente. Bebía en los sitios que se podía, no como ahora... Mano dura es lo que merecen estos, que son todos unos drogadictos”. (Adulto de 52 años).

Otra que genera prohibición/represión de todos aquellos consumos que se salgan los patrones de consumo tradicionales del pueblo: la lógica del puntillo y nuevos contextos/patrones en los jóvenes.

“Los jóvenes del pueblo están fatal. Todo el día con el botellón... Lo que tenía que hacer la Guardia Civil es ir a los sitios donde beben y multarlos... ¡Y a sus padres también!” (Adulto 50 años).

Esta contradicción será aquello que marque las sugerencias interventivas reseñadas por el vecindario, siempre entendiendo que muchas de estas se sustentan en una instrumentalización inconsciente de la percepción subjetiva del riesgo vinculada al consumo de alcohol (Fernández 2019)^b. Este proceso relaciona fenómenos estigmatizados y vinculados al uso de drogas con otros diferentes, con la intención de que esta difusión genere dinámicas de intervención.

Acciones a llevar a cabo:

Que el actual Ayuntamiento del Real Sitio implemente estudios como este no solo refleja su intención de modificar la forma de abordar las adicciones, sino también un nuevo enfoque en la comprensión de este fenómeno.

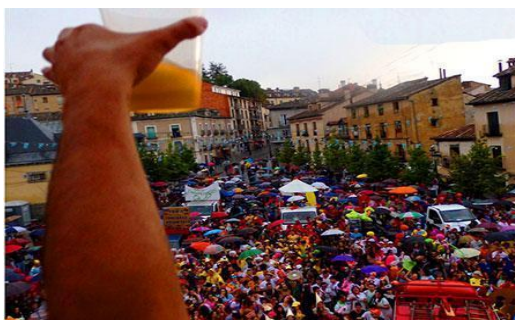


Figura 122. Imagen de la portada del programa de las fiestas patronales de San Luis 21. Fuente: Ayuntamiento Real Sitio de San Ildefonso.

Esta imagen ilustra la normalización del consumo de alcohol en el municipio, plasmada en el programa de las fiestas patronales. El papel central que esta sustancia desempeña como elemento integrador del ocio, facilitador de interacciones sociales y generador de prestigio y estigma, implica que tanto

quienes lo usan como las instituciones políticas deben ser conscientes de los placeres y riesgos asociados a él. Por lo tanto, adoptar un posicionamiento objetivo sobre el consumo de alcohol y otras drogas será la estrategia de intervención más efectiva, ya que evitará contradicciones como las observadas en relación los menores y contra los estándares culturales de la lógica del puntillo.

En el caso del alcohol, al ser la sustancia más consumida en el Real Sitio de San Ildefonso, vamos a organizar las acciones preventivas siguiendo la división tradicional:

Prevención primaria: las estrategias a implementar serán limitar la disponibilidad del alcohol y vigilar que los principales dispensadores de esta sustancia cumplan la ley. Además, se deberá reducir la demanda de esta sustancia, no reproduciendo el mensaje sobre el alcohol como elemento central de la socialización y el ocio. Esta será una de las partes más difíciles ya que, al ser un proceso educacional desarrollado en varios ámbitos, llevará implícitos cambios de comportamiento y de subjetividades además de cortar con la pátina de la tradicionalidad que normaliza su uso.

Prevención secundaria: son pocos los casos conocidos de alcoholismo en el pueblo actualmente, sin que esto signifique que no existan. Con lo que un trabajo desde la desestigmatización de esta situación facilitará tanto su visibilización como la posible solicitud de ayuda por parte de aquellas personas que identifiquen que su relación con la sustancia es negativa.

Prevención terciaria: la detección precoz y derivación rápida a los recursos pertinentes, minimizaría los daños causados por posibles problemáticas relacionadas con el consumo de alcohol.

Por otro lado, centrándonos en acciones vinculadas a la reducción de riesgos y daños, el acceso a información lo más objetiva posible relacionada con el consumo de alcohol ayudará al vecindario del Real Sitio a modificar su baja percepción de riesgo y relación más que tolerante con esta sustancia. De esta manera, todas las personas que conforman el municipio ejercerán como agentes de salud ya que, dotarlas de este tipo información supondría una ruptura con el imaginario establecido.

Esta propuesta se realizará a través de la creación de un espacio específico sobre las adicciones, el cual será gestionado por una persona experta tanto en prevención como en estrategias de reducción de riesgos y daños vinculadas al fenómeno de las adicciones.

Este se erigirá como el referente municipal en este ámbito, al cual trasladar todo tipo de dudas, propuestas, debates, etc. Concretamente, con relación al alcohol, ofrecerá alternativas de ocio, cursos de dispensación responsable de sustancia, asesoría a padres, profesionales, sanitarios, etc. La asunción de estos nuevos modos de intervenir en este fenómeno resulta mucho más honesta y cercana a la realidad que el vecindario del Real Sitio vive sobre el consumo de alcohol.

TABACO.

Introducción:

El origen del tabaco se sitúa en los Andes, en una zona entre Ecuador y Perú. Es una planta herbácea que alcanza hasta dos metros de altura, formada por hojas alternas grandes, viscosas, cuyas flores son de color rosado o rojo, desarrollando un fruto que presenta múltiples semillas pequeñas. Sus primeros cultivos pueden ubicarse entre el 5 y 3 mil años antes de Cristo, fenómeno generalizado por toda América que, por efecto de la colonización, se extendió por gran parte del resto del mundo. Contiene nicotina, narceína, piperina, lobelina, nicotina y otros muchos ingredientes los cuales, según el uso y la forma de consumo, serán más o menos agresivos/peligrosos.



Figura 123. Imagen de plantas de tabaco. Fuente: Mundo Agro.

Se puede esnifar por la nariz, masticar, beber, etc., aunque, actualmente, su forma de consumo más habitual es la inhalada a través de su combustión.



Figura 124. Imagen de la composición de un cigarro. Fuente: Doctor Cidón.

Este uso origina cantidad de productos tóxicos que son introducidos al organismo a través del humo, destacando de entre ellos por su peligrosidad y enfermedades asociadas a sus consumos, **la nicotina**.

Con este nombre se conoce al principal alcaloide del tabaco, estando presente tanto en las hojas de la planta, como en el humo procedente de su combustión. En los cigarrillos aparece en forma de sal ácida, por lo que no se disuelve en la saliva ni se absorbe por la mucosa bucal. Así pues, el fumador de cigarrillos tiene que inhalar profundamente el humo para que llegue a los alvéolos pulmonares y, a través de ellos, pase a la sangre para que la sustancia llegue al cerebro. Por el contrario, en los puros y pipas se encuentra de forma alcalina, por lo que se disuelve en la saliva, absorbiéndose por la mucosa de la boca y la faringe. Ya en el torrente sanguíneo, tarda en llegar al cerebro unos siete segundos, teniendo una vida media en el cuerpo humano de entre 1-2 horas. Con lo que a medida que su concentración en sangre disminuye, se comienza a experimentar de nuevo deseos de repetir la ingesta. Su metabolización se realiza en el riñón y por la orina. Centrándonos en su efecto principal, la nicotina se clasifica como un estimulante menor del sistema nervioso central. Esto provoca la existencia de un efecto dual estimulante y relajante, el cual es regulado por la persona fumadora a través de la frecuencia de consumo, profundidad de las caladas, expectativas de uso, etc.

El consumo de tabaco puede provocar o favorecer la aparición de múltiples enfermedades, en diversos sistemas de nuestro organismo. A corto plazo puede aparecer fatiga, mayor prevalencia de amigdalitis, tos, expectoraciones, pérdida de apetito, mal aliento, etc. A largo plazo, algunos de los padeceres que pueden aparecer tras su uso prolongado son el enfisema, la bronquitis, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis alveolar, etc. Además, a nivel cardiocirculatorio, pueden desarrollarse enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares y vasculares periféricas.

A continuación, vamos a analizar los resultados reflejados en ESTUDES 2021 y EDADES 2022 sobre el tabaco, tanto a nivel general como autonómico. Para, posteriormente, ver la relación existente entre esta información y la realidad de uso en el Real Sitio de San Ildefonso.

Datos España y Castilla- León:

Los datos ofrecidos por EDADES 2022 sitúan al tabaco, por detrás del alcohol, como la sustancia psicoactiva más consumida en España entre la población de 15 a 64 años, con una prevalencia de uso alguna vez en la vida del 69,6%.

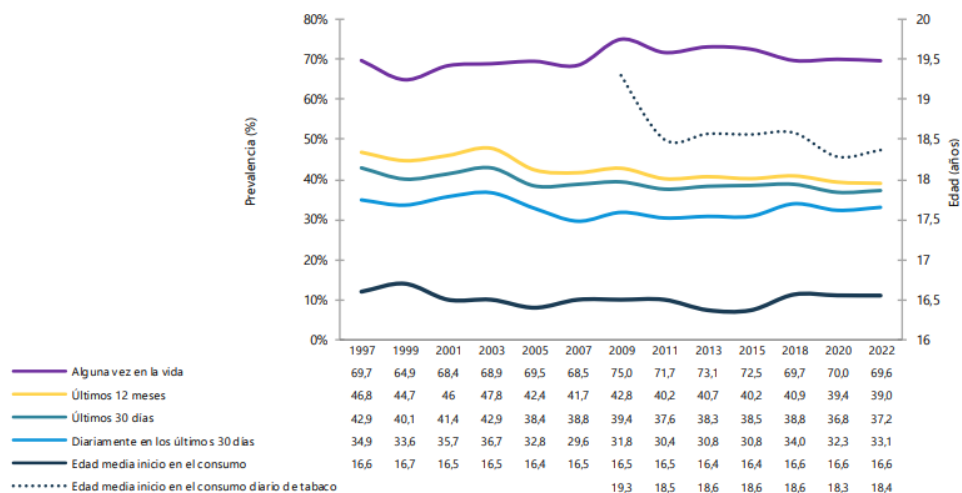


Figura 124. Tabla y gráfico de prevalencia del consumo de tabaco (%) y edad media de inicio en el consumo en población de 15-64 años. España 2022. Fuente: EDADES 2022.

El consumo diario de este es más frecuente entre los hombres, con independencia de la edad de los individuos. En 2022 se produjo un descenso en la prevalencia del uso diario de tabaco entre los hombres jóvenes, mientras que entre las mujeres más jóvenes se estabilizó. Sin embargo, entre aquellos con 35 o más años, los usos de tabaco a diario han aumentado para ambos sexos.

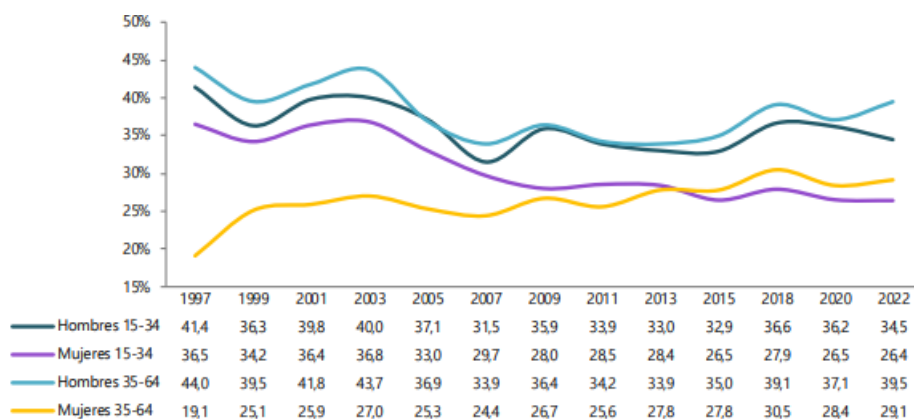


Figura 125. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo diario de tabaco en población de 15-64 años según sexo y edad (%). España 1997-2022. Fuente: EDADES 2022.

Según el tipo de cigarrillos consumidos, la mayoría de las personas fumadoras continúan siendo fieles a los cigarrillos industriales (72,3%), frente al 18,9% que dice usar tabaco de liar y el 8,8% restante que fuma ambos formatos.

Centrándonos en la variable del sexo, son las mujeres quienes fuman en mayor medida cigarrillos de cajetilla. Además, es importante destacar que entre los más jóvenes se observa un mayor consumo de tabaco de liar.

	15-64			15-24			25-34			35-44			45-54			55-64		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Cigarrillos de cajetilla	72,3	70,6	74,5	54,1	52,5	56,2	64,6	62,3	67,6	73,4	71,0	76,4	78,5	76,8	80,8	82,3	81,2	83,8
Tabaco de liar	18,9	19,4	18,2	29,1	28,7	29,4	23,1	23,8	22,1	19,6	20,9	17,9	14,9	15,3	14,3	12,5	12,8	12,2
Los 2 tipos	8,8	10,0	7,2	16,8	18,8	14,4	12,3	13,9	10,2	7,1	8,1	5,8	6,6	7,8	4,9	5,1	6,0	4,0

Figura 126. Tabla de prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días en población de 15-64, según el formato de cigarrillos fumados, sexo y edad (%). España 2022. Fuente: EDADES 2022.

Entre los consumidores de tabaco a diario, un 64,2% se han planteado dejar de fumar. En este caso, cuando diferenciamos por sexo, son las mujeres las que en mayor medida se lo han planteado.

A continuación, es relevante presentar un nuevo dispositivo de consumo de tabaco que está ganando popularidad entre la población joven de las sociedades occidentales: el cigarro electrónico. Aunque este mecanismo ha sido incluido en las principales encuestas sobre drogas en España, aún no tiene suficiente trayectoria de uso para ofrecer datos estadísticamente relevantes.

Cigarrillos electrónicos.

Como refieren Jiménez Ruiz, et al (2014), se llama cigarrillo electrónico (CE) a un dispositivo con aspecto de cigarro conformado por una batería, un atomizador y un cartucho, el cual se llena con un líquido que puede contener diferentes sustancias (propilenglicol, glicerina y, en ocasiones, nicotina). Su aparición se puede ubicar en el año 2003, cuando fueron patentados por Hon lik en China. Desde entonces, el número de consumidores crece de manera exponencial día a día, situación que posibilita la creación de un nicho de negocio muy lucrativo para algunas grandes empresas.

Cuando un sujeto lo utiliza, la batería calienta el atomizador provocando que el líquido que está en su interior se convierta en vapor, el cual genera un efecto similar al que sucede cuando se combustiona/consume un cigarro tradicional. Esta sustancia es introducida por quien la usa al cuerpo humano la cual, en menor medida que las presentadas en el cigarrillo convencional, contiene sustancias que pueden desarrollar algunas patologías.



Figura 127. Tipos de cigarrillos electrónicos en la actualidad. Fuente: National Institute on Drug Abuse .

Según los datos de EDADES 2022, en España continúa la tendencia creciente del consumo de este tipo de cigarrillos, habiendo pasado de 6,8% en 2015 hasta el 12,1% registrado en 2022 para el marco temporal de alguna vez en la vida.

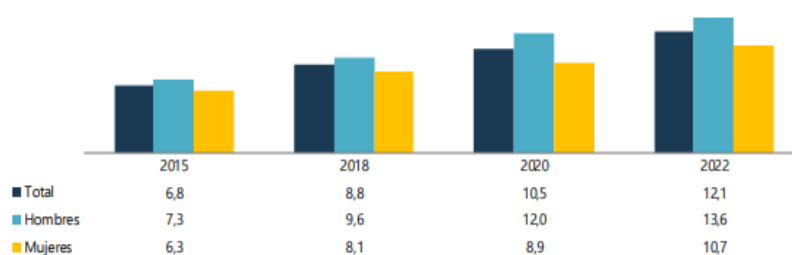


Figura 128. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida en población de 15-64 años, según sexo (%). España 2015-2022. Fuente: EDADES 2022.

Según el sexo, observamos que la prevalencia de uso es superior entre los hombres. Cerca de la mitad de las personas consumidoras de este tipo de cigarrillos lo hacen motivadas por reducir el consumo del tabaco o incluso para dejar de fumar. Esta tendencia es mayor a medida que aumenta la edad. 3 de cada 4 personas que han usado cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, lo han hecho con nicotina, el 28,5% sin nicotina y únicamente un 3,2% lo ha utilizado con cannabis.

Centrándonos ya exclusivamente en los datos sobre el consumo de tabaco que ofrece ESTUDES 2021, esta sustancia también se posiciona como la segunda droga con mayor prevalencia de consumo entre el alumnado de 14 a 18 años.



Figura 129. Tabla y gráfico de prevalencia de uso de tabaco (%) y edad media de inicio entre personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años. España 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

El 38,2% de las personas jóvenes indican que han fumado tabaco alguna vez en su vida. Por su parte, si se observa lo ocurrido en el último año, el 30,7% reconoce dicho consumo, mientras que el 23,9% afirma haberlo hecho en los últimos 30 días.

Los datos registrados en estos tres períodos temporales presentan un descenso respecto a la encuesta exterior, siendo las menores prevalencias de uso desde que se monitoriza esta sustancia. En el tramo temporal de 30 días previos a la realización de la encuesta, se observa un uso diario de tabaco del 9,0% que, a pesar de no ser el más bajo de toda la serie, es inferior al observado en 2019.

El primer contacto con el tabaco se produce, de media, a los 14,1 años, lo que supone una tendencia estable desde 2016. La adquisición del hábito de fumar diariamente comienza a los 14,7 años de media, algo más de medio año después de haberlo probado por primera vez.

Por sexo y edad, la frecuencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días entre estudiantes de 14 a 18 años se incrementa según avanza la edad. Los mayores aumentos de este indicador se observan al pasar de 15 a 16 años en hombres (de 14,5% a 24,2%), obteniendo la mayor prevalencia entre las chicas de 18 años (40,9%). Si tomamos de referencia los patrones de consumo en función del sexo de los estudiantes, podemos observar que, históricamente, el hábito de fumar tabaco diariamente está más presente en las chicas que en los chicos. No obstante, en cuanto al consumo diario, las diferencias entre ambos sexos se han ido recortando hasta llegar a un nivel de prevalencia similar.



Figura 130. Tabla y gráfico de prevalencia de uso de tabaco en los últimos 30 días entre personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad y sexo (%). España 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Según los datos de consumo diario, en función de edad y sexo, se observa que a medida que aumenta la primera variable lo hace la prevalencia de uso, siendo los 18 años la edad de mayor utilización para ambos sexos y la que presenta la mayor diferencia entre las prevalencias de consumo.

La edad media en la que se produce el primer uso de tabaco, tanto en chicos como en chicas, es de 14,1 años. Estos datos son prácticamente similares a los registrados en 2019 y 2016. Del mismo modo, tampoco hay variaciones significativas en la edad de inicio en el hábito de fumar diariamente (14,8 y 14,7). Respecto al número medio de cigarrillos de tabaco fumados al día, los chicos, a pesar de ser menos fumadores, tienen un hábito más intenso (6,8 cigarrillos) que las chicas (5,4 cigarrillos).

Entre los estudiantes de 14 a 18 años que han fumado tabaco en el último mes, un 49,2% afirma que consume indistintamente cigarrillos de cajetilla y de liar, seguido del uso exclusivo de cigarrillos industriales (28,2%). Quienes sólo fuman tabaco de liar dentro de este periodo temporal suponen el 22,5%, casi duplicando lo registrado en 2019 (un 14,1%). Analizando estos datos según el sexo, se aprecia que entre las mujeres está más extendido el consumo de cigarrillos de cajetilla (29,8% frente a 26,2% de ellos) y entre los hombres, el de ambos tipos (52,0% frente a 47,1% de ellas).

Por edades es más común fumar cigarrillos de ambos tipos, con independencia de la edad analizada.

Cigarrillos electrónicos:

EDADES 2022 muestra como el consumo de estos realizado alguna vez en la vida por estudiantes de 14 a 18 años, es del 44,3%. Lo que supone una reducción de 4,1 puntos porcentuales respecto a 2019. Además, al margen del grupo de edad, los chicos manifiestan una mayor prevalencia de consumo que las chicas. También, cabe destacar que en 2021 se produce una ruptura en la tendencia ascendente tras el crecimiento de 2019. Hay que indicar también que, en ambos grupos, la prevalencia de consumo aumenta con la edad, con lo que, la más elevada se registra a los 18 años (58,0% en hombres y 49,4% en mujeres). En 2021 sólo un 8,5% de los que han fumado cigarrillos electrónicos manifiestan que su intención era reducir su consumo de tabaco o, incluso, dejar de fumarlo, porcentaje ligeramente superior en los chicos (9,3% frente a 7,6% en las chicas). El consumo de cigarrillos electrónicos entre estudiantes de 14 a 18 años se sitúa en el 22,8% en el último año y el 8,1% en el último mes, siendo en todos los casos mayor el consumo en los chicos.

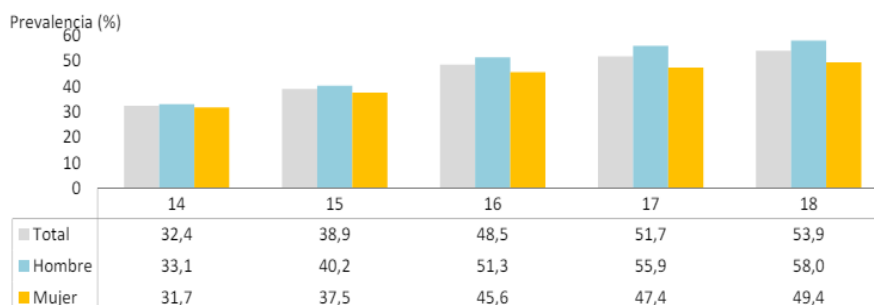


Figura 131. Tabla y gráfico de prevalencia de uso de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (%). España 2021.

Fuente: ESTUDES 2021.

Se detecta una relación entre el consumo de tabaco y cigarrillos electrónicos en los diferentes periodos temporales analizados, más del 77% de los estudiantes que han fumado tabaco, reconocen haberlos usado. Este comportamiento logra su valor máximo en aquellos que fuman tabaco diariamente (el 87,8% también ha consumido cigarrillos electrónicos). Dentro del grupo de personas fumadoras de tabaco (independientemente del tramo temporal), aproximadamente el 40% ha usado cigarrillos electrónicos con nicotina. Por otro lado, se observa que entre estudiantes que no usan tabaco, hay una mayor prevalencia de consumo del cigarrillo electrónico sin nicotina.

Respecto a la incidencia del consumo de tabaco en Castilla y León presentado en ESTUDES 2021, el tabaco es la segunda sustancia más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. Su uso ha aumentado en CYL respecto a 2018, aunque de forma estadísticamente no significativa.

El 12,1% de la población encuestada manifiesta que fuman a diario. El consumo diario en los varones es superior al de las mujeres. La prevalencia de estudiantes fumadores habituales o diarios de CYL se sitúa tres puntos por encima de la media nacional.

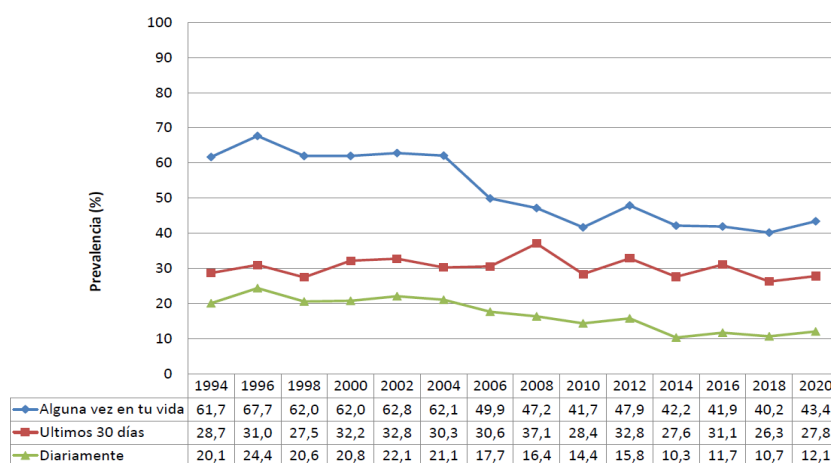


Figura 132. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de tabaco en estudiantes de CyL (%). Castilla y León 1994-2020. Fuente: ESTUDES 2021.

Comparando el bienio 2010-2020 encontramos una gran disminución en las pautas de consumo habitual de tabaco tanto en España como en Castilla y León.

Los primeros contactos con el tabaco en esta comunidad son a los 14 años (constante desde 1996) y el uso diario se puede ubicar cerca de los 14 años y medio.

	Hombre		Mujer		Total	
	España	C. y L.	España	C. y L.	España	C. y L.
Consumo medio entre fumadores diarios (cig./día)	6,8	7,9	5,4	4,3	6,1	6,3
Consumo alguna vez en la vida (%)	35,1	41,9	41,5	45,0	38,2	43,4
Consumo en el último año (%)	27,3	34,3	34,2	36,9	30,7	35,6
Consumo en el último mes (%)	21,2	27,2	26,7	28,4	23,9	27,8
Fuma a diario (%)	8,8	14,1*	9,2	10,0*	9,0	12,1
Se ha planteado alguna vez dejar de fumar (%)	68,7	62,4	74,6	71,0	71,9	66,6
Ha intentado dejar de fumar (%)	41,1	44,6	43,0	40,5	42,1	42,6

	2018/19	2020/21
Fuma a diario (%)	10,7	12,1
Se ha planteado alguna vez dejar de fumar (%)	71,7	66,6
Ha intentado dejar de fumar (%)	45,2	42,6

*p < 0,05: estadísticamente significativo, entre hombres y mujeres.

Figura 133. Tabla de consumo de tabaco en estudiantes de 14-18 años. Castilla y León 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

La percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco se mantiene estable respecto a 2018, opinando un 94,5% que este puede producir bastantes/muchos problemas de salud.

Con relación al uso de CE en Cyl, su uso se sitúa en el 43,6%, estando más extendido en hombres que en mujeres, con diferencias significativas alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes.

Por otro lado, desciende de igual manera en los últimos 12 meses y 30 días.

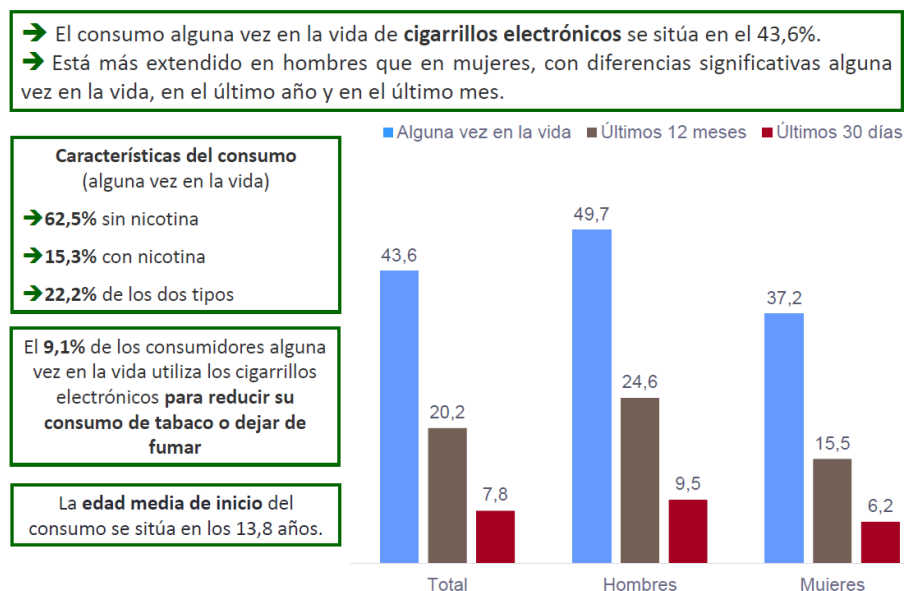


Figura 134. Gráfico de evolución de la proporción de personas consumidoras de cigarrillos electrónicos. Castilla y León 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Los datos de EDADES 2022, para Castilla y León, muestra cómo el tabaco es la segunda sustancia más consumida en la población de 15 a 64 años.

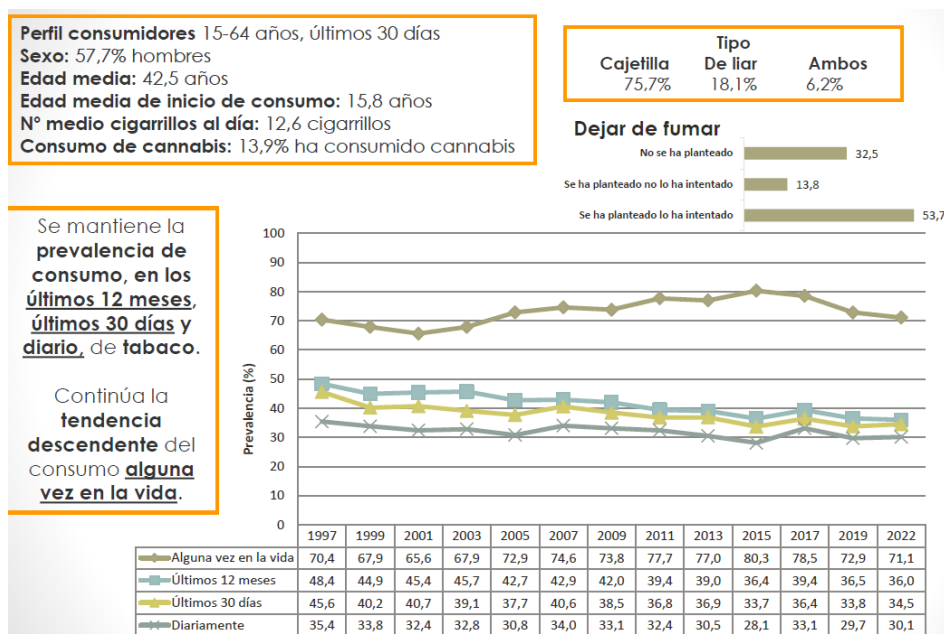


Figura 134. Gráfico y tabla de la evolución de la prevalencia de uso de tabaco (%). Castilla y León 2022. Fuente: EDADES 2022.

Su uso se mantiene estable, descendiendo por tercer año consecutivo los hábitos de alguna vez en la vida. Las prevalencias más altas de consumo, como son los usos diarios (habituales) o el consumo en los últimos 12 meses y 30 días, se sitúan por debajo de la media nacional.

En CyL, el consumo de tabaco entre los varones es significativamente superior que el de las mujeres en todos los tramos temporales, existiendo diferencias entre los datos de 2019 y los de 2021.

	España	C. y L.	España	C. y L.
Consumo alguna vez en la vida (%)	70,0	72,9	69,6	71,1
Consumo en los últimos 12 meses (%)	39,4	36,5	39,0	36,0
Consumo en los últimos 30 días (%)	36,8	33,8	37,2	34,5
Consumo diario en los últimos 30 días (%)	32,3	29,7	33,1	30,1

Figura 135. Tabla comparativa entre prevalencias de uso de tabaco en diferentes tramos temporales (%). España y Castilla y León 2019-2022. Fuente: EDADES 2022.

Respecto al consumo de cigarrillos electrónicos, el 11,3% de la población lo ha hecho alguna vez en la vida, el 2,7% en los últimos 12 meses y el 0,8% en los últimos 30 días.

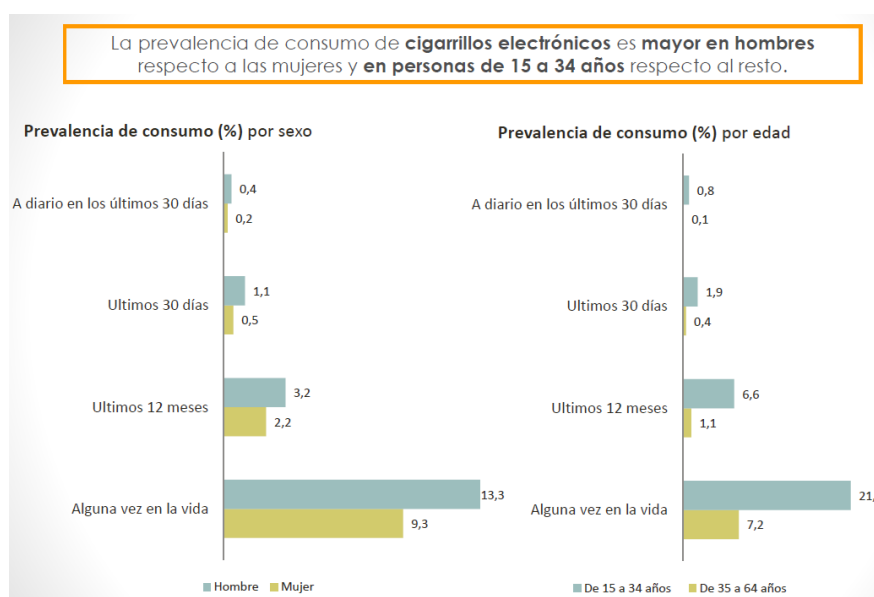


Figura 136. Gráfico de prevalencia uso cigarrillo electrónico (%). Castilla y León 2022. Fuente: EDADES 2022.

Como podemos ver en la tabla anterior, existen diferencias significativas entre sexo y edad.

Percepción vecindario:

El tabaco, a pesar de haberse utilizado durante milenios, está sujeto a restricciones relacionadas con su comercialización y uso en diversos contextos. Muchos países, incluyendo España, prohíben su consumo en ciertas poblaciones y espacios públicos debido a los posibles efectos adversos para la salud pública. A pesar de ser una sustancia legalmente disponible en España, existen regulaciones que limitan su uso y acceso. Por lo tanto, la percepción del vecindario del Real Sitio sobre el tabaco es similar a la que tienen sobre el alcohol.

“Los menores no deben fumar. Pero de vez en cuando, no pasa nada si alguno de ellos... se fuma un cigarro”. (Adulto 38 años).

Por lo tanto, en el municipio analizado, encontramos contradicciones similares a las ya mencionadas sobre el alcohol en diversos ámbitos como el discurso, la política y lo social. Existe una coexistencia de políticas restrictivas hacia el consumo de tabaco en menores junto con una amplia permisividad generalizada en su uso.

“Veía de joven muchos carteles de no fumar. Pero en alguna boda y cosas similares, los mayores me daban de fumar.”. (Joven 38 años).

Esta percepción se genera debido a la convergencia en el imaginario colectivo del Real Sitio de las políticas estructuralmente prohibicionistas sobre el uso de tabaco y la baja percepción del riesgo asociado a su consumo, influida por las circunstancias locales específicas.

“Fumar mata, eso no lo niega nadie. Pero de vez en cuando un cigarro, no le hace mal a nadie”. (Adulto 29 años).

En esta construcción tienen un mayor peso los discursos que provienen del Modelo Médico Hegemónico explicativo sobre las adicciones actual, que la implementación y mantenimiento de ciertas normas que contravienen lo socialmente aceptado.

“Nadie puede negar que fumar mata. Pero hay que fumar mucho. Cuando lo haces con cabeza, no es tan malo. Eso sí, en el caso de los menores sí que es un problema. Ya que ellos tienen que desarrollarse y fumar puede hacer que esto no se haga de la manera correcta. ¡No pueden fumar tan pequeños!” (Adulto 30 años).

La predominancia de explicaciones basadas en lo biomédico hace que, aunque la percepción del vecindario sobre el consumo de tabaco en su contexto no sea objeto de gran debate, cuando se trata del consumo por parte de menores de edad, se replican acciones prohibicionistas derivadas de este modelo. Estas se centran en prohibir el consumo y retrasar el inicio de este.

“Que los menores fumen, es un problemón. No entiendo como tienen acceso al tabaco, cuando por edad no deberían de tenerlo. ¡Qué los persigan y sancionen tanto a los que fuman, como a los que les dan o dejan comprar!” (Adulto 42 años).

En España, desde el 1 de enero de 2006, entró en vigor la *“Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco”*. Esta disposición prohíbe fumar en los lugares de trabajo, centros culturales, etc.

“Siempre se ha podido fumar en los bares y ahora no... Nunca ha pasado nada y ahora ¿por qué sí?” (Adulto 32 años).

El 2 de enero de 2011 se modificó la normativa para prohibir el consumo de tabaco en cualquier espacio colectivo o local abierto al público que no esté al aire libre. Sin embargo, se hicieron excepciones para centros penitenciarios, psiquiátricos y zonas delimitadas en centros de mayores. Esta modificación significó la prohibición del tabaco en contextos de ocio tradicionales como bares, lo cual generó resistencias a la normativa en el Real Sitio, intensificando aún más las contradicciones mencionadas anteriormente.

“¿Se puede o no se puede fumar? Yo ya no sé qué hacer”. (Joven 32 años).

Para concluir, podemos decir que la percepción del vecindario del Real Sitio respecto al consumo de tabaco se manifiesta a través de una contradicción evidente. Se observan dinámicas que promueven una gran permisividad y normalización del consumo, mientras que al mismo tiempo existe una prohibición más estricta cuando se vincula con menores de edad. Esta divergencia se ha acentuado aún más con la implementación de la ley del tabaco y la ampliación de las prohibiciones asociadas.

Situación actual:

El tabaco no fue percibido como un problema de salud hasta la Revolución Industrial. En este período, la producción masiva y mejoras en medios de comunicación y transporte facilitaron nuevos modos de consumo, tipos de usuarios y expectativas, mientras se comenzaba a visibilizar una parte de los riesgos y daños asociados. Fue en este contexto donde, con el apoyo del modelo biomédico, situaciones específicas se generalizaron a todas las formas de consumo de tabaco. Este proceso estableció discursos, regulaciones, estigmas e intervenciones centradas en la abstinencia.



Figura 137. Imagen de una campaña antitabaco en España. Fuente: La Moncloa.

Este fenómeno se encontró, y continúa hoy en día, en competencia con todas aquellas disposiciones socioeconómicas que fomentan su consumo.



Figura 138. Imagen de una campaña de tabaco con filtro con Ronald Reagan. EE. UU. Fuente: Yahoo.

Uno de los casos más paradigmáticos relacionados con lo que estamos discutiendo es el de la publicidad. Esta disciplina, en el pasado, jugó un papel fundamental en establecer un consumo social del tabaco asociado a identidades específicas, expectativas de consumo y un imaginario característico.

De esta manera, las personas adultas socializadas en la normalización del consumo de tabaco como y la percepción de sus riesgos son modelos reproductores de esta lógica hacia las personas jóvenes.

“¿Quién no se acuerda del anuncio de _____ [marca de tabaco]? Parecía que con solo fumarla ya ibas a ser un triunfador. Eso sí... luego empezaron con lo de que te ibas a morir y tal”. (Adulto 38 años).

Así pues, sí al fenómeno que estamos presentando en este apartado le caracteriza la contradicción existente entre aquello que promueve lo médico y lo que nos presentan disciplinas como la publicidad, las personas adultas enseñan a las más jóvenes esta relación paradójica con el tabaco.

“Yo veo como mi padre fuma y pienso... ¡Pues no es tan malo como dicen!” (Joven 18 años).

Por este motivo, el número de personas que consumían tabaco creció de manera exponencial cuando el modelo predominante era la normalización de su consumo. Posteriormente, este número disminuyó drásticamente con el cambio hacia un paradigma centrado en la abstinencia, promovido a través de leyes y discursos médicos legitimadores. Sin embargo, debido a la coexistencia de ambos enfoques, nunca ha habido signos de su desaparición completa. Esta situación generalizada sobre el uso del tabaco queda plasmada en la realidad del Real Sitio.

Diego: *¿Cuál crees que es la situación de las drogas en el pueblo?*

Entrevistado: *“¡La cosa está muy mal! Es mucho lo que se consume...”*

Diego: *¿Como por ejemplo?*

Entrevistado: *Ya sabes... Cocaína a saco, pastillas, etc. Alcohol se consume mucho... Supongo que algunos consumirán cosas más raras.*

(Entrevista Joven 24 años)

Durante el trabajo de campo, al preguntar sobre la situación de las adicciones en el municipio, solo recibimos respuestas relacionadas con aquellas sustancias que llevan consigo una mayor estigmatización. Para obtener información sobre el tabaco, tuvimos que enfocarnos específicamente en esa sustancia para que la persona consultada reflexionara sobre ella. De lo contrario, debido a la alta normalización de su uso, el tabaco nunca se menciona espontáneamente en los discursos.

Diego: *¿Qué pasa con el tabaco? Sabes que es una de las sustancias que más se consume*

Entrevistado: *Es verdad... Siempre se me olvida. Como siempre se ve como algo normal*

Diego: *¿Qué opinas?*

Entrevistado: *Que los chavales no tienen que fumar y que mata a mucha gente*

(Entrevista Joven 24 años).

Esta situación también refleja cómo ciertos procesos han contribuido a definir el tabaco no solo a través de estereotipos asociados con el triunfo, la masculinidad, la contracultura, la madurez, entre

otros, sino también como una sustancia percibida como menos perjudicial que otras, y por lo tanto, mucho más tolerada y menos problematizada.

Diego: *¿Qué consideras que influye en que el pueblo entienda de esta manera el tabaco?*

Entrevistado: *Pues que es una enfermedad... Una de las más serias de la actualidad. Es una de las cosas que más matan en el mundo, jeh!*

Diego: *¿Qué crees que necesita el pueblo entonces?*

Entrevistado: *Pues lo que el resto del país. Tratamientos eficaces, medicinas, información científica*

Diego: *¿Algo más...?*

Entrevistado: *Eso sería suficiente... Las cosas médicas, se tratan con medicina. Otra cosa ya es cómo prevenirlo... Pero eso solo se consigue a través de información, cursos, etc.*

(Entrevista a trabajador recurso Real Sitio 37 años).

En nuestro contexto de estudio, el imaginario social sobre el tabaco está predominantemente influenciado por la variable biomédica, lo que condiciona la interpretación que se hace de esta sustancia. Este enfoque tiende a ocultar otras variables que no solo influyen en cómo se explica el fenómeno del consumo de tabaco, sino también en lo que se demanda, en las expectativas asociadas a su uso, y en otros aspectos relevantes.

“Yo fumo porque lo hacen mis amigos... porque me gusta y porque es una manera de sentirme bien”. (Joven 18 años).

Pero, ante preguntas como *¿fumas? ¿Cuándo lo haces? ¿Por qué usas tabaco?*, etc., el peso del contexto social aflora en las narrativas recogidas.

“Yo no fumo... Bueno, en las fiestas y algún fin de semana sí fumo alguno”. (Joven 24 años).

Esto indica que la situación del tabaco en el Real Sitio refleja una contradicción similar a la ya expuesta de manera general. Es decir, si bien existe un enfoque determinista desde la perspectiva médica al interpretar este fenómeno, cuando se analiza desde la experiencia personal o grupal, se observa una baja percepción del riesgo y una normalización del uso en los discursos recogidos.

“¡Cómo no voy a fumar! Tengo mucho estrés y esto hace que me relaje”. (Adulto 53 años).

El papel de las personas adultas del Real Sitio también es el de modelos observacionales, ya que muestran consecuencias deseables y positivas sobre una conducta o fenómeno.

“Sé que puede ser una bobada, pero como veo que los mayores fuman... ¡Pues lo hago! Jajajaj”. (Joven 17 años).

Con respecto al consumo de tabaco, las pautas de uso que siguen las personas mayores del municipio se perciben como la opción adecuada a seguir. Aquellas que se socializaron incorporando una forma particular de comprender y posicionarse frente a esta sustancia establecen los patrones de consumo, puntos de vista, etc., en nuestro contexto de estudio

“Vaya tela como están los chicos de pueblo... Todo el día con el botellón, fumando, etc. ¡No sé dónde vamos a parar!” (Adulto 39 años).

Actualmente, los discursos prevencionistas sustentados en la peligrosidad del tabaco comienzan a ganar terreno en el imaginario de las personas jóvenes, posibilitando que las tomas de decisiones centradas en el no consumo estén por encima de otras.

“¡Qué mal te huele la boca cuando fumas! No sé cómo los mayores fuman tanto”. (Joven 18 años).

Esta situación explica cómo es posible que, en el contexto del Real Sitio, encontramos un descenso en la contradicción respecto al uso del tabaco antes citada. Esto se observa a través de un aumento en la estigmatización y una bajada de su uso por parte del vecindario de menor edad, corroborando la bajada en la prevalencia de uso presentadas tanto por ESTUDES como por EDADES.

“¡Puag! Cómo huele todo a tabaco... Yo no sé cómo con todo lo que se sabe en la actualidad, la gente sigue fumando”. (Joven 27 años).

Este contexto explicativo genera una percepción relativamente baja del riesgo asociado al uso del tabaco en el municipio analizado. Esta percepción se construye tanto en torno a ciertos placeres asociados al tabaco, como el ocio y el relax, como en los posibles riesgos para la salud, dependiendo de quién lo use.

En cuanto a la venta de tabaco a menores de edad, es importante destacar que constituye un delito según la Ley 28/2005, del 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco en España. En nuestro contexto de estudio, a diferencia de lo observado con el alcohol, este precepto se respeta considerablemente. Sin embargo, al igual que con el consumo de bebidas alcohólicas, el papel de los facilitadores resulta clave para entender las dinámicas de obtención de tabaco por parte de los menores en el Real Sitio.

“Es cierto. Los mayores consumen más o menos lo mismo, pero se ven muchos menos jóvenes intentando comprar tabaco tanto aquí, como en los bares a los que les vendo yo”. (Adulto 55 años)

A pesar de estas circunstancias, los jóvenes del Real Sitio consumen menos tabaco que sus mayores debido a la creciente percepción negativa hacia esta sustancia y a las repercusiones de la ley anterior.

Sugerencias vecinales:

Las dinámicas de tolerancia, normalización y prohibición respecto al uso del tabaco en el Real Sitio influyen en las demandas de intervención solicitadas con respecto a este fenómeno

“El tabaco es una de las lacras actuales. Está más que demostrado en la actualidad que mata a la gente”. (Adulto 45 años).

La prohibición se intensifica aún más cuando el consumo está vinculado a menores de edad. Según el discurso médico, estos jóvenes presentan un desarrollo biológico insuficiente para poder consumir esta sustancia sin que los daños o riesgos sean demasiado graves

“Nosotros no dejamos que fumen dentro de nuestras instalaciones. Pero fuera... ¡No podemos hacer nada! Así que hemos puesto un cenicero”. (Adulto 42 años).

Siempre asumiendo que todo el vecindario construye su relación con esta sustancia desde el peligro y estigma que emana del modelo prohibicionista.

“Lo de no fumar en los bares... ¡Es una putada! Ya hace mucho tiempo, pero yo sigo preguntando... ¡En algunos te dejan por las noches!, cuando está todo cerrado... Pero, al igual que con el alcohol, los niños no deben fumar”. (Adulto 47 años).

Así pues, partiendo de esta situación, el vecindario del municipio analizado no reclama ningún tipo de intervención concreta, salvo en el caso del consumo vinculado con los más jóvenes.

“No se puede permitir que los más jóvenes fumen. Tiene que haber cursos o algo. Los mayores... cada uno que haga lo que quiera”. (Adulto 42 años).

Las demandas de intervención vinculadas al uso del tabaco recogidas en el Real Sitio estuvieron vinculadas a personas fumadoras menores de edad y a quienes no cumplen la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo.

“Yo ya sé que el tabaco mata. No soy idiota. ¡Llevar contándome la cantinela en el colegio desde hace años! Yo fumo porque quiero”. (Joven 17 años).

Estas fueron siempre de carácter informativo explicando los peligros del consumo y/o punitivas para quienes no cumplen las normas, reproduciendo el modelo de intervención genérico prohibicionista.

A continuación, de acuerdo con la estructura seguida a lo largo de nuestra investigación, se presentarán las principales intervenciones que consideramos necesarias implementar en el Real Sitio en relación con el uso del tabaco.

Acciones a llevar a cabo:

Basándonos en la imagen obtenida sobre el consumo de tabaco en el Real Sitio, donde coexisten la normalización del consumo y la aplicación selectiva de prohibiciones según el contexto y las personas involucradas, destacan dos tipos de intervenciones prioritarias: primero, acciones dirigidas a concienciar a los adultos sobre su papel estructural como modelos de referencia para los jóvenes del municipio, fomentando que asuman un rol de agentes de salud; segundo, iniciativas orientadas a educar a la población más joven sobre los riesgos del consumo temprano de tabaco y la importancia de cumplir con la ley antitabaco vigente.

La población adulta del Real Sitio debe asumir su papel como parte de un sistema de legitimación en el uso de ciertas drogas, sobre todo de aquellas cuyo consumo cuenta con la mayor normalización en el municipio (alcohol, tabaco, cannabis). En el caso del tabaco el referente general sobre drogas, en el cual prima la abstinencia, queda diluido ante la idiosincrasia de tolerancia local.

Consideramos crucial desmentir los mitos asociados al consumo de tabaco, un proceso que desnaturaliza prácticas normalizadas al introducir explicaciones basadas en información objetiva. Esto implica responsabilizar a los consumidores en la gestión de sus hábitos y expectativas. De esta manera, buscamos superar la confrontación local entre el discurso abstencionista predominante y la permisividad local. En el Real Sitio, esta situación confunde a la población al recibir información contradictoria y sesgada sobre el consumo de tabaco según el contexto, lo cual genera dobles discursos, malentendidos y dificultades en la gestión de la situación.

Con esta intención, de manera similar a lo planteado anteriormente, proponemos la creación de un espacio de referencia en adicciones, liderado por una persona formada tanto en materia de prevención como en reducción de riesgos y daños. Este servirá como punto informativo sobre el consumo de tabaco y otras drogas, ofreciendo estrategias preventivas dirigidas no solo a los jóvenes que no deben fumar por edad, sino a toda la población en general.

Estas medidas modificarán las dinámicas de facilitación del tabaco a menores y del consumo en espacios prohibidos, así como la demonización de su uso por ciertos grupos. A su vez, promoverán una reducción de la contradicción existente en el municipio respecto al tabaco y una visión más realista de su consumo.

PSICOFÁRMACOS.

Introducción:

Con el nombre de psicofármacos se conoce a ciertas sustancias que, introducidas en el cuerpo humano, inciden en el sistema nervioso central alterando diferentes procesos mentales. Estas se pueden dividir según su efecto principal en sedantes si tienen la propiedad de disminuir la activación

cerebral, moderar la excitación; o hipnóticas cuando tienen la capacidad de generar efectos como la somnolencia y colaborar con el inicio y mantenimiento del sueño. En contexto recreativo, los efectos buscados por sus consumidores son la desinhibición y euforia, al igual que la sedación y relajación, siendo su principal vía de administración la oral.



Figura 139. Imagen de tabletas de psicofármacos. Fuente: Genolife

Algunos ejemplos son las *Benzodiazepinas* como el flunitrazepam (Rohypnol), diazepam (Valium, Relazepam), clordiazepóxido (Librax, Decacil), lorazepam (Ativán) etc.; *Barbitúricos* como el secobarbital (Seconal), fenobarbital (Franol, Comital), etc.; *Antidepresivos*: sertralina (Zoloft), fluoxetina (Prozac), etc.

Su consumo, ya sea con o sin prescripción médica, puede llevar a desarrollar una dependencia, especialmente si se prolonga sin seguir pautas de reducción de riesgos o se utiliza fuera de las indicaciones médicas. Entre las principales secuelas asociadas al consumo prolongado se encuentran la falta de coordinación motora, pérdida de tono muscular, disminución de la presión arterial, sedación y náuseas

Datos España y Castilla- León:

Tanto ESTUDES 2021 como EDADES 2022 preguntan en sus encuestas por hipnosedantes y analgésicos opioides⁴⁹ con o sin receta⁵⁰, incorporando estas dos últimas sustancias desde 2019. En ambos estudios, aparecen como la tercera droga más usada por la población española.

Centrándonos en los datos manejados a nivel nacional presentados en EDADES 2022, los **hipnosedantes**, recetados o no, continúan presentando una tendencia creciente en el consumo de alguna vez en la vida, registrando este año el máximo de la serie histórica (23,5%). De la misma manera, los consumos en el resto de los tramos temporales considerados (últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario) registran un aumento en torno a un punto porcentual en los niveles de prevalencia,

⁴⁹ Estos son medicamentos cuya acción analgésica se produce por la interacción de estos con los receptores opioides de las neuronas del cerebro. Ejemplos: morfina, pentazocina, naltrexona, metadona, etc.

⁵⁰ Datos vinculados a la intermediación o no del personal médico en el consumo de la sustancia.

alcanzando los máximos de la serie. Además, aproximadamente, 713.000 personas iniciaron el consumo de estas sustancias con o sin receta en los últimos 12 meses.

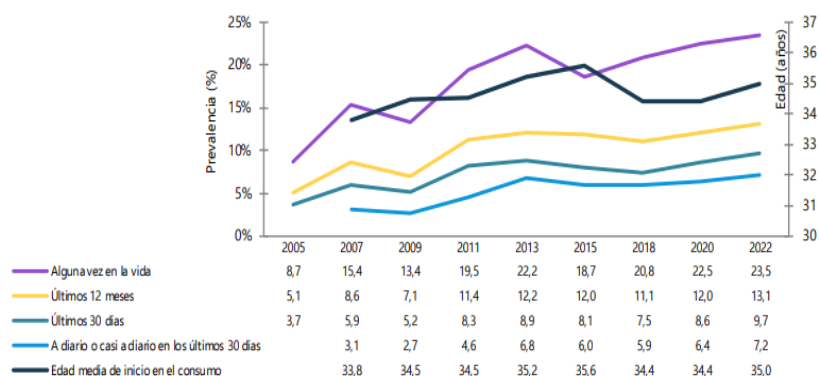


Figura 140. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta (%) y edad media de inicio del consumo en población de 15-64 años. España 2005-2022. Fuente: EDADES 2022.

Por sexo, el consumo está más extendido entre las mujeres, con independencia del tramo temporal.

	15 A 64 AÑOS			15 A 34 AÑOS			35 A 64 AÑOS		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Alguna vez	23,5	19,0	28,0	13,7	11,0	16,5	28,2	22,9	33,4
Último año	13,1	10,3	16,0	7,2	5,5	8,9	16,0	12,6	19,4
Último mes	9,7	7,3	12,1	4,2	3,2	5,3	12,3	9,4	15,3
A diario	7,2	5,2	9,2	2,5	1,8	3,3	9,4	6,8	11,9

Figura 141. Tabla de prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España 2022. Fuente: EDADES 2022.

Por edad, esta sustancia registra mayor peso entre las personas mayores de 35 años en ambos sexos. Aunque su uso, con o sin receta para el marco temporal de los últimos 12 meses, aumenta según se incrementa la edad de la población, siendo este aumento mayor entre las mujeres. Además, para el uso en los últimos 30 días, se registran mayores prevalencias en los grupos de mayor edad, tanto entre hombres como entre mujeres, en el grupo de 55 a 64 años.

Ocho de cada diez de las personas que han consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en la vida indican que, en términos generales, siguen con exactitud las indicaciones del médico sobre su consumo (81,7%).

Por otra parte, el 8,2% declara haber consumido estos medicamentos un menor tiempo al indicado por su médico y un 8,6% un menor consumo en función de la dosis.

Sobre el uso de **analgésicos opioides**, el 15,8% de la población de España de 15 a 64 años reconoce haber consumido analgésicos opioides, con o sin receta, en alguna ocasión.

	2018			2020			2022		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Alguna vez en la vida	14,5	13,1	16,0	15,2	14,1	16,2	15,8	14,7	16,9
Últimos 12 meses	6,7	5,9	7,4	7,1	6,2	8,1	6,8	5,8	7,9
Últimos 30 días	2,9	2,3	3,4	3,6	3,0	4,3	4,0	3,1	4,8

Figura 142. Tabla de prevalencia de consumo de analgésicos opioides en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España 2018-2022. Fuente: EDADES 2022.

Igual que con los hipnosedantes, aunque con menor diferencia, el consumo de estas sustancias está más extendido en las mujeres que en los hombres, aumentando en ambos grupos su prevalencia a medida que lo hace la edad. Evolutivamente se aprecia un incremento en la prevalencia de uso en ambos sexos, para los marcos temporales de alguna vez en la vida y en los últimos 30 días.

La codeína y el tramadol son aquellos que presentan una mayor prevalencia de consumo entre la población de 15 a 64 años. Si bien, en ambos casos ha disminuido su uso en favor del fentanilo y otros opioides como la oxycodona, hidromorfona, petidina, tapentadol, metadona y buprenorfina.

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Tramadol	35,5	34,8	36,2	50,0	47,3	52,3	46,0	46,5	45,6
Codeína	69,2	69,9	68,7	54,6	54,4	54,9	59,9	58,8	60,9
Morfina	14,7	15,2	14,3	13,9	16,0	11,9	6,9	7,5	6,4
Fentanilo	1,9	2,5	1,4	3,6	4,4	2,9	14,0	14,7	13,4
Otros*	6,1	6,2	6,1	14,2	14,9	13,6	14,4	17,0	12,2

*En 2018 otros analgésicos opioides fueron: Oxycodona, hidromorfona, petidina, tapentadol, metadona y buprenorfina.

Figura 143. Tabla de prevalencia de uso de analgésicos opioides en la población de 15-64 años, que los han consumido alguna vez en la vida según sexo (%). España 2018-2022. Fuente: EDADES 2022.

Ocho de cada diez de quienes han usado analgésicos opioides alguna vez en la vida indican que siguen con exactitud las indicaciones del médico (81,9%). El 8,0% dice haberlos consumido menos tiempo del indicado por su médico y un 7,1% presenta una menor utilización en función de la dosis.

Respecto a los datos observados en el ESTUDES 2021, la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta médica es del 19,6% cuando el periodo se refiere a alguna vez en la vida, 13,6% con relación a los últimos 12 meses y 7,5% en el último mes.

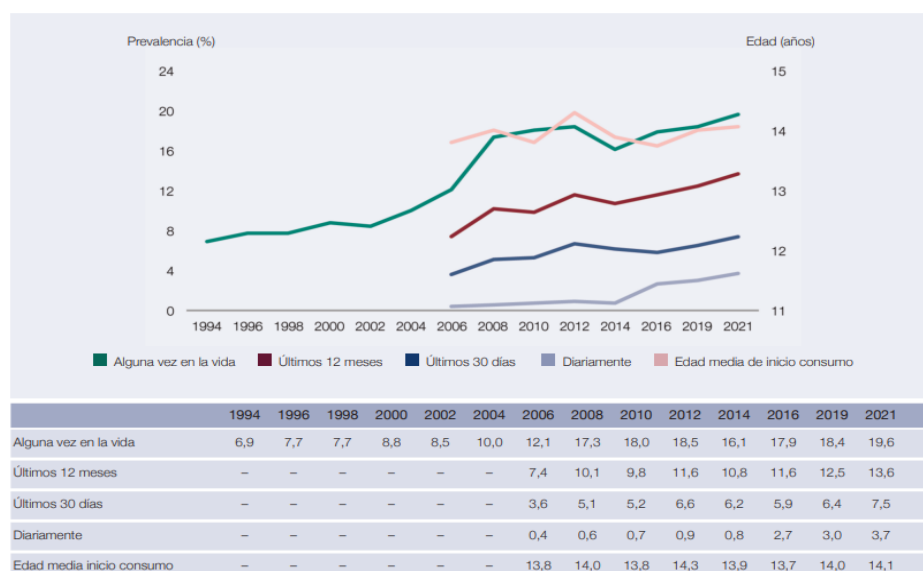


Figura 144. Tabla y gráfico de prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta médica (%) y edad media de inicio en su consumo (años) entre las personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años. España 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Existe una tendencia ascendente en la prevalencia de uso de hipnosedantes con o sin receta en todos los tramos temporales desde el inicio de la serie histórica, alcanzando en 2021 los valores más altos.

La edad media en que las personas estudiantes se inician en el consumo de este tipo de sustancias psicoactivas es de 14,1 años, dato similar al del resto de ediciones.

	Total			14 años			15 años			16 años			17 años			14-17 años			18 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	19,6	15,3	24,1	15,9	11,6	20,3	17,6	13,5	21,6	20,3	15,9	24,8	22,0	17,2	26,9	19,1	14,8	23,6	26,0	21,7	30,7
Último año	13,6	9,7	17,6	11,4	7,6	15,2	12,4	8,9	15,8	14,0	9,8	18,3	15,0	10,4	19,8	13,3	9,3	17,4	17,4	14,0	21,0
Último mes	7,5	5,0	10,0	6,6	4,4	8,8	6,8	4,6	9,0	7,4	4,7	10,3	8,2	5,4	11,1	7,3	4,8	9,9	9,4	7,1	11,9

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

Figura 145. Tabla de prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta médica entre las personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años, según sexo y edad (%). España 2021.

Fuente: ESTUDES 2021.

Los datos, según el sexo de los estudiantes, indican que los hipnosedantes presentan un mayor consumo entre las chicas, ya que el 24,1% dice haberlos usado con o sin receta alguna vez en su vida y en los chicos es del 15,3%. El uso de estas drogas crece con la edad en ambos casos, presentando la prevalencia más elevada el grupo de 18 años, con independencia del tramo temporal.

Sobre el consumo de **analgésicos opioides** con y sin receta, el ESTUDES 2021, informa que el 1,7% de quienes respondieron a la encuesta, han usado esta sustancia alguna vez en su vida (2,2% en 2019).

	2019	2021
Alguna vez en la vida	2,2	1,7
Últimos 12 meses	1,5	0,9
Últimos 30 días	0,5	0,3
Edad media de inicio en el consumo	15,2	15,1

Figura 146. Tabla de prevalencia de consumo de analgésicos opioides entre personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años (%). España 2019-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Según el sexo de las personas encuestadas, se produce un consumo mayor en chicos (2,2%) que en chicas (1,2%). Por otro lado, el uso de estas sustancias aumenta claramente con la edad, siendo entre el alumnado de 18 años donde se registran las mayores prevalencias de consumo.

	Total		
	T	H	M
Alguna vez	1,7	2,2	1,2
Último año	0,9	1,2	0,6
Último mes	0,3	0,4	0,2

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

Figura 147. Tabla de prevalencia de consumo de analgésicos opioides entre personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias 14-18 años, según sexo (%). España 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Atendiendo al resto de los periodos temporales contemplados, se recoge que un 0,9% de los alumnos ha consumido analgésicos opioides para colocarse en el último año y un 0,3% en el último mes.

En Castilla y León, EDADES 2022 mostró una estabilidad respecto a 2019 en el uso de psicofármacos con y sin receta.

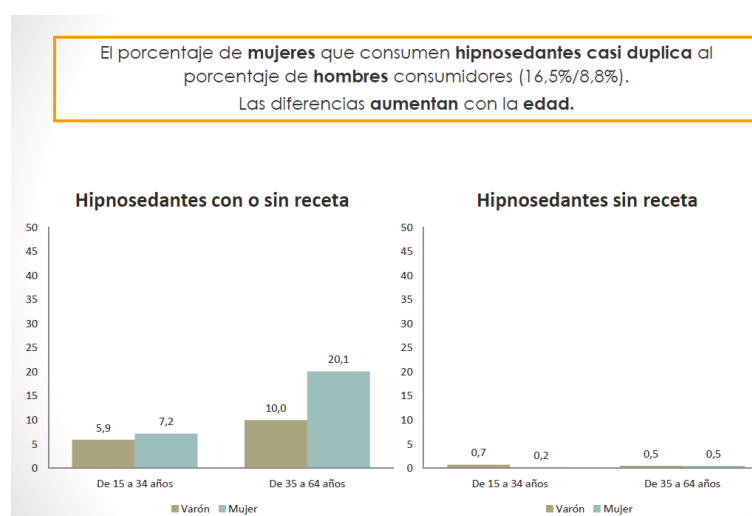


Figura 148. Gráfico de prevalencia de consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (%). Castilla y León 2022. Fuente: EDADES 2022.

En Castilla y León, al igual que a nivel nacional, los hipnosedantes se posicionan como la tercera sustancia más utilizada. Según la encuesta EDADES 2022, el uso en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días se mantiene en un 12,6% y 9,9% respectivamente. El consumo diario ha experimentado un ligero aumento, pasando del 6,8% al 7,9%. El uso de esta sustancia sin receta se mantiene en niveles bajos de manera estable. Los consumos en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario se sitúan por debajo del 1%.

Con relación a los analgésicos opioides, el 6,8% de la población de 15 a 64 años ha consumido esta sustancia alguna vez en la vida. Los usos realizados por las mujeres, salvo el de los últimos 30 días, son más altos que los de los hombres, siendo el tramadol el opioide más consumido.

ESTUDES 2021 para Castilla y León muestran un aumento significativo en el consumo alguna vez en la vida de hipnosedantes sin receta, mientras que los otros usos se han mantenido estables. Esta tendencia posiblemente esté influenciada por la incidencia de la pandemia de COVID-19.

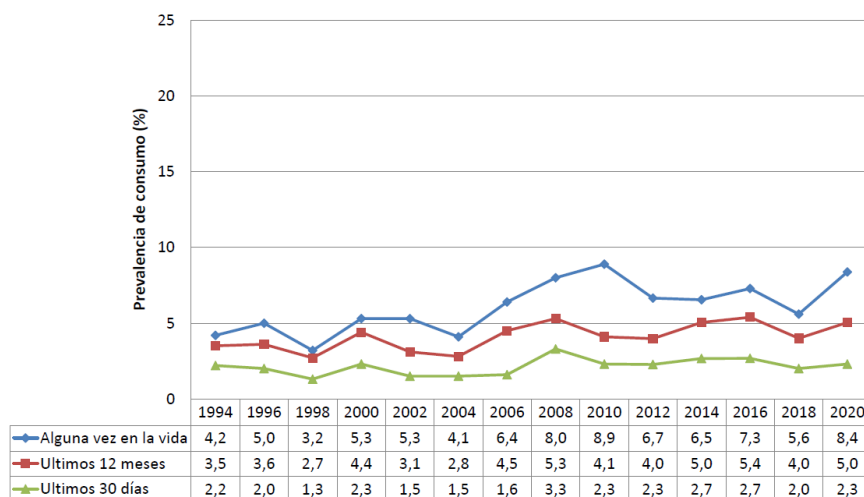


Figura 149. Tabla y gráfico de evolución de la proporción de personas consumidoras de hipnosedantes sin receta (%). Castilla y León 1994-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Actualmente, un 8,4% los ha consumido alguna vez en la vida, un 5,0% en el último año y un 2,3% en el último mes, con un porcentaje ligeramente superior en las chicas para este último. Las tres frecuencias de consumo presentan prevalencias inferiores a las de España, con diferencias significativas en el último año y mes.

Percepción vecindario:

Este grupo de sustancias psicoactivas, tanto en su uso con receta como sin ella, se posiciona como la tercera droga más consumida a nivel nacional y en Castilla y León según las encuestas mencionadas. Estos datos evidencian la importancia central que estas sustancias tienen en la vida de las personas en

la actualidad. Sin embargo, al consultar al vecindario analizado sobre la situación de las adicciones en general, rara vez mencionaron este tipo de sustancias, salvo algunas excepciones.

“Pues se consume lo de siempre... Mucho alcohol, mucha coca, tabaco...”. (Adulto 37 años).

“Coca, alcohol... lo de siempre”. (Joven 27 años).

Durante nuestra investigación, solo el personal sanitario y aquellos que trabajan en el ámbito social incorporaron el uso de estas sustancias en sus discursos sobre la situación de las adicciones. Sin embargo, siempre hicieron referencia a su uso fuera del ámbito meramente biomédico.

“Pues además de lo típico que se consume... Está el tema de los medicamentos. En el pueblo hay gente que los consume y, como no se les llama droga, creen que no pasa nada. Una cosa es usarlo para curar y otra para otras situaciones”. (Adulto 47 años).

Así que, según los datos recabados, el Real Sitio no muestra una percepción significativa del riesgo respecto al uso de hipnosedantes y su relación con las adicciones. Esta varía según la intencionalidad del uso, la presencia de una prescripción médica y la duración del consumo. El uso de psicofármacos sin supervisión médica y fuera de su propósito terapéutico se define en términos negativos, especialmente cuando el juicio proviene de personas vinculadas al ámbito sociosanitario.

“¿Cómo van a ser peligrosos si te lo receta un médico? Me estás diciendo que si lo tomo mucho tiempo me puedo enganchar.... ¡pero si las toma todo el mundo!” (Adulto 37 años).

El fácil acceso a estas sustancias y la creencia de que no son perjudiciales, debido a su vinculación con el ámbito sanitario, son factores cruciales para comprender la situación del fenómeno en el Real Sitio y para diseñar acciones interventivas adecuadas.

Situación actual:

Gracias a nuestra formación, al comenzar la investigación que sustenta este informe, ya éramos conscientes de la problemática a nivel nacional vinculada al uso de estos medicamentos, tanto bajo prescripción médica como sin ella, y de su posible incidencia en el municipio analizado.

“Los consumos que hay en el pueblo... pues ya sabes. ¡Los típicos!” (Hostelero 49 años).

A las pocas semanas de comenzar la recogida de datos, comprendimos el escaso conocimiento de la población analizada sobre la situación real de este fenómeno en el municipio.

“Pues la verdad ... porros, alcohol y algo de pastis”. (Joven 24 años).

Esta situación, a diferencia de lo observado con otras sustancias ya abordadas en este informe, no cambió cuando el personal investigador preguntó específicamente por los hipnosedantes.

Diego: *¿Y el tema de los medicamentos...?*

Entrevistado: *¿Qué medicamentos?*

Diego: *Pues ya sabes... si hay gente con problemas con medicamentos...*

Entrevistado: *No, que yo sepa...*

(Entrevista adulto 42 años).

La población analizada no solo carece de conciencia sobre la problemática que puede surgir al consumir psicofármacos sin aplicar estrategias de reducción de riesgos, como seguir la pauta médica, sino que también, al percibir estas sustancias como medicamentos, no las considera parte del imaginario social local respecto a las adicciones, con todas las implicaciones que esto conlleva.

Diego: *¿Has visto alguna vez algún consumo relacionado con medicamentos o algo así?*

Entrevistado: *En el tema de la fiesta... no. ¡Eso es cosa de yonkis!*

(Entrevista adulto 37 años).

Es por esta razón que, al mencionarles la posibilidad de usar psicofármacos fuera del ámbito médico con fines recreativos, emplean el modelo hegemónico de explicación sobre las adicciones para referirse a esos usos como de "yonkis".

"Hay que ser muy drogadicto para usar medicamentos de fiesta ¿Quién sale de fiesta tomando medicinas?" (Joven 24 años).

La utilización fuera del ámbito médico se controla a través del estigma y la penalización, asociándola con lo más negativo de las adicciones: el "yonki" (Massó, 2014).

Diego: *¿Qué opinas de los psicofármacos?*

Entrevistado: *Pues que son unos medicamentos que, fuera de la prescripción médica, son igual de malos que otras drogas.*

Diego: *¿Sólo fuera de la indicación de los médicos?*

Entrevistado: *Sé que hay compañeros que los recetan más tiempo de lo debido, sé que hay gente que se los toma sin que los médicos le digan nada, otros lo hacen por placer... Todos ellos, son malos usos.*

Diego: *¿Cómo qué hay compañeros...?*

Entrevistado: *Es complicado tratar con la gente... muchos de ellos vienen buscando una solución rápida... Hay muchos pacientes para atender por turno...*

Diego: *Pero ya sabes que, por ejemplo, el tiempo de uso de una benzodiacepina de ciclo largo es finito... Y hay gente que las lleva tomando años...*

Entrevistado: *A veces es peor el remedio que la enfermedad, Diego.*

(Entrevista sanitario 50 años).

El Modelo Hegemónico sobre Adicciones valida los usos y contextos de consumo de sustancias que considera correctas. Este fenómeno se observa claramente con los psicofármacos, los cuales son clasificados como drogas o medicamentos según criterios contextuales. Cuando su uso se desvía de lo prescrito, genera desaprobación social, jurídica y sanitaria, como lo ilustra la siguiente declaración de una persona trabajadora en uno de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado más conocidos.

“La tenencia/ consumo de ciertos medicamentos sin receta, así como la conducción bajo sus efectos, es un delito”. (Adulto 33 años).

Para entender cómo se consumen estas sustancias en el municipio analizado, es crucial observar que, según los datos de ESTUDES y EDADES a nivel nacional y autonómico, son las mujeres quienes registran el mayor uso de hipnosedantes.

Diego: *¿Qué tipo de personas suelen consumir este tipo de sustancias?*

Entrevistado: *Pues básicamente... mujeres de entre 35 y 50 años. Eso no significa que no lo hagan hombres, pero principalmente son mujeres.*

Diego: *A qué se debe eso...*

Entrevistado: *Pues a que estos medicamentos se usan básicamente para tratar enfermedades que se desarrollan más en las mujeres. De igual manera a que son estas las que por su condición de género, acuden más al médico.*

(Entrevista adulto 50 años).

La pauta presentada por la anterior persona, de profesión sanitaria, evidencia en nuestro campo de estudio cómo son las mujeres aquellas que más usan este tipo de sustancias.



Figura 150. Imagen reivindicativa de la alta prescripción de psicofármacos en mujeres. Fuente:

META.

Como destaca Marquez et al. (2024), las mujeres tienen una mayor probabilidad de ser prescritas con hipnosedantes, ya que el personal sanitario las considera un grupo de riesgo susceptible de desarrollar las condiciones que estos fármacos tratan.

En el Real Sitio no hay conciencia sobre la sobre prescripción de hipnosedantes a las mujeres, dado que este tema no se menciona ni en los discursos recogidos ni en las solicitudes de intervención.

Antes de concluir esta sección, es crucial explorar un aspecto poco conocido para entender completamente la situación actual del uso de psicofármacos en el Real Sitio: **la automedicación.**

Entrevistado: *En el pueblo hay muchas personas, sobre todo mujeres, enganchadas a ciertas pastillas. Han tratado de que sea más difícil de acceder a ellas a través de la receta, pero... hay gente que lleva tomando algunos medicamentos desde hace años... Cuando solo se pueden tomar por unos meses...*

Diego: *¿Y eso a que se debe?*

Entrevistado: *Muchas cosas... médicos que hacen mal su trabajo, pacientes muy pesados, empresas que hacen los blisters muy grandes, la gente que los guarda en su casa y les toma cuando quiere... ¡Eso hace que haya gente con muchos problemas y que no seamos conscientes de que hay que hacer algo! ¡Qué no veas a estas personas en la calle robando, con signos de estar drogadas... no hace que no necesiten ayuda! El ayuntamiento debería por lo menos, saberlo.*

(Entrevista adulto 47 años).

Según la narrativa previa de una persona del ámbito sanitario, en el Real Sitio no se observan consumos de psicofármacos relacionados con el ocio. Sin embargo, sí existen problemas asociados al uso de estas sustancias sin la supervisión de personal sanitario.

Diego: *¿Qué los médicos hacen mal su trabajo?*

Entrevistado: *Pues ya sabes... Tienen mucha presión, atienden mucha gente, las personas que van buscando una “pastillita”. Al final, no les queda otra que recetar eso. A sabiendas que muchas veces, van a reparar una cosa, pero igual generan otra.*

(Entrevista adulto 47 años).

Debido a la alta demanda en el sistema médico, las consultas de los profesionales tienden a ser más rápidas de lo ideal, empleando protocolos diagnósticos y de tratamiento que incluyen frecuentemente la prescripción de psicofármacos, según menciona la siguiente fuente informante.

“Es cierto que muchas veces, como vamos corriendo tanto, tiramos de lo más fácil... ¡Recetar este tipo de fármacos!” (Adulto 37 años).

Actualmente, vivimos en una sociedad con poca tolerancia y capacidad de adaptación al malestar, al sufrimiento, etc. El individualismo y la exigencia de soluciones a corto plazo, hace que la gente acuda a las consultas con la necesidad de salir “*en perfecto estado*”.

“Para qué voy a pasarlo mal, si hay una medicina que me lo quita. ¡Es de bobos!” (Adulto 47 años).

La manera de vivir y sentir los padecimientos y el dolor ha cambiado, sobre todo desde la llegada de la lógica capitalista y las políticas liberales a la medicina.

“Al final, se trata de que te duela o no... Sé que hay unas pastillas que me quitan el dolor... Igual me lo podría aguantar, pero... ¡Para qué!” (Adulto 37 años).

La dificultad para detectar los efectos de estas sustancias en la vida diaria y la similitud de los síntomas de abstinencia con el padecimiento que inicialmente tratan, complican tanto su identificación como problema como la percepción por parte de la comunidad del Real Sitio como una situación que requiere intervención.

“Si sabes que hay algo que cura, que te cura y que te puede curar... ¿No lo guardarías en casa? Es más... si pudieras, no tratarías de ganar dinero con aquello que todo el mundo quiere... la pastilla que te devuelva la salud”. (Adulto 54 años).

La actual concepción dominante de las enfermedades legitima que, al atravesar múltiples ciclos de salud-enfermedad-atención, como describe Menéndez (1983), los recursos que pueden mejorar nuestra salud no solo se acumulan, sino que también se utilizan y consumen en el ámbito privado como una forma rápida de respuesta a través de la automedicación para tratar ciertos padecimientos.

“¿Cómo no quieres que la gente venga a por ellos? Es aquello que los cura, los quita el malestar. Algunas veces se les puede decir que hagan relajación, que paren su ritmo de vida... pero es más fácil tomarse una medicina”. (Adulto 30 años).

Los medicamentos que abordamos en este apartado son considerados socialmente como "bienes de salud", ya que son los recursos médicos/terapéuticos más utilizados para transitar por el proceso de salud-enfermedad-atención. Este papel encuentra legitimación no solo en el modelo médico hegemónico, sino también en el sistema capitalista que ha encontrado una oportunidad económica en esta forma de relación con las enfermedades.

Diego: *¿Qué es lo que más te llama la atención del consumo de psicofármacos en el pueblo?*

Entrevistado: *Pues mira Diego... sabiendo que hay personas que mantienen este tipo de tratamientos cuando hace mucho tiempo que tendrían que haberlos dejado, que hay personas que las toman y las mezclan, conducen etc... Poco podemos hacer nosotros en esos casos... ¡Sólo aconsejo que no lo hagan!*

Diego: *¿Sólo hay eso en el pueblo...?*

Entrevistado: Bueno, está el tema de los botiquines...

Diego: ¿Eso qué es...?

Entrevistado: Pues que, mucha gente, acumula medicinas en casa y las usa cuando considera. Saltándose la posología, las interacciones, los principales usos...

Diego: Nunca lo había pensado...

Entrevistado: Pues sí Diego. La gente, antes de ir al médico o si lo que siente no es muy grave, mira en el botiquín y se toma lo que pilla. Ellos no están preparados para saber que han de tomar, como, de qué manera... Además, propicia que la gente se medique sola.

Diego: ¿Y eso?

Entrevistado: Pues ya sabes... Todo el mundo quiere estar bien. Las farmacéuticas, en vez de dispensar en cantidades pequeñas... Los vende en grandes cantidades, lo que propicia que el ciudadano pueda acumularlo... pensando que si lo hace él mismo se puede curar.

(Entrevista adulto de 47 años)

La anterior cita de una persona sanitaria revela otra problemática asociada al uso de psicofármacos en el Real Sitio: la automedicación y el almacenamiento. En estas situaciones, las decisiones y el uso de estas sustancias se basan más en la experiencia personal que en el consejo profesional.

“Pues la gente, ya sabes... tiene medicinas en su casa y las usa cuando le da la gana. Hay veces que repite pautas que le dijo el médico en su día, otras que hacen un poco lo que le dice un familiar, otras que aplican su sentido común... Pero todas las veces lo que hacen es consumir las medicinas según su propio criterio”. (Adulto 45 años).

Los usos problemáticos de psicofármacos que encontramos evidenciados en el discurso de los profesionales sanitarios fueron la **sobre-medicación** y la **automedicación**. El primer tipo de consumo, vinculado directamente al proceso de medicalización, se encuentra normalizado y legitimado, lo que dificulta percibirlo como un problema. En contraste, el segundo tipo, que implica un uso fuera de las pautas establecidas, se reconoce como un problema y demanda intervenciones específicas en este ámbito. Por lo tanto, la normalización asociada a la percepción de inocuidad del uso de psicofármacos en nuestro contexto de estudio no solo afecta la percepción de la problemática, sino que también se refleja en la ausencia de solicitudes de intervención relacionadas con ellos.

Sugerencias vecinales:

Como ya hemos comentado a lo largo de este epígrafe, las residentes del Real Sitio no perciben el consumo de hipnosedantes como una problemática vinculada con las adicciones. De ahí que, salvo el

caso de las personas profesionales sociosanitarias, nadie del vecindario demandó acciones concretas para intervenir en este fenómeno.

“Bastantes cosas tenemos en el pueblo, como para que la gente consuma eso”. (Joven 19 años).

Cuando el investigador exponía la problemática, era común que se asociara directamente con el estigma del "yonki", lo que llevaba a solicitar intervenciones enfocadas en la persecución, la represión y el castigo.

“¿Se hacen usos fuera de lo médico de estas sustancias? Pues en ese caso que se les persiga como a los yonkis que son”. (Adulto 39 años).

Esta asociación se realiza con la intención de respaldar sus demandas mediante el uso del término "problema de la droga", aunque no siempre refleja la realidad del consumo de hipnosedantes en el Real Sitio de San Ildefonso.

En el caso de las personas profesionales antes citadas, sus peticiones se centraron en dinámicas de facilitación de información para el vecindario, control del acceso a los medicamentos y restricciones a los usos fuera del ámbito médico.

“Hay problemas con gente que los usa fuera de lo médico. La gente los toma sin sentido, los acumula en casa... ¡Ahí tenemos que intervenir con información y mano dura!” (Sanitario 29 años).

Llama la atención que ninguna de las personas que participaron en el estudio solicitara intervenciones que consideran el género como factor central en las acciones relacionadas con el fenómeno de estas sustancias en el Real Sitio.

Acciones a llevar a cabo:

La normalización y la falta de conciencia sobre los riesgos y efectos adversos del uso de psicofármacos, ya sea con receta o sin ella, en el vecindario del Real Sitio, subraya la necesidad de centrar nuestras intervenciones en proporcionar información objetiva sobre las posibles problemáticas asociadas a sus diversos usos, así como sobre sus beneficios potenciales. Esto se llevará a cabo mediante la creación de un espacio de referencia en adicciones dirigido por un profesional experto en prevención y reducción de riesgos y daños. Este se enfocará en desmitificar la idea de que el uso de estas sustancias es la única forma adecuada de manejar ciertos problemas de salud, y desalentará la automedicación como práctica saludable. Además, se centrará en la prevención y la reducción de los riesgos asociados con su uso fuera del uso sanitario.

Estas acciones se llevarán a cabo mediante la presencia activa en diversos espacios como la Casa Joven, el Ayuntamiento, el Centro de Mayores, entre otros, utilizando múltiples canales de comunicación. Se establecerá una colaboración estrecha con profesionales sociosanitarios del Real Sitio.

Específicamente para este grupo y para aquellos interesados, se organizarán espacios de reflexión centrados en el papel de los psicofármacos dentro de la dinámica actual del municipio. Con esta iniciativa, se busca adaptar las intervenciones a la realidad local y fomentar una comprensión más profunda del uso de estas sustancias. Además, en colaboración directa con las farmacias del Real sitio, se ofrecerá información sobre los riesgos de la acumulación de estos medicamentos y la automedicación con ellos, tratando de aminorar de esta forma el consumo de estas sustancias con fines médicos fuera de su prescripción.

Para concluir, es crucial considerar el papel que desempeña la variable de género en este fenómeno. Para asegurar intervenciones efectivas, es fundamental tener en cuenta cómo influye el género en el uso de psicofármacos, proporcionando información adaptada a esta realidad específica y destacando su relevancia en nuestras estrategias de intervención.

BEBIDAS ENERGÉTICAS.

Introducción:

Las llamadas bebidas energéticas (BE), son unos brebajes gasificados compuestos fundamentalmente por azúcares, taurina, cafeína, vegetales, potasio, conservantes, colorantes, etc. A estos ingredientes se les añaden elementos como ginseng, guaraná y diferentes vitaminas. Como nos explica Silva (2015), el punto común de todas ellas es la presentación de dos elementos principales: la taurina y la cafeína, siendo el efecto de estas dos sustancias aquello que las confiere su carácter de “energizante”, debido a la estimulación producida en aquellas personas que deciden consumirlas. Su uso provoca en las personas euforia, disminución de la fatiga, insomnio, vitalidad, sensación de bienestar, alerta, etc. Si este es excesivo, tanto en cantidad como en tiempo, pueden provocar la aparición de vómitos, diarreas, hipertensión, diabetes, taquicardias, etc.



Figura 151. Imagen de diferentes tipos de BE. Fuente: Diario de Sevilla.

Actualmente, las bebidas energéticas son clasificadas por la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria como "bebidas refrescantes". Sin embargo, esta categorización contrasta con la perspectiva de la

Organización Mundial de la Salud, que las describe como "bebidas estimulantes" debido a su alto contenido de ingredientes activos que afectan el ritmo cardíaco y el sistema nervioso central. Esta contradicción se refleja en el imaginario colectivo existente sobre estas bebidas, sus patrones de consumo, la publicidad, etc.

Datos España y Castilla- León:

A pesar de que el uso de estas bebidas es un fenómeno reciente, las encuestas nacionales sobre drogas llevan ya años incorporando preguntas vinculadas a su consumo.

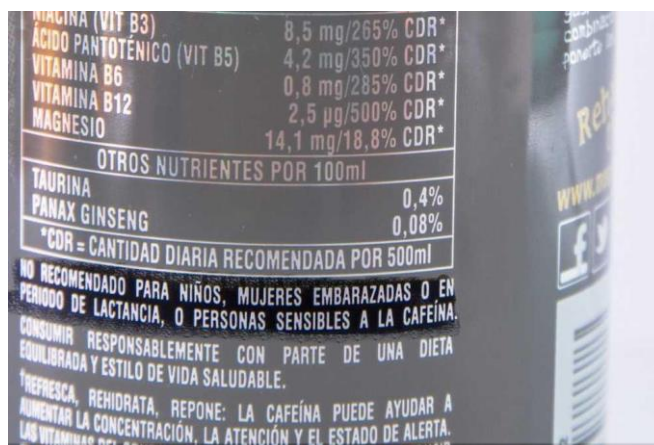


Figura 152. Imagen de aviso de recomendación de aviso en una BE. Fuente: Elaboración propia.

Esto refleja un creciente reconocimiento por parte de las administraciones públicas españolas respecto a la problemática del consumo de bebidas energéticas entre la población española. Sin embargo, esta conciencia contrasta con la permisividad percibida en su uso, como se manifiesta en la restricción de acceso a través de simples avisos en su etiquetado.

EDADES 2022, muestra una prevalencia de uso de BE en los 30 días previos a la encuesta del 14,2% .

Prevalencia del consumo de bebidas energéticas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (%). España, 2022.																	
15-64			15-24			25-34			35-44			45-54			55-64		
Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
14,2	17,1	11,2	37,6	42,8	32,1	21,9	26,3	17,5	10,9	13,7	8,2	6,3	8,0	4,5	3,5	4,7	2,4

Figura 153. Tabla de prevalencia de consumo de BE en los últimos 30 días en población de 15-64 años (%). España 2022. Fuente: EDADES 2022.

En general el consumo de este tipo de bebidas está más extendido entre los hombres que entre las mujeres con independencia del tramo de edad, decreciendo este según aumenta la edad y estando más extendido entre los jóvenes de 15 a 24 años.

Evolutivamente, desde el año 2015 se observa un aumento de la prevalencia en este tipo de bebidas.

ESTUDES 2021, presenta como más de 4 de cada 10 estudiantes usaron este tipo de bebidas en los últimos 30 días, siendo la prevalencia mayor en chicos (50,7%) que en chicas (39,0%). Respecto a los chicos de 14 años, se observa que el nivel de uso de bebidas energéticas está próximo a la media del conjunto de los varones (46,1% frente a 50,7%). Se produce un aumento progresivo según avanza la edad, hasta llegar a los 18 años, momento en el que desciende ligeramente. Por su parte, para el grupo femenino el uso de este tipo de bebidas es más reducido, independientemente del grupo de edad considerado. Si bien, se produce una tendencia distinta a la observada en los chicos: el consumo en chicas alcanza su punto máximo a los 15 años (42,3%), a partir de ahí, experimenta una caída notable que recupera fuerza en los 18 años, aunque este dato (40,6%) sigue siendo inferior al consumo realizado en las chicas de 14 y 15 años.

	Total			14 años		15 años		16 años		17 años		14-17 años		18 años	
	T	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Bebidas energéticas	45,0	50,7	39,0	46,1	41,9	49,7	42,3	52,3	37,3	53,9	34,6	50,8	38,9	50,3	40,6
Bebidas energéticas mezcladas con alcohol	16,1	17,5	14,6	11,3	12,8	15,2	13,6	18,8	15,1	21,3	15,2	17,0	14,3	22,7	18,4

T = Total; H = Hombres; M = Mujeres.

Figura 154. Tabla de prevalencia de consumo de BE y de BE mezcladas con alcohol en los últimos 30 días, entre personas estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad (%).

España 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

En lo que respecta a la práctica de mezclar bebidas energéticas con alcohol, vemos que el 16,1% de las personas encuestadas las han realizado en los últimos 30 días, cifra superior entre los chicos. Tanto en el grupo masculino como en el femenino, la mayor proporción de consumo se registra en los 18 años, con una prevalencia de consumo de 22,7% y 18,4% respectivamente.

Evolutivamente, se puede apreciar que, aunque los datos no muestran gran dispersión, la prevalencia de consumo de bebidas energéticas en 2021 es la mayor de toda la serie analizada.

Fijando nuestra mirada ahora en los datos que estas dos investigaciones presentan para Castilla y León podemos decir que ESTUDES 2021 presenta, en relación con las bebidas energéticas, cómo el 41,6% las ha consumido en los últimos 30 días. Según los datos presentados, lo han hecho significativamente en mayor medida los chicos (51,9%) que las chicas (31,1%), habiendo aumentado su consumo respecto a la encuesta anterior (34,1%).

41,6% de estudiantes de 14-18 años han tomado BE (41,6% en menores de edad)
12,6% de estudiantes de 14-18 años han tomado BE mezcladas con alcohol (12,2% en menores)

Perfil consumidores BE
 14-18 años últimos 30 días

- **Sexo:** 63,2% son hombres
- **Edad:** 93,4% son menores
- **Policonsumo (2 o más sustancias):** 40,5% (31,0% en el total de estudiantes)
- **Consumo intensivo de alcohol:**
 - **Bingue** 44,0% (33,3% en el total de estudiantes)
 - **Botellón** 33,5% (26,1%)

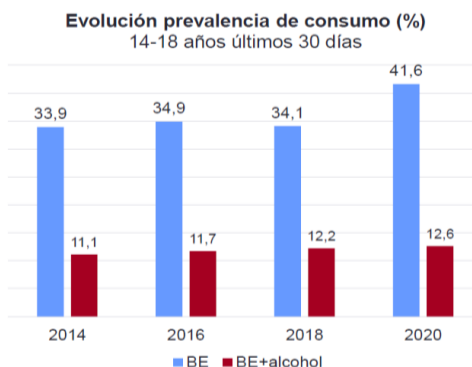


Figura 155. Gráfico de prevalencia de consumo de BE en los últimos 30 días. Castilla y León 2021.

Fuente: ESTUDES 2021.

El 12,6% de los estudiantes de Castilla y León consume estas bebidas mezcladas con alcohol, tres puntos y medio menos que a nivel nacional (16,1%).

Por otro lado, EDADES 2022, sobre el uso de bebidas energéticas en Castilla y León presenta que el 9,7% de la población de 15 a 64 años ha consumido estas sustancias en los últimos 30 días.

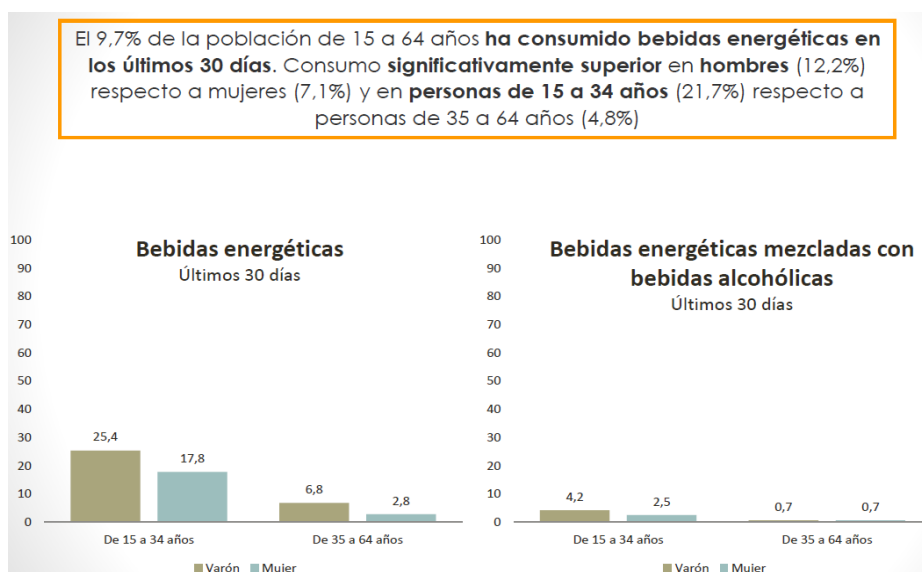


Figura 155. Gráfico de prevalencia de consumo de BE en los últimos 30 días (%). Castilla y León 2022.

Fuente: EDADES 2022.

El uso de este tipo de bebidas es significativamente mayor en hombres (12,2%) que en mujeres (7,1%) y en aquellas personas ubicadas en el tramo de edad 15 a 34 años que en el de 35 a 64.

Percepción vecindario:

La coexistencia de dos etiquetas significativas para las bebidas energéticas, una como refrescantes y otra como estimulantes, no solo genera desacuerdo estructural en la percepción del fenómeno, sino que también se refleja en las actitudes hacia su consumo según las narrativas del Real Sitio.

“¿Por qué preguntas sobre el Red Bull y eso? ¿Qué tienen que ver en un trabajo como este?” (Joven 24 años).

Citas como las anteriores evidencian cómo la percepción de riesgo, vinculada al consumo de este tipo de bebidas, es prácticamente inexistente.

“¿Me estás diciendo que este tipo de bebidas pueden ser un problema? ¿No son un refresco?” (Trabajador de lo social 45 años).

En el municipio analizado, las bebidas energéticas no se incluyen en la percepción general sobre adicciones, incluso cuando la persona investigadora las menciona directamente en relación con ellas.

Diego: *¿Qué piensas de las bebidas energéticas?*

Entrevistado: *¿Qué pasa con ellas?*

Diego: *Se consumen mucho. Sobre todo, por los más jóvenes del municipio, eso no es muy sano... ¿no?*

Entrevistado: *Pues no sé qué decirte... No hay nada malo, ¿no? Si se pueden comprar en un supermercado...*

(Adulto 42 años).

La falta de consenso sobre las BE genera no sólo la falta de conciencia y asunción de estrategias de reducción de riesgos y daños en su uso, sino la inexistencia de peticiones de intervención, de verbalizaciones sobre ellas en nuestro contexto y propuestas de intervención y/o prevención.

“No suelo vender mucho... Pero sí, los que más la suelen comprar son los chicos cuando salen al recreo y cuando están dando una vuelta por ahí. No pasa nada con esto ¿no?” (Adulto 42 años).

Como muestran los datos ya presentados de ESTUDES y EDADES, la población que mayor prevalencia de consumo presenta son las personas de menor edad, tanto a nivel nacional como autonómico.

“Pues sí, veo a los chicos más jóvenes que a veces van por ahí con latas de estas bebidas”. (Adulto 39 años).

Profundizando en este tema, observamos que el consumo de estas bebidas entre los menores de edad en la población estudiada coincide con los datos reportados por las encuestas nacionales

“Sí... Me suelo tomar alguno que otro a la semana”. (Joven 17 años).

La irrupción de las BE con tanta fuerza tanto en el mercado actual como en el imaginario de las personas más jóvenes está influenciada por grandes inversiones económicas de diferentes empresas.

“En algún recreo me los tomo... Si veo que me quedo dormido, que no tengo fuerzas... pues me tomo una”. (Joven 21 años).

El objetivo de este gasto monetario es convertir productos que no son de primera necesidad en bienes de consumo mediante la exageración de sus capacidades para mejorar la resistencia física, promover el bienestar, estimular el metabolismo y proporcionar un "extra de energía", sin abordar otras posibles problemáticas.



Figura 156. Imagen publicitaria de una bebida energética. Fuente: Superluchas.

Las bondades vinculadas al consumo de BE, además de provenir de sus ingredientes, son sugeridas de manera implícita por aquellos modelos y/o acciones utilizadas para publicitarlas.

“¿Es malo tomar BE? Pero si lo toman gente buena, ¿no?” (Joven 23 años).

El uso de deportistas de élite, deportes de riesgo, personas reconocidas como relevantes, etc., como estrategia publicitaria no solo normaliza el consumo de estas bebidas, sino que las asocia con una posición social privilegiada.

“¡Nunca imaginé que esto podría ser algo malo! ¡Si lo anuncian los deportistas!” (Adulto 39 años).

De manera inconsciente, el consumo de este producto facilita un ascenso social simbólico, ya que sus usuarios se sienten más cercanos a las figuras que ocupan posiciones de relevancia social presentadas en las publicidades de las bebidas energéticas.

“Supongo que, como todo, será la cantidad de estas bebidas que tomes... Unas pocas, con cuidado...”. (Adulto 45 años).

Convertir las BE energéticas en *“algo necesario”* para el día a día, a través de construir una relación entre ellas y el éxito, no solo normaliza su consumo, sino que lo posiciona como algo deseable. Con lo

que aquello creado para usos concretos (cansancio, sueño) y cuya población destinataria era la adulta, se transforma en un consumible para (casi) todas las edades en cualquier situación.

Actualmente, diversas disciplinas, organismos, proyectos y estudios están advirtiendo sobre las posibles problemáticas que puede acarrear el consumo sin restricciones de estas sustancias en el organismo, especialmente cuando este no está completamente desarrollado, como ocurre en el caso de los menores de edad.

“Empieza a preocuparme el uso de estas bebidas, sobre todo en jóvenes”. (Adulto 40 años).

Aunque, de manera similar a lo explicado en el epígrafe de psicofármacos, solo el personal sanitario comprende los posibles riesgos y daños que pueden acontecer mediante el uso prolongado de BE, como observamos en la siguiente cita.

“¿Hacer algo con las BE en el pueblo? Su consumo abusivo no puede ser bueno”. (Adulto 35 años).

Esta percepción se recrudece cuando el fenómeno se vincula a personas menores de edad o embarazadas.

“Si que es cierto que el uso de este tipo de bebidas, si es en menores y personas embarazadas, puede ser bastante peligroso a largo tiempo”. (Adulto 34 años).

Lo observado en el municipio analizado es que drogas como el tabaco, alcohol y las bebidas energéticas no son mencionadas en los discursos sobre la situación de las adicciones, o se abordan con menos preocupación en comparación con sustancias como la cocaína o la heroína. Este hecho generó inquietud en el equipo investigador, no solo por la falta de percepción del riesgo asociado al consumo de BE, sino también por la posibilidad de que se implementen medidas preventivas basadas en la prohibición y el miedo cuando se informe sobre los posibles efectos adversos de estas. Como se ha evidenciado con otras drogas, estas medidas no suelen resolver problemas, sino más bien estigmatizar y hacer invisible la situación.

Situación actual:

Según nuestros datos, en el Real Sitio, la percepción del riesgo asociado al consumo de BE es prácticamente inexistente. La comunidad las considera bebidas refrescantes muy consumidas en la actualidad, con poca capacidad de influir negativamente en la salud de quienes las consumen.

“¿Me quieres decir que la gente se engancha a las bebidas energéticas? No es como tomar un café...”. (Adulto 43 años).

En España, las bebidas energéticas se comercializan sin requerimientos especiales para su adquisición, únicamente con recomendaciones de uso en el envase. Estas advierten contra el consumo para ciertos

grupos sensibles a sus efectos, como menores de edad y mujeres embarazadas. Esta perspectiva sobre el fenómeno se refleja en las narrativas recogidas.

“¿Cuándo te refieres a un estudio sobre las adicciones en el pueblo, por qué metes a las Bebidas Energéticas dentro?” (Joven 21 años).

La consolidación del uso de bebidas energéticas (BE) en el mercado español de bebidas se ha apoyado en extensas campañas publicitarias. Estas han asociado a las BE con la capacidad de incrementar la resistencia física, reducir la sensación de sueño y proporcionar un impulso adicional de energía en cualquier situación.

Diego: *¿Por qué llevas una gorra de Monster?*

Entrevistado: *Me mola el dibujo...*

Diego: *¿Dónde lo has visto?*

Entrevistado: *En uno de mis videojuegos favoritos. Él se lo pone y a mí me gusta.*

Diego: *¿También los consumes?*

Entrevistado: *¡Sí! No muchos porque no tengo dinero. Pero sí cada vez que pretendo jugar a los videojuegos.*

(Joven 20 años).

Aunque estas bebidas pueden ser consumidas por la población en general del Real Sitio, su uso está principalmente concentrado entre los jóvenes y adolescentes. Esto se debe a la influencia de extensas campañas publicitarias, el uso de personas influyentes como referentes para este grupo demográfico, y su fácil acceso.

“Nunca lo había pensado, pero... Si es verdad que en los recreos del instituto se ve a muchos chicos con este tipo de bebidas... ¡Muy bueno no tiene que ser, imagino! Pero como no podemos comprar cerveza, bebo esto que sé que no es un refresco de niños”. (Joven 19 años).

Alfonso, Hiedo-Medina y Espada (2009), explican cómo el uso de estas bebidas en la población de menor edad les sirve para tontear con sustancias “prohibidas”, mal vistas socialmente, definidas para mayores, etc., presentando un ejemplo simbólico del paso de la niñez a la edad adulta.

“Videojuegos, deportes extremos, rap, cultura vinculada con la juventud... ¡Son algunas de las estrategias para que el joven piense que con el consumo de estas bebidas se acerca a su ídolo!” (Trabajador de lo social 40 años).

Turner (1980), señaló cómo el adolescente, debido a su carácter liminar, asume conductas simbólicamente que lo separan de su ubicación social. De esta manera el consumo de tabaco, de BE, cannabis, etc., funciona como elementos que generan esta ruptura estructural.

“Yo veo por la tele que lo toman, que dicen que te da energía... y yo lo hago...”. (Joven 19 años).

Lo que sucede en España es que las recomendaciones sobre las BE desaconsejan su consumo, pero no prohíben explícitamente su venta y utilización. Esta situación permite que personas cuyos cuerpos aún están en desarrollo o atraviesan procesos de salud delicados puedan acceder a estas bebidas. Algunas de las marcas más populares de BE contienen la misma cantidad de cafeína que tres cafés expreso y alrededor de 16 terrones de azúcar. Consumir varias de estas bebidas en un día puede ser peligroso para la salud, aumentando el riesgo de enfermedades como diabetes, obesidad, diarreas, enfermedad renal crónica, interacciones con otras sustancias, entre otros problemas.

“Cada vez vemos más consumo de Monster, Red Bull y similares. La gente cree que son refrescos, que se pueden consumir sin más. Pero no es así. Te aceleran mucho... Y más si las mezclas con otras sustancias. Nosotros ya alertamos de los riesgos de su consumo en festivales, aconsejando pautas para que este sea lo menos malo posible. No imagino lo que tiene que suponer en el cuerpo de un chaval de 14 años que se tome dos de estas al día”. (Energy Control).

Además del uso vinculado a los jóvenes que acabamos de presentar, otras de las opciones mayoritarias de utilización de las BE en el Real Sitio es su combinación con alcohol.

“En las fiestas, me tomo las copas con Red Bull. Hacen que aguante mucho más...”. (Joven 24 años).

La mezcla de una sustancia estimulante como son las BE con una depresora como el alcohol, minimiza los efectos de ambas, dejando aflorar aquellos percibidos como positivos en el municipio.

“En el fondo me las tomo porque me gustan, pero... ¡Mezclar las copas con este tipo de bebidas, hace que no me ponga pedo!” (Adulto 35 años).

Las personas consultadas creen que mezclar bebidas energéticas con alcohol reduce la posibilidad de embriaguez. Sin embargo, lo que realmente sucede es que las bebidas energéticas ocultan los efectos del alcohol, lo cual puede llevar a un aumento en su consumo.

“Con esto no me pongo pedo. No se me traba la lengua, no me pongo patoso...”. (Joven 23 años)

Existen numerosos estudios que advierten que la combinación de alcohol y bebidas energéticas genera una percepción errónea sobre el grado de embriaguez. Esto se debe a que la cafeína de estas aumenta el estado de alerta, lo que lleva al consumidor a creer que no está afectado por el alcohol, aunque en realidad sí lo está.

“Algún día me he tomado unas 15 copas de ginebra con Monster y no iba pedo”. (Adulto 33 años).

Esta situación se explica nuevamente a través de la "lógica del puntillo" que impera en el Real Sitio. Este fenómeno permite el consumo de ciertas sustancias durante el ocio nocturno, siempre y cuando los efectos de la embriaguez no contravengan ciertas normas de comportamiento como peleas, gritos, violencia, etc.

"No te quita el pedo, te lo oculta. Hace que consideres que estás bien por estar muy alerta, pero tu cuerpo está intoxicado de alcohol igualmente. Esto supone un riesgo añadido al ya de por sí complicado consumo en demasía de cafeína y azúcar, ya que si se hace con otros estimulantes y/o se conduce las consecuencias pueden ser fatales". (Energy Control).

En el Real Sitio, el consumo de sustancias que prolonguen la estancia en los espacios de ocio, facilitando el consumo de alcohol como signo de prestigio, no solo no se percibe de manera negativa, sino que se normaliza e incluso se promueve activamente.

"A veces, cuando tengo que montar en bici o ir a correr, me tomo un Red-Bull". (Joven 24 años).

Otro de los usos de BE acontecidos en el Real Sitio, minoritario y vinculado a población adulta, es el de estimulación relacionadas a acciones deportivas. Conductas que también han sido potenciadas mediante campañas publicitarias por las grandes marcas de este tipo de bebidas (Fernández, 2019)^A.

A modo de conclusión, es notable cómo las narrativas recogidas en el municipio analizado reflejan la coexistencia de dos formas de consumo de BE: por un lado, su consumo generalizado en toda la comunidad debido a una percepción limitada de riesgos asociados, especialmente marcada entre los menores de edad, para quienes su uso representa un proceso simbólico de adopción de comportamientos que distinguen su estatus social; y por otro lado, su consumo como herramienta para prolongar la estancia en espacios de ocio y facilitar el consumo de alcohol, sin transgredir las normas establecidas por la lógica del puntillo.

Sugerencias vecinales:

De todas las sustancias analizadas en esta investigación, cuando preguntamos por acciones para mejorar su problemática en el Real Sitio, las BE no recibieron ningún tipo de demanda directa.

"¿Me dices que estás haciendo una investigación sobre drogas y preguntas sobre el Red Bull?" (Joven 19 años).

Esto se debe a que, en este municipio, encontramos la creencia de que las BE son bebidas refrescantes de forma similar a como las cataloga la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria.

"¿Estás haciendo una investigación sobre el Red Bull? Mira Diego, aquí en el pueblo hay muchos problemas de drogas... Cocaína, heroína... Algunos están enganchados a los porretes... El alcohol es un problema... pero a estas bebidas... ¡Es una broma! Hay drogas que son muy serias". (Adulto 43 años).

Como hemos expuesto, la percepción de inocuidad y la normalización del consumo de BE son consistentes a nivel nacional, autonómico y local. Por lo tanto, si este consumo no se percibe como riesgoso, es poco probable que la comunidad solicite intervenciones específicas al respecto.

“Pero esto no iba sobre drogas ¿Por qué me preguntas sobre bebidas energéticas?” (Adulto 40 años).

Debido a esta situación y a las dinámicas particulares del municipio con respecto al consumo de BE (donde se normaliza entre todo el vecindario, con un enfoque especial en los menores de edad, y se utiliza como facilitador del consumo de alcohol sin contravenir las normas del "puntillo"), observamos que, a pesar de las sugerencias del equipo de investigación durante las entrevistas sobre los posibles riesgos y daños asociados al uso de estas bebidas, la comunidad local no percibe que puedan acarrear problemas, excepto aquellas personas vinculadas al ámbito sanitario.

“¿Qué pasa porque se mezclen con alcohol? Así te pones menos pedo, ¿no?” (Joven 22 años).

Consecuentemente, el uso de BE, al no estar penalizado ni prohibido y no ser definido en términos negativos, no se percibe como algo que deba evitarse en las subjetividades de quienes conviven con este fenómeno. Esta situación no solo contribuye a la falta de percepción de los riesgos asociados, sino también a la ausencia de demandas y estrategias de cuidado respecto a su consumo, incluso cuando se mezcla con alcohol. Este contexto puede generar problemáticas en el municipio analizado, marcando esta realidad las líneas interventivas que vamos a desarrollar en el apartado siguiente.

Acciones a llevar a cabo:

La normalización y falta de percepción del riesgo asociadas al consumo de BE imperantes en el Real Sitio de San Ildefonso centralizará las actuaciones a llevar a cabo. El consumo masivo de este tipo de bebidas puede provocar riesgos y daños en las personas situación que se agrava, más si cabe, cuando el uso es realizado por población de riesgo como personas jóvenes, embarazadas, etc.

“Me he fijado que cada vez hay más gente que toma este tipo de bebidas... sobre todo chavales jóvenes. ¿Eso es malo?” (Adulto 45 años).

Así pues, viendo el contexto presentado en el anterior epígrafe, consideramos necesario implementar en el Real Sitio dinámicas de prevención, tanto a nivel comunitario como educativo, que faciliten información no sesgada en relación con el uso de este tipo de bebidas.

“¿Pero son tan malas las bebidas energéticas? Si es así, ¿son como otras drogas?” (Joven 23 años).

Estas acciones deben evitar que su implementación genere dinámicas estigmatizantes o penalizadoras hacia las BE y las personas que las consumen. De lo contrario, podrían surgir procesos similares a los observados al aplicar la lógica del "problema de la droga", que no solo no detiene su uso, sino que

también contribuye a su invisibilización y fomenta el surgimiento de un mercado no regulado, entre otros efectos adversos.

“Entonces, si son como otras drogas, ¿no voy a poder tomarlas? Al final me veo escondiéndome, tomando estas bebidas”. (Joven 20 años).

En vez de realizar prevención respecto al uso de BE centrada en el miedo, proponemos la implementación de actividades basadas en estrategias de reducción de riesgos y daños sustentadas en información objetiva, las cuales generen dinámicas de consumo responsable en el municipio.

“Entiendo que, si tienen tanto azúcar, lo mejor es no tomar muchas... ¡El problema es que nunca nadie me ha dicho eso!” (Joven 25 años).

Estas acciones serán desarrolladas mediante la creación de un espacio sobre adicciones, que sirva de referencia para las líneas interventivas del municipio. Este contexto, coordinado por un experto en adicciones tanto en prevención como en la reducción de riesgos y daños, servirá de guía y apoyo no sólo a profesionales municipales del ámbito de las adicciones, sino al resto del vecindario.

“¿Dónde y a quién preguntar sobre esto? ¿Sólo conozco internet?” (Joven 26 años).

En este espacio se realizarán actividades como talleres, charlas, etc., las cuales no sólo aumentarán el conocimiento sobre estas bebidas, sino que, en caso de necesidad, proporcionarán estrategias de uso responsable. Siempre sin olvidar que, a pesar de que el uso de estas es generalizado en toda la población, las personas más jóvenes serán aquellas sobre las que más incidencia se haga.

La influencia del patrón de consumo de alcohol propio del Real Sitio en el uso de bebidas energéticas es lo suficientemente relevante para que centralice parte de nuestras propuestas de intervención.

“El que más tiempo está de fiesta, es el que más mola. El que más bebe, es de los más populares. Para esto, hay gente que toma cosas y yo lo mezclo con bebidas energéticas, que me hacen ponerme pedo mucho más tarde”. (Joven 21 años).

La capacidad de las BE para atenuar los síntomas de embriaguez que genera el uso de alcohol y de facilitación de conductas vistas como positivas en el Real sitio (permanencia en los espacios, beber grandes cantidades, etc.) propicia que su consumo no sólo sea algo normalizado y sin percepción de riesgo, sino que se incentive en el ocio nocturno al favorecer la *“lógica del puntillo”*.

“Si bebo las copas con esto, no me pongo pedo. Así bebo mucho más”. (Joven 23 años).

Por lo tanto, en este informe proponemos acciones de intervención destinadas a modificar la baja percepción del riesgo asociada a la mezcla de alcohol y BEs, así como su normalización. Estas acciones deben ser centrales en el trabajo sobre adicciones en el Real Sitio, dirigidas a todas las personas que consumen alcohol y BEs, con especial atención a los menores de edad.

ADICCIONES SIN SUSTANCIA.

Ortiz y de la Mata (2004), explicaron cómo el concepto de "enfermedad" puede variar significativamente entre diferentes sociedades. De esta manera, lo que constituye un problema de salud y justifica intervenciones por parte de un sistema sanitario o prácticas específicas, así como lo que motiva a las personas a buscar ayuda, es moldeado por construcciones culturales.

Como explica Escohotado (1989), ciertas sustancias psicoactivas se llevan consumiendo desde tiempos inmemoriales en contextos muy concretos. De manera similar Romaní (1999), presenta cómo las mejoras en los medios de transporte, cambios en los modelos de producción, etc., provocan la salida de estas de los espacios de consumo controlado, la masificación de sus usos y la capitalización de estos elementos. Con lo que, aquellas controladas y significadas socialmente por la magia, religión, etc., son transformadas en bienes de consumo por la lógica capitalista debido a su capacidad para generar beneficios económicos. Esta maximización del consumo provocó que la posibilidad de aparición de riesgos vinculados a la utilización de drogas aumentase según crecía el número de personas usuarias, influyendo esto en la percepción que se tiene sobre este fenómeno.

En España, según la ley 1/2016 de atención integral de Adicciones y Drogodependencias en su artículo 7b, las adicciones sin sustancia o comportamentales son *“toda conducta excesiva, que, sin consumo de sustancias, se caracteriza por la tendencia irreprimible y continuada a su repetición, pese a ser perjudicial para la persona que la presenta y para su entorno (familiar, social y laboral) directo, por la incapacidad de controlarla a pesar de intentarlo y por su mantenimiento pese a su nocividad”*.

Actualmente, instituciones como la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, explican que este fenómeno presenta tanto un perfil clínico como un enfoque interventivo similar a las adicciones en las que sí aparece la ingesta de una sustancia. Ya que ambas realidades desarrollan procesos de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia junto a patrones conductuales perniciosos o desadaptativos consolidados y repetitivos. De forma concreta la anterior organización se refiere a este padecer como *“aquellas adicciones sin sustancia en las que se sustituye un elemento determinado como el alcohol u otras drogas por procesos como Internet, juego, uso del móvil, etc.”*.

Otra definición parecida es la ofrecida por Mellody (1997), la cual explica cómo *“ciertos hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas”*. Además, Fairburn (1998), explica esta como *“toda aquella conducta repetitiva que resulta placentera (al menos en las primeras fases) y que genera una pérdida de control en el sujeto (más por la relación establecida por la acción en sí misma) con interferencia grave en su vida cotidiana, a nivel familiar, laboral y social”*.

Según estas definiciones, cualquier actividad que sea capaz de producir *“placer”* en una persona durante su realización, puede ser susceptible de convertirse en una adicción. En el tema de las adicciones sin sustancia aquello que genera problemática en su realización es la *“pérdida de control”*, continuando con ella a pesar de las consecuencias negativas que esta reporta. En definitiva, conductas tipificadas socialmente como *“normales”* e incluso saludables pueden convertirse en anómalas en función de la intensidad, frecuencia y/o de la cantidad de tiempo/dinero invertidas en su mantenimiento. Las adicciones sin sustancia, así entendidas, incluyen cualquier conducta generadora de *“placer”* y normalizada socialmente que, de persistir en el tiempo, puede desarrollar consecuencias adversas. Por ejemplo, una persona puede comenzar a jugar con dinero por placer, pero si desarrolla una problemática lo hace para aliviar el estado emocional que provoca no hacerlo.

Entonces, las preguntas sobre las que queremos reflexionar aquí son: ¿qué sucede con aquellas conductas o comportamientos que se hacen de manera repetida?, ¿cómo se interpreta y de qué manera, tanto por las personas que lo realizan como por aquellas que las rodean, estos fenómenos tanto en la sociedad actual como en nuestro contexto de estudio?

Cada contexto cultural determinará qué tipo de conductas son definidas como adictivas o no en base a su capacidad de provocar pérdidas, siendo estas entendidas como modificaciones en acciones, fenómenos, bienes, etc., influyentes para su grupo de iguales. En el caso que centra este apartado, la intencionalidad de gobernar políticamente ciertos procesos biológicos con intencionalidad capitalista, hace que acciones que nos hacen perder dinero, tiempo, capacidad de consumo, etc., sean catalogadas como adicciones, mientras que otras que sirven para perpetuar la lógica del consumo son definidas positivamente.

Actualmente, este tipo de trastornos son diagnosticados principalmente mediante el *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”* (DSM) y a la *“Clasificación internacional de enfermedades”* (CIE). Estas guías ofrecen procesos para otorgar una *“etiqueta diagnóstica”* a ciertas personas que presentan algunos rasgos vinculados a unos padeceres concretos, los cuales permiten a los profesionales del ámbito psico-sanitario no sólo interpretar estos síntomas de una manera común, sino implementar acciones que traten de paliarlos mayoritariamente.

A continuación, vamos a explicar de manera más profunda cada uno de los anteriores manuales:

CIE: Es un listado elaborado por la Organización Mundial de la Salud, cuyo propósito es el registro, análisis, comparación, etc., de datos de morbi-mortalidad de diferentes países/épocas según cada enfermedad. Esto convierte diagnósticos mayoritarios de ciertos padecimientos, en datos que pueden analizarse y almacenarse, generando categorías en torno a síntomas observados por los profesionales y desarrollando modos de atención según sean estos.

DSM: Es un compendio de enfermedades mentales similar al anterior creado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Contiene descripciones, síntomas y criterios para diagnosticar trastornos mentales, en un esfuerzo de aunar pautas entre todos los profesionales.

Ambas clasificaciones ofrecen un marco desde el que realizar un diagnóstico común, por parte de las personas profesionales que las consulten, hacia quienes manifiesten ciertos síntomas. Esta acción facilita no sólo la tipificación de síntomas y padeceres sino su tratamiento y futuras intervenciones.

Ambos sistemas clasificatorios presentan las siguientes diferencias:

1. La CIE no analiza únicamente trastornos mentales como el DSM, sino el conjunto de todas las enfermedades. En ella, este tipo de padeceres ocupan únicamente el quinto capítulo.
2. Aunque ambos se orientan hacia el diagnóstico, el DSM presenta una descripción sistemática y precisa de las características propias de un trastorno, mientras que la CIE se orienta más a realizar un registro y análisis de las características del propio padecer.
3. A pesar de que el DSM sea el sistema clasificatorio más conocido y utilizado en América, en el mundo y especialmente de Europa se emplea la CIE.
4. La diferencia más notoria se encuentra en el hecho de que, tanto DSM como CIE, utilizan nomenclaturas diferentes para trastornos similares, generando gran confusión entre profesionales.

La OMS define las adicciones en la actualidad como, *“padeceres mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del uso de sustancias predominantemente psicoactivas, incluidos medicamentos, o comportamientos repetitivos de recompensa y refuerzo específicos”*. Esta conceptualización incluye por primera vez tanto aquellas problemáticas ocasionadas por el consumo de sustancias, como los trastornos vinculados con comportamientos adictivos. Estos últimos son definidos como *“aquellos síndromes reconocibles y clínicamente significativos asociados con la angustia o la interferencia con funciones personales que se desarrollan como resultado de conductas repetitivas gratificantes distintas del uso de sustancias que producen dependencia”*.

La CIE 11, introduce por primera vez entre sus padeceres el **“trastorno por consumo de sustancias o conductas adictivas”**, no sólo incluyendo el fenómeno que estamos analizando por primera vez en su listado, sino posicionándolo a la misma altura que las adicciones causadas por uso de sustancias psicoactivas. A su vez, esta nueva clasificación incluye en la denominación de **“trastornos de control impulsivos”**, otros comportamientos específicos como: la piromanía, cleptomanía, etc. Según esta definición las conductas tipificadas como adictivas serían la dependencia al juego con dinero presencial, el juego con dinero digital y el uso de videojuegos con conexión a internet o no.

El DSM V, publicado en el 2013, acuñó una nueva categoría denominada **“trastornos adictivos y relacionados a sustancias”**. Esta se divide en dos: *“Trastornos relacionados a sustancias”* y *“Trastornos no relacionados a sustancias”*. En este último se incluye solo el *“Gambling Disorder”*, con lo que el

llamado *“juego patológico”* (definido así por el DSM IV hasta la implementación del nuevo manual) ha pasado a formar parte de la nueva subcategoría *“trastornos adictivos no relacionados a sustancias”*. Este padecimiento se produce, según el propio manual, cuando el *“comportamiento vinculado con este tipo de juego provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta con cuatro o más de los siguientes criterios⁵¹ durante un periodo de 12 meses”*.

Es muy importante destacar que el uso problemático de internet, pantallas digitales, tecnología de la información, comunicación, etc., no tienen entidad clínica reconocida ni en la CIE10 ni en el DSM5. Hoy en día, no existe consenso en el ámbito científico sobre aquellas conductas que se han de aglutinar dentro del concepto de adicciones conductuales/sustancia y las que no. Las compras, la comida, el trabajo... son comportamientos que pueden desarrollar compulsividad pero que, por falta de acuerdo no aparecen en ninguna de las anteriores categorías.

Además, la existencia de estos dos manuales diagnósticos hegemónicos genera tanto competencia entre ellos como un gran vacío interventivo, dado que aquello que está tipificado como padecer por estos dos referentes no sólo no recibe asistencia, sino que se invisibiliza. Esta controversia no sólo se produce a nivel teórico, sino que puede ser encontrada en los dispositivos y modelos terapéuticos que trabajan con las adicciones sin sustancia en la actualidad. Resulta extremadamente paradójico que, a diferencia de buena parte de las propuestas interventivas planteadas para las *“adicciones con sustancia”*, el eje central de tratamiento para el fenómeno que centra este apartado no se fije en la abstinencia, sino en la reducción de las problemáticas vinculadas a ellas. Esto se produce mediante la incorporación, por parte de aquellas personas que han desarrollado este tipo de trastorno, de estrategias que ayuden a controlar estas conductas que, en su gran mayoría, presentan gran utilidad social en el contexto cultural en el que se desarrollan.

Esta situación nos lleva a cuestionarnos si existen intereses que influyen en la existencia de dos posturas tan divergentes en relación con la intervención en las adicciones, ya sean con o sin sustancias. La respuesta radica en la intersección con actividades como el juego, las compras y otros comportamientos compulsivos dentro del modelo económico capitalista, el cual los convierte en necesidades fundamentales que perpetúan su propia lógica económica y cultural. Por esta razón, el sistema influye en las estrategias de intervención planteadas, las cuales generalmente, en lugar de estigmatizar su uso y buscar la abstinencia, promueven el control.

La llegada de las adicciones conductuales al panorama interventivo español en la ENA 2017-2024, provocó el cambio en este del concepto drogodependencia por el de adicción. Esta novedad teórica provocó que muchos planes autonómicos, regionales y/o municipales sobre drogas tuvieran que

⁵¹ El manual presenta una serie de criterios los cuales, si son cumplidos por el individuo, indica que padece el trastorno. En caso contrario, no será diagnosticado de manera afirmativa.

desarrollar anexos para incorporar este fenómeno, mientras que otros o no las han tenido en cuenta o tienen que esperar al vencimiento de los antiguos para poder incorporarlas. Concretamente Castilla y León, a través de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidad, el 27 de febrero de 2019, publicó un anexo al Plan Autonómico sobre drogas llamado: *“Acción coordinada sobre adicciones sin sustancia en Castilla y León 2019-2021”*.

A continuación, vamos a realizar un análisis de las principales problemáticas vinculadas al fenómeno de las adicciones sin sustancia, centrandolo en los resultados en el vecindario de nuestro estudio.

ANÁLISIS DE LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA EN EL REAL SITIO DE SAN ILDEFONSO.

La misma falta de claridad que existe a nivel académico, político y asistencial respecto a las adicciones sin sustancia, mencionada en el apartado anterior, se refleja también en el Real Sitio de San Ildefonso. Mientras que para los profesionales puede resultar complicado distinguir qué comportamientos problemáticos constituyen adicciones con sustancia y cómo abordarlas, para los residentes analizados esta situación se vuelve aún más confusa, teniendo que basarse en el imaginario social y en experiencias personales para entender el fenómeno. Por lo tanto, entre todas las conductas que podrían considerarse como adicciones comportamentales, en nuestro contexto de estudio solo se reconocen la dependencia a internet y al juego como adicciones sin sustancia.

El siguiente análisis comenzará por aquellas categorías socialmente definidas como adicciones sin sustancia en el Real Sitio, para luego examinar comportamientos interpretados de esta forma tanto por el DSM, CIE y PNSD. Sin embargo, otras posibilidades actualmente en revisión para ser consideradas así, o que frecuentemente se mencionan como tales, se presentarán de manera breve.

JUEGO CON DINERO ONLINE O PRESENCIAL.

Introducción:

Como juego se denomina a la actividad en la que, con el fin de obtener premio, se arriesga dinero u otros objetos económicamente evaluables sobre resultados futuros e inciertos dependientes, en alguna medida, del azar con independencia del grado de destreza de las personas jugadoras. La comercialización de los juegos de azar en España está sometida a la autorización de la administración que competencialmente tenga atribuida su regulación, situación que hace compleja su legislación. En este ámbito la organización encargada es la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ) salvo para la ONCE, en cuyo caso esto es asumido por el Consejo de Protectorado. Así pues, son competencia Estatal los juegos de azar online de ámbito nacional (apuestas, juegos de casino, póker, máquinas de azar y bingo) y los concursos y juegos sujetos a reserva de actividad (loterías tipo ONCE).

En el ámbito regional, esto será atribuido a la unidad administrativa autonómica correspondiente, siendo competencia suya los juegos presenciales de casino, bingo, máquinas de juego y apuestas, los juegos online autonómicos, loterías de este ámbito y otros juegos de carácter tradicional.

Pese a que el trastorno del juego con dinero ya sea online o presencial, ha sido catalogado como una adicción sin sustancia desde hace poco tiempo, ya en 1957 existían asociaciones de afectados en EE. UU. vinculadas al ámbito religioso que trabajaban en esta problemática (Calvo y Martí, 2011). Esto evidencia cómo este tipo de problemática es característico de las sociedades actuales y no algo que haya estado sucediendo toda la vida. En 1980 se instauró oficialmente el diagnóstico de *“ludopatía”*, el cual fue agregado al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastorno Mentales vigente en 1983. Este suceso provocó grandes cambios en el panorama interventivo sobre las adicciones ya que personas que desarrollaban ciertas problemáticas vinculadas con el juego, pasaron a ser catalogadas como enfermas y a ser susceptibles de recibir cierto tipo de atención. La ludopatía fue situada en el apartado *“trastornos de control de impulsos no clasificados en otros apartados”* junto a problemas como la cleptomanía, piromanía, tricotilomanía, etc. Esta era una clasificación residual en la que se incluían padeceres de control de impulsos no clasificados en otras.

La ubicación de este trastorno en el DSM y sus criterios diagnósticos han ido variando a lo largo del tiempo hasta llegar a la situación actual. En el DSM-IV y en el DSM-IV-TR, el juego patológico se incluyó en el apartado de *“Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados”*. Por otro lado, en el DSM-V, al aparecer nuevos paradigmas vinculados a las adicciones, pasó a incluirse en *“trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”*, pasando a llamarse **“Gambling Disorder o Trastorno por Juego de Apuestas”**. Este concepto se basa en el argumento de que las conductas de juego activan *“sistemas de recompensa”* similares a los *“avivados”* por el uso de drogas, pudiendo provocar algunos síntomas comparables a los producidos por el consumo de estas.

En 1992, este padecer fue incluido por la Organización Mundial de la Salud en su clasificación CIE-10 como *“un trastorno caracterizado por la presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juego de apuestas, los cuales dominan la vida del/la enfermo/a en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares”*. Este proceso supuso la vinculación de lo psicológico al fenómeno, además de asumir como cierto aquello implementado por la *“American Psychiatric Association”*. Más adelante, la CIE 11 introdujo el concepto **“Trastornos por consumo de sustancias o conductas adictivas”**⁵², reservando la acepción trastornos del control de impulsos para otros comportamientos como la piromanía, el sexo, etc. Esta nueva designación fue definida como *“trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del uso de sustancias*

⁵² Según la OMS se define así a los *“trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del uso de sustancias predominantemente psicoactivas, incluidos medicamentos, o comportamientos repetitivos de recompensa y refuerzo específicos”*.

predominantemente psicoactivas, incluidos medicamentos, o comportamientos repetitivos de recompensa y refuerzo específicos”, incluyendo en ella tanto los padeceres acontecidos por el consumo de sustancias, como los comportamientos adictivos. Estos últimos fueron definidos en esta clasificación como “síndromes reconocibles y clínicamente significativos asociados con la angustia o la interferencia con funciones personales que se desarrollan como resultado de conductas repetitivas gratificantes distintas del uso de sustancias que producen dependencia”.

El diagnóstico de una persona con trastorno de “*juego patológico*” se basa en la aparición/percepción, por parte de personas profesionales, de una serie de criterios diagnósticos⁵³ que evidencian la existencia de dicho padecer. A continuación, vamos a presentar los utilizados por la American Psychiatric Association y la Organización Mundial de la Salud, para determinar si una persona desarrolla o ha desarrollado el trastorno que centra este apartado.

Criterios diagnósticos del DSM- 5.

A. Conducta problemática de juego de apuestas recurrente y persistente que lleva a incapacidad o distrés⁵⁴ clínicamente significativos, como sucede cuando el individuo exhibe 4 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 12 meses.

- 1.- Necesidad de jugar cantidades crecientes de dinero, para lograr la excitación deseada.
- 2.- Está inquieto o irritable cuando intenta interrumpir o detener el juego.
- 3.- Ha efectuado reiterados esfuerzos no exitosos para controlar, interrumpir o detener el juego.
- 4.- Está frecuentemente preocupado por el juego de apuestas (pensamientos persistentes de revivir experiencias pasadas, planear la próxima sesión, pensar maneras de obtener el dinero para apostar).
- 5.- Juega frecuentemente cuando siente distrés (desesperanzado, culpable, ansioso o deprimido).
- 6.- Después de perder dinero en el juego, vuelve con frecuencia otro día para intentar recuperarlo.
- 7.- Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
- 8.- Ha arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, oportunidades de trabajo/educativas o profesionales debido al juego.
- 9.- Confía en que los demás le proporcionen el dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

⁵³ Se trata del conjunto de síntomas que deben presentarse para realizar un diagnóstico. En el caso de la psiquiatría/psicología existen, como ya hemos visto, dos sistemas de clasificación que los pautan/definen: la American Psychiatric Association (DSM) y la Organización Mundial de la Salud (CIE).

⁵⁴ Se define así a la respuesta ante una amenaza, sea esta interna o externa. Es un estrés que ocasiona un exceso de esfuerzo con relación a la carga, generando sensaciones y percepciones desagradables para los individuos que lo padecen.

B. La conducta de juego de apuestas no puede ser atribuible a un episodio maníaco.

Especificadores:

Episódico: Reúne los criterios diagnósticos y luego pueden pasar meses sin síntomas.

Persistente: los síntomas son continuos y persisten por años.

En remisión temprana: Después de haber sido diagnosticado, no reúne ninguno de los criterios durante un periodo de entre 3 a 12 meses.

En remisión sostenida: similar al anterior, pero después asintomático por más de 12 meses.

Nivel de severidad:

- Leve (reúne 4 a 5 de los 9 criterios).
- Moderado (reúne de 6 a 7 criterios).
- Severo (reúne de 8 a 9 criterios).

Criterios diagnósticos actuales de la CIE.

Para la Organización Mundial de la Salud es necesario que aparezcan los siguientes factores para diagnosticar a una persona con un patrón de juego recurrente/persistente.

- 1) Control deficiente sobre el juego (inicio, frecuencia, intensidad, duración, finalización, contexto).
- 2) Aumento de la prioridad otorgada al juego a medida que éste tiene preferencia sobre otros intereses de la vida y las actividades diarias.
- 3) Continuación o escalada del juego a pesar de la ocurrencia de consecuencias negativas.

Además:

- El patrón de comportamiento es de suficiente gravedad para causar un deterioro significativo en áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional, etc.
- El patrón de comportamiento de juego puede ser continuo o episódico y recurrente.
- El comportamiento de juego y otras características son normalmente evidentes durante un período de al menos 12 meses para que se asigne un diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

Definir la ludopatía como una enfermedad despenaliza socialmente a la población que desarrolla este padecer ya que, al estar enfermos, la responsabilidad de sus actos se debe en parte al padecimiento y no a su intencionalidad, minimizando el estigma vinculado al fenómeno y dotándolos de una posible curación. Aunque los síntomas de ambas clasificaciones son muy parecidos, encontramos algunas diferencias entre ellos ya que la OMS exige el cumplimiento de todos los criterios, mientras que la APA requiere de al menos la aparición de 4 sobre 9. La CIE indica como necesidad para ser diagnosticado

con este padecer, que el episodio de juego lleve presente al menos un año y por otro lado, el DSM no limita esta temporalidad, ya que a veces este trastorno puede suceder rápidamente.

Datos España y Castilla- León:

La Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024 incorporó un nuevo campo en todas las líneas de actuación referido a las adicciones sin sustancia, con especial énfasis en juego de apuesta (presencial u online) y adicciones a través de las nuevas tecnologías (internet-videojuegos). Para esta, cuando el juego se convierte en el centro de la vida de una persona ocupando una gran parte de la actividad diaria, pensando en cómo jugar, cuando o de dónde sacar el dinero para poder jugar; siendo esta incapaz de dejar de jugar pese a las consecuencias negativas que dañan sus relaciones familiares, laborales o personales, se habrá desarrollado un trastorno del juego.

Por otro lado, el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 marca acciones específicas centradas en el tratamiento y prevención del fenómeno de las adicciones sin sustancia, siempre sin olvidar que el objeto de estas se centra en lo pautado tanto por el DSM como por la CIE. Este conglomerado de referentes teóricos pauta que las acciones vinculadas al fenómeno que centra este epígrafe deben centrarse en la prevención y atención respecto al trastorno por juegos de azar en casas/salas de apuestas, máquinas de juego/tragaperras, bingos, casinos, concursos, apuestas hípcas/deportivas, juegos de cartas con apuestas económicas, loterías, etc., ya sea presencial u online.

Las dos grandes encuestas nacionales sobre adicciones, EDADES y ESTUDES, desde el 2012 han incluido nuevos módulos de preguntas para conocer el alcance del “*uso compulsivo*” de internet, el juego con dinero (*on y off line*) y, desde 2018/2019, el trastorno por uso de videojuegos y su incidencia en la población general española. Estos dos trabajos, conceptualizan de la siguiente manera los nuevos módulos referidos a las adicciones sin sustancias.

Juego problemático en población de 15 a 64 años: persona que alcanza una puntuación 1-3 en la escala DSM-V.

Trastorno del juego en población de 15 a 64 años: persona que alcanza una puntuación igual o mayor de 4 en la escala DSM-V.

Juego problemático en población de estudiantes de 14-18 años: persona que alcanza una puntuación 1-2 en la escala Lie/Bet⁵⁵.

⁵⁵ Johnson, Hammer, Nora, Tan, Eistenstein, Englehart, (1988), son los desarrolladores de este cuestionario utilizado para diagnosticar este tipo de trastorno. El cual es utilizado por EDADES y ESTUDES para tipificar sus resultados.

Uso compulsivo de Internet: persona que alcanza una puntuación igual o mayor de 28 en la escala Compulsive Internet Use Scale (CIUS)⁵⁶.

Trastorno por uso de videojuegos: persona que alcanza una puntuación igual o mayor de 5 en la escala DSM-V⁵⁷.

De manera pormenorizada, la encuesta EDADES 2022 presenta a nivel nacional un 58,1% de la población de 15 a 64 años ha jugado con dinero (60,4% en hombres y 55,7% en mujeres).

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Nunca o no en los últimos 12 meses	39,8	36,5	43,1	35,8	33,2	38,5	41,9	39,6	44,3
Ha jugado con dinero (online y/o presencial) en los últimos 12 meses	60,2	63,5	56,9	64,2	66,8	61,5	58,1	60,4	55,7

T: total, H: hombres, M: mujeres.

Figura 157. Tabla de prevalencia de juego con dinero online y/o presencial en los últimos 12 meses en población de 15-64 años según sexo (%). España 2018-2022. Fuente: EDADES 2022.

De igual manera a lo presentado en trabajos anteriores, sigue observándose una gran diferencia entre la prevalencia de juego con dinero online (5,3%) y el presencial (57,4%).

La prevalencia de las personas que han jugado con dinero, tanto online como presencial, durante el último año continúa siendo baja (4,5%), habiendo descendido con respecto al año 2020 (6,1%).

	2018			2020			2022		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Nunca o no en los últimos 12 meses	97,2	95,3	99,0	93,9	91,9	96,0	95,5	93,2	97,7
Ha jugado dinero (online y/o presencial) en los últimos 12 meses	2,8	4,7	1,0	6,1	8,1	4,0	4,5	6,8	2,3

T: total, H: hombres, M: mujeres.

Figura 158. Tabla de prevalencia de juego con dinero online y presencial en los últimos 12 meses en población de 15-64 años según sexo (%). España 2018-2022. Fuente: EDADES 2022.

Respecto al tipo de juegos utilizados, se aprecian importantes diferencias entre aquellos que juegan de manera presencial, predominando en ellos el uso de la lotería convencional o instantánea, y aquellos que juegan online, siendo el juego más usado la apuesta deportiva.

La cantidad mayor de dinero gastada en un solo día por aquellas personas que han jugado con dinero online o presencial se sitúa, en la mayoría de los casos, por debajo de los 30 euros. Este gasto es mayor en aquellas personas que han jugado con dinero online.

⁵⁶ Meerkerk, Van Den Eijnden, Vermulst, Garretsen, (2009), desarrollaron una escala con ciertos criterios sobre los que diagnosticar el grado de adicción a internet.

⁵⁷ El DSM-5 ha utilizado los criterios de diagnóstico de la adicción a Internet para diagnosticar la adicción a videojuegos.

En 2018 la encuesta EDADES introdujo una escala basada en los criterios diagnósticos DSM-5, para explorar la existencia de un posible juego problemático.

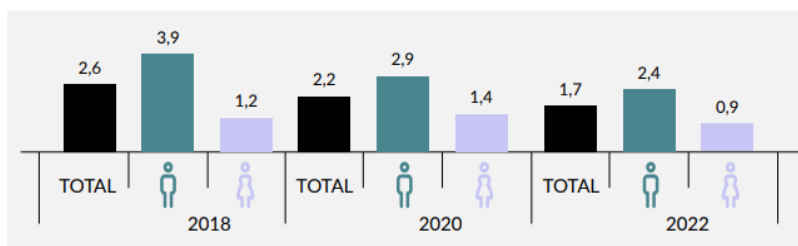


Figura 159. Gráfico de prevalencia de posible juego problemático o trastorno del juego (DSN-5 ≥ 1) entre población de 15-64 años, según sexo (%). España 2018-2022. Fuente: EDADES 2022.

Se estima que el 1,7% de la población mostraría un posible juego problemático o trastorno del juego. De manera evolutiva, este dato ha decrecido con respecto al dato en 2020, cuando dicha prevalencia fue del 2,2%. El valor es superior en los hombres.

Centrándonos en los datos de la encuesta ESTUDES 2021 sobre la situación general del juego con dinero online en la población estudiante española situada entre los 14-18 años, el 20,1% de los estudiantes de 14 a 18 años ha jugado con dinero online y/o presencial. Hasta 2019 se apreciaba una tendencia ascendente, sin embargo, en 2021, en el contexto de restricciones asociadas al control de la pandemia por COVID-19, el porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que ha jugado con dinero online y/o presencial ha descendido con respecto a años anteriores. Existen grandes diferencias por sexo, elevándose hasta el 27,6% entre los hombres y descendiendo hasta el 12,6% entre las mujeres.

	2014			2016			2019			2021		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Nunca o no en los últimos 12 meses	77,7	66,4	88,8	83,9	75,0	93,1	74,5	64,4	83,9	79,9	72,4	87,4
Ha jugado con dinero en los últimos 12 meses	22,3	33,6	11,2	16,1	25,0	6,9	25,5	35,6	16,1	20,1	27,6	12,6

T: total, H: hombres, M: mujeres.

Figura 160. Tabla de prevalencia de juego con dinero online y/o presencial en los últimos 12 meses en población de 14-18 años según sexo (%). España 2014-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Sigue observándose una gran diferencia entre la prevalencia de juego con dinero online (9,4% en 2021) y el juego de manera presencial (17,2%). En 2021, un 6,4% de los estudiantes de 14 a 18 años jugó dinero tanto online como presencial durante el último año, siendo los hombres quienes más lo hacen. Este porcentaje desciende ligeramente respecto a 2019 (7,4%). La edad de inicio es similar en el juego online y en el juego presencial, siendo de 15,0 años y 14,6 años, respectivamente.

	2019	2021
Edad en la que por primera vez ha jugado dinero online	14,7	15,0
Edad en la que por primera vez ha jugado dinero presencial	14,6	14,6

Figura 161. Tabla de edad con la que la población de 14-18 años ha jugado dinero por primera vez online o presencial (años). España 2019-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Respecto al tipo de juego utilizado, se aprecian importantes diferencias entre quienes juegan de manera presencial, predominando el juego a la lotería convencional o loterías instantáneas y las quinielas, mientras que quienes juegan online sobresalen los videojuegos, las apuestas deportivas, y los deportes electrónicos tanto en 2021 como en 2019.

La encuesta ESTUDES 2019, para explorar el posible juego problemático, introdujo por primera vez el cuestionario Lie/Bet, escala que ya se ha utilizado en la encuesta europea ESPAD de los años 2015 y 2019. Este es un instrumento de cribado de dos preguntas en las que se indaga si el sujeto ha sentido la necesidad de apostar cada vez más o si ha mentado sobre cuánto dinero gasta en el juego. En 2021, según las respuestas obtenidas al aplicar esta escala, el 17,9% de los alumnos de 14 a 18 años que han jugado dinero en el último año serían candidatos a desarrollar un posible juego problemático.

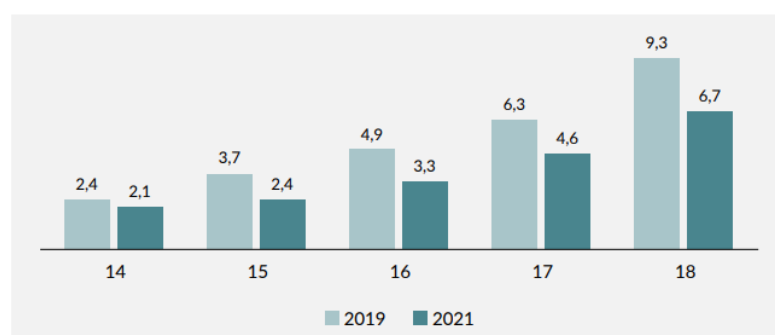


Figura 162. Gráfico de prevalencia de posible juego problemático estimado a partir de la escala LIE/Bet entre población estudiantil de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad (%). España 2019-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Por sexo, la prevalencia, calculada sobre los casos que han contestado, es superior entre los chicos que entre las chicas (19,1% y 15,2%, respectivamente), aumentando a medida que lo hace la edad.

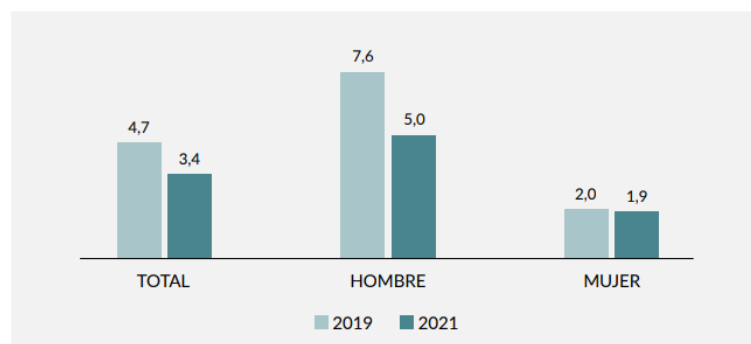


Figura 163. Gráfico de prevalencia de posible juego problemático estimada a partir de la escala LIE/Bet entre población estudiantil de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo (%). España 2019-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

El 23% de los estudiantes que han jugado online en 2021 tendrían un posible trastorno de juego problemático, porcentaje que desciende al 18,2% entre los que han jugado dinero presencial.

En Castilla y León, a fecha 4 de junio de 2018, bajo el impulso del Comisionado Regional para la Droga, y con participación de este centro directivo, la Consejería de Educación a través de la Dirección General de Innovación Educativa y Formación del Profesorado y la Consejería de Sanidad a través de SACYL y la Dirección General de Salud Pública en Castilla y León, se creó un grupo de trabajo cuyo objetivo fue definir una actuación coordinada entre las Consejerías de Educación, Sanidad y Familia e Igualdad de Oportunidades para abordar la prevención y el tratamiento de los trastornos adictivos sin sustancia en la población general, y de un modo especial en menores y jóvenes.

Esta acción se centra en la prevención y atención de problemas ocasionados por los siguientes comportamientos:

1. **Juego patológico** o trastorno por juegos de azar en casas o salas de apuestas, máquinas de juego/tragaperras, bingos, casinos, concursos, apuestas, etc., ya sea presencial u online (Gambling).
2. **Trastorno por juegos digitales**, videojuegos o juegos por internet, que pueden realizarse tanto de modo presencial como online, de forma individual o en grupo (Gaming). El aspecto diferencial de este tipo de juegos con la anterior categoría es que su motivación principal es el uso recreativo.
3. **Uso problemático de internet, pantallas digitales y tecnologías** de la información y comunicación. Esta categoría incluye uso de dispositivos móviles, internet, redes sociales, etc., sobre todo con fines sociales. Este padecer no tiene una entidad clínica reconocida ni por la CIE-11 ni por el DSM-5.

En comparación con los datos nacionales, el juego en internet en los últimos 12 meses en Castilla y León presentado en ESTUDES 2021 es semejante al del conjunto de España en ambos sexos, mientras que el juego presencial es mayor en Castilla y León en chicos y algo menor en mujeres.

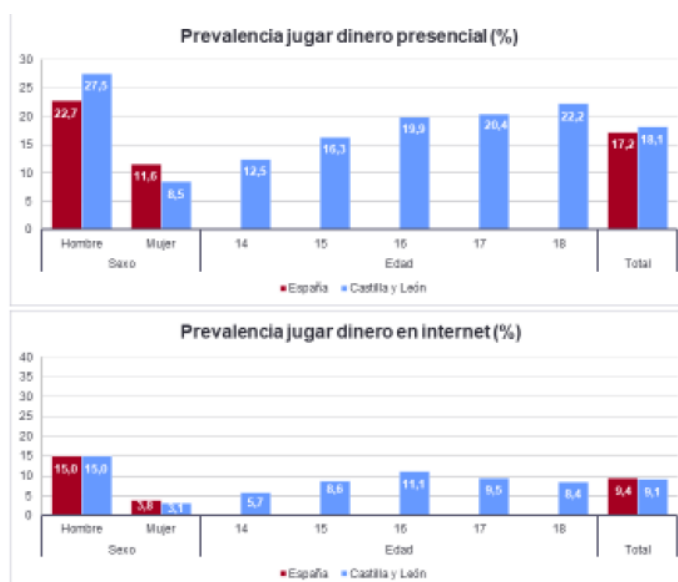


Figura 164. Gráfico de prevalencia de juego con dinero online y presencial en los últimos 12 meses (%). Castilla y León y España 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

El 49,8% de los estudiantes de Castilla y León declara haber recibido formación en clase en 2020/2021 sobre los riesgos asociados a los juegos con apuesta, en mayor medida los estudiantes de 15 años. Esta evolución es positiva, ya que se ha aumentado en 6 puntos porcentuales respecto a los datos de 2018. Según lo presentado en EDADES 2022, los datos de Castilla y León son superiores a la media nacional tanto en el juego online como en el presencial. Con respecto a la encuesta anterior, el juego online aumenta significativamente hasta el 9,4%, y el juego presencial desciende hasta el 68,2%.

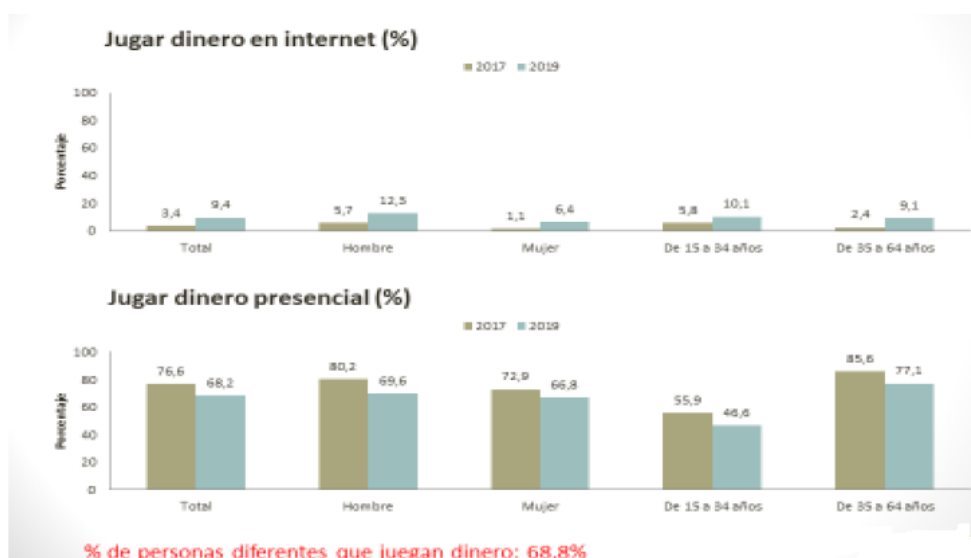


Figura 165. Gráfico de prevalencia de juego con dinero online y presencial en los últimos 12 meses (%) según sexo y edad en población de 15-64 años. Castilla y León 2022. Fuente: EDADES 2022.

Los hombres juegan dinero en mayor medida que las mujeres, tanto online (12,3% hombres, 6,4% mujeres) como de forma presencial (69,6% hombres, 66,8% mujeres). Por grupo de edad, el juego

presencial es significativamente menor entre personas de 15 a 34 años (46,6%) que en personas de 35 a 64 años (77,1%). En cambio, no se aprecian diferencias en el juego online (10,1% vs. 9,1%).

Para valorar el juego problemático de dinero se ha aplicado en las últimas encuestas nacionales la escala DSM-V. En Castilla y León, el 2,1% de la población puede tener un posible juego problemático o trastorno del juego, superior en hombres (2,6%) que en mujeres (1,5%), pero sin diferencias significativas. Tampoco se aprecian diferencias entre el grupo de 15 a 34 años (2,3%) y el de 35 a 64 años (2,0%), ni respecto a la encuesta de 2017 (2,5%), aunque los últimos datos son menores.

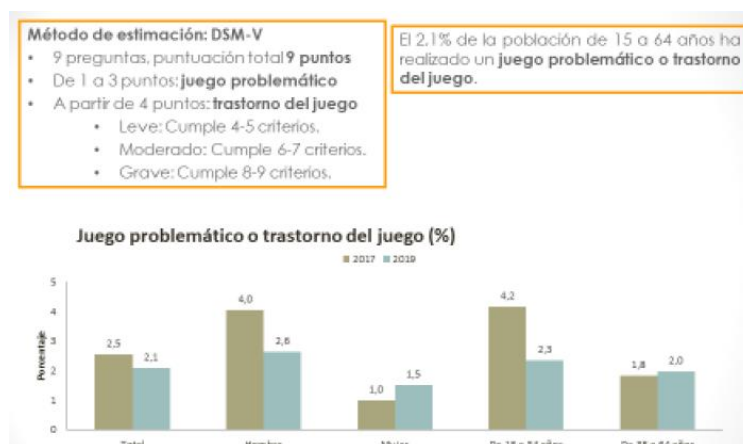


Figura 166. Gráfico de prevalencia de juego problemático y trastorno del juego en los últimos 12 meses (%) según sexo y edad en población de 15-64 años. Castilla y León 2022. Fuente: EDADES 2022.

Percepción vecindario:

Con relación a los “juegos de azar” Díaz Salgado (2019), señala que, en 1977, con la inminente llegada de la democracia a nuestro país, la ilegalización del “juego” fue un tema bastante controvertido y debatido por la opinión pública. Desde la dictadura de Primo de Rivera hasta 1975, con la muerte de Franco, en España estuvieron cerrados tanto los casinos como los espacios de juego, como respuesta a la prohibición de todo tipo de apuestas organizadas llegando la despenalización de este fenómeno al inicio de la “transición”. En este período, a través del Real Decreto 16/1977, se liberalizó/reguló de nuevo el juego, los casinos y otros espacios similares (bingos, hipódromos, etc.). No fue hasta el año 1981, a través del Real Decreto 1794/81, cuando el estado español reguló las máquinas recreativas y de azar en establecimientos y locales públicos. Las cuales, debido a esta decisión política, comenzaron a formar parte del “paisaje social” como un instrumento de recreo y pasatiempo, enmascarando posibles riesgos e intencionalidades económicas a través de esta maniobra política.

“Hombre... no me dirás que esto es tan preocupante como otras drogas más chungas... Sé que te puedes pillar con ello, pero de ahí a tener que preocuparse”. (Joven 22 años).

La información anteriormente mencionada muestra cómo el juego y sus posibles trastornos ocupan un lugar estratégico dentro del marco de intervención tanto a nivel nacional como en Castilla y León. Esto queda reflejado en el imaginario social del vecindario del Real Sitio respecto a este problema.

Diego: *¿Cómo crees que está el tema del “juego” en el pueblo?*

Entrevistado: *Bueno... ahí anda. Llama mucho la atención el tema de las máquinas tragaperras... ¡Mucha gente se deja allí el sueldo!*

Diego: *“¿Algo más?”*

Entrevistado: *Uhhh... También lo de las apuestas de internet, ¿no? Aunque eso son cosas de chavales... Creo que, comparado con otras adicciones, el juego está bastante controlado en el pueblo. Además... No son lo mismo... No creo que tengamos problemas tan serios como con la droga... ¡Eso sí que es chungo! No me dirás que es lo mismo jugar a la lotería, que a las cartas... que la heroína...*

(Entrevista adulto 39 años)

Las narrativas recogidas sobre el juego, categorizado psico-médicamente como un fenómeno equiparable a las adicciones con sustancia, muestran su asimilación dentro del marco del "problema de la droga". Este proceso revela similitudes y diferencias interpretativas entre ambos fenómenos, influenciados por cambios políticos en nuestro país. La banalización del juego patológico vista como menos peligrosa en comparación con otras adicciones, refleja una contradicción social. La cual, a pesar de definir el juego patológico como una adicción, al formar parte de los elementos reproductores del sistema capitalista, cuenta con diferentes procesos que aminoran, normalizan y reducen la percepción del riesgo.

Actualmente, siguiendo con el trabajo de Díaz Salgado (2019), la legislación española utiliza la palabra **juego** para referirse a **apuesta**. Esta confusión de términos no es baladí, ya que alberga una intencionalidad política/económica de base. Así pues, definir como juego⁵⁸ el acto de apostar⁵⁹, genera un proceso de legitimación social de un fenómeno sustentado en intereses económicos. El cual, mediante la difusión de esta significación, minimiza su estigma y los riesgos vinculados a él.

“Sé que la ludopatía es un problema grande. De hecho, pienso que las máquinas tragaperras deberían de eliminarse. Pero... las cartas, la lotería... ¡Eso no hace daño!” (Adulto 41 años).

Fenómenos como las loterías, la ONCE, bingos, casinos, máquinas tragaperras, apuestas, timbas, etc., se han visto modificados por la irrupción de las nuevas tecnologías, conformando la ingente oferta de

⁵⁸ Actividad realizada por una o más personas, con el fin de obtener o proporcionar entretenimiento y diversión.

⁵⁹ Verbo, que procede del latín “apponere”, el cual sirve para definir la acción de arriesgar dinero u otro bien, sustentado en la creencia de que algo sucederá o se producirá de una cierta manera. Si la persona que realiza la apuesta acierta en su predicción. De lo contrario, lo pierde.

juego que existe en la actualidad. Esta variedad de formatos y posibilidades no sólo complica la delimitación de su campo de estudio/intervención, sino que acrecienta su dificultad de comprensión.

Diego: *¿Cómo es eso del juego? No me queda claro...*

Entrevistado: *Ludópata es el que juega mucho dinero en el casino, las máquinas, etc.... El que no tiene el control...*

Diego: *¿Sólo?...*

Entrevistado: *bueno, supongo que la gente que gasta mucho en lotería, etc. también. Pero esos son menos... Como que se ven muchos menos, ¿no?*

(Entrevista adulto 41 años)

Interpretar el juego en términos de apuesta, además de reproducir y normalizar la lógica capitalista, implica la posibilidad de desarrollo de ciertos padeceres por parte de algunas de las personas que realizan esta conducta de manera reiterada, provocando un proceso de patologización de todo el proceso dictado por la psico-medicina.

“¿Problemas con el juego en el Real Sitio? Yo creo que no hay... ¿no? Pero sí hay un par de personas que están enfermas y que tienen que ser ayudadas”. (Adulto 38 años).

Esta situación no solo intenta explicar y brindar atención a las personas cuya relación con el juego va más allá de lo definido en el DSM y la CIE, sino también busca minimizar su responsabilidad en el desarrollo del trastorno, tratándolas como agentes pasivos del fenómeno y su recuperación. Sin embargo, aquellos casos donde se evidencian conductas reprobables son discursivamente definidos como negativos y estrechamente vinculados con los aspectos más estigmatizados de las adicciones.

“Si estás todo el día en la máquina, obviamente tienes un problema muy serio. Es como cuando estás enganchado a heroína”. (Adulto 38 años).

En estas situaciones el proceso utilizado para dotar de mayor legitimación a sus discursos y penalizar la situación, es relacionarlo a las adicciones con sustancia y a lo percibido como negativo de estas.

Resumiendo, la población del Real Sitio no sólo tiene una percepción baja de la problemática existente con el juego, sino que para muchas personas este es un fenómeno tan normalizado que no aparece en sus discursos sobre la situación de las adicciones en él.

Diego: *¿Cómo ves el tema de las adicciones en el pueblo?*

Entrevistado: *el pueblo está muy mal... Coca, porros, ¡se consume mucho!*

Diego: *¿Sólo eso?*

Entrevistado: *bueno... sobre todo en los jóvenes... Pero yo creo que nada más.*

(Entrevista adulto 37 años).

Sólo cuando el entrevistador consultó directamente sobre la problemática del juego, siendo consciente de la influencia en las respuestas obtenidas, este comenzó a aparecer en sus discursos.

“¡Claro! ¡La ludopatía! Sí, hay mucho ludópata en el pueblo {en qué sentido}. Pues gente que juega, que está en internet, etc.”. (Joven 23 años).

La inclusión de la categoría de adicción sin sustancia en los manuales diagnósticos ha proporcionado un marco significativo para abordar fenómenos como el juego patológico. No obstante, la corta trayectoria y la escasez de evidencia científica ampliamente aceptada sobre este tema han generado dudas tanto en la comunidad científica como en la población en general al intentar comprenderlo. Esta incertidumbre se refleja en los discursos del vecindario del Real Sitio.

“No termino de comprender muy bien lo que me preguntas... Entonces, el juego es algo tan peligroso como lo que sucede con las drogas”. (Adulto 36 años).

La patologización del juego en términos de adicción, con todo lo que supone, choca muchas veces con el incentivo que sufre como elemento reproductor del sistema capitalista.

“Si Diego, es una pena lo de los ludópatas... Es como una droga eso de jugar. Pero lo de las apuestas deportivas, no es malo ¿no? Es que sale en la tele y la verdad, no sé realmente que pensar”. (Adulto 36 años).

Actualmente, es posible que una persona se encuentre con noticias que denuncian los crecientes trastornos relacionados con el juego en España, al mismo tiempo que se tope con anuncios que promueven el uso de esta actividad de manera incentivadora. Esta paradoja se refleja en el imaginario de la población analizada, que adopta posiciones y discursos divergentes sobre el juego, articulados según sus experiencias individuales.

“Pues la verdad es que no sé cómo está el tema. No tengo muy claro nada... A veces es malo, otras parece que no tanto”. (Joven de 26 años).

Esta situación provoca, entre otros fenómenos, desconocimiento, banalización y normalización de todas las conductas vinculadas al juego dentro de la población analizada, así como una falta de comprensión sobre la verdadera magnitud del fenómeno.

“Dice que está todo el día jugando en el casino... Que pierde mucho dinero... Eso, perdona que te diga... ¡No puede ser normal!” (Joven de 26 años).

Circunstancia que, cuando contraviene ciertos límites construidos socialmente en el Real Sitio, se interpreta en términos negativos mediante la aplicación de la lógica hegemónica sobre el fenómeno de las adicciones.

Situación actual:

La percepción del riesgo que tiene el vecindario del Real Sitio sobre la problemática del juego es mitigada. Esto se refleja en que, al ser consultados sobre este fenómeno, las personas no lo incluyen en sus discursos sobre las adicciones

“Qué te puedo responder yo... Pues supongo que lo de siempre: coca, alcohol, porros... Si me apuras... pastillas y algo un poco más raro”. (Joven 23 años).

La falta de menciones sobre adicciones relacionadas con el juego patológico refleja más la influencia de procesos de normalización e invisibilización derivados del modelo capitalista y la falta de consenso académico, que la ausencia real de problemas asociados a esta conducta.

Esto cambió cuando vinculamos el juego a la problemática de las adicciones en las preguntas realizadas, generando en este caso verbalizaciones que hablan de él en términos de padecer.

“¿El juego...? ¡Ahh! ¡Claro! Eso es una adicción también... En el pueblo hay bastantes ludópatas... Y está el problema de los jóvenes con internet...”. (Adulto 37 años).

“Si estás todo el día apostando, no puedes, etc. ¡Tienes una enfermedad!”. (Joven 26 años).

En esta situación, el imaginario colectivo categoriza el fenómeno abordado en este apartado como un trastorno bajo la influencia del Modelo Hegemónico sobre drogas, destacando su imbricación directa con el modelo económico capitalista como factor diferenciador.

“Cierto Diego. El juego... muchas veces es peor que las drogas. ¡Es la heroína de nuestro tiempo!” (Trabajador de lo social 49 años).

Además, durante la investigación, aparecieron variaciones en los discursos recogidos según la edad de las personas informantes.

“¡Es verdad! Pues aquí en el pueblo está el tema de las máquinas, del grupo de [] que juegan al póker, van al casino, etc. y las apuestas”. (Joven 23 años).

Las personas adultas del municipio no colocan al juego patológico en el mismo plano de preocupaciones que el de aquellas sustancias psicoactivas con mayor estigma (heroína, Speed, etc.).

“Vale, es cierto que te puedes enganchar al juego... ¡Pero no es como la coca!” (Adulto 40 años).

Mientras que las más jóvenes, evidencian una menor percepción del riesgo que la de sus mayores.

“Pues en el pueblo hay lo que hay en todos los lados. Coca, porros... ¡Eso es lo que preocupa! Creo que no hay muchas drogas diferentes a lo que se consume en otros lugares”. (Joven 20 años).

En ambos casos, definir como enfermedad una conducta como el juego, convierte a todas aquellas personas que la practican en sujetos susceptibles de desarrollar la patología.

“¡Es verdad! En el pueblo, el tema de las máquinas, el póker, casino, etc., al ser como la droga, la gente debe tener cuidado.... porque todo el mundo se puede enganchar”. (Joven 23 años).

Este proceso, similar al sucedido con otras adicciones, demoniza no sólo a quién desarrolla de la patología, sino el consumo y la conducta que puede propiciar su desarrollo.

“Qué peligro son las máquinas y este tipo de juegos para todo el mundo”. (Adulto 37 años).

De esta manera se desarrolla una estrategia de evitación sobre esta problemática centrada en la prevención/demonización de todo tipo de relaciones con la sustancia/conducta.

“Nosotros nos hemos criado con situaciones que los mayores no, como internet. Además, ellos tienen algunas conductas que nosotros no hacemos como jugar a las cartas en bares”. (Joven 23 años)

A pesar de esto las personas jóvenes consideran que tienen menos probabilidad de desarrollar una relación de dependencia con el juego, debido a su socialización en el uso de nuevas tecnologías.

“¡Tío Diego! Los putos viejos están todo el día en las máquinas, con las cartas y con la puta lotería... ¡Son unos putos ludos!” (Joven 21 años).

Esta parte del vecindario legitima su relación con el juego al distanciarse estructuralmente de él mediante el uso del término "ludópata", el cual es asociado con la adultez. Esta situación no solo ayuda a mitigar el estigma vinculado al juego, sino que también refleja la competencia generacional entre jóvenes y adultos en el Real Sitio. Esto varía si las personas consultadas sobre el juego tienen vinculación con lo sociosanitario como podemos ver en la siguiente cita.

“El Real Sitio evidencia consumos de cocaína, cannabis y mucho alcohol... De manera preferente. ¡Cierto! Se me olvidaba... No recibimos muchas demandas sobre este fenómeno... Pero es verdad, el juego es como una adicción, aunque en el Real Sitio no se vea tanto”. (Persona sanitaria 43 años).

El sesgo generado por el enfoque exclusivo en el "problema de la droga" impacta de manera significativa en el discurso de los profesionales. Esto se refleja en una focalización hacia sustancias y fenómenos específicos, mientras se resta relevancia a otros como el juego, el tabaco, etc.

“Ya sabes cómo es el pueblo... Mucha lotería, quinielas, timbas, campeonatos, viajes al casino... ¡No creo que eso sea muy peligroso, no! Aunque siempre se puede ir de las manos”. (Adulto 37 años).

Esto, como se advierte en Fernández (2017), influye no sólo en el tipo de atención ofrecida por los dispositivos sanitarios, sino también en la tipología de personas atendidas.

Otra variable a tener en cuenta para comprender de manera correcta la situación del juego en el Real Sitio, es su vinculación con la tradición del municipio.

“En el pueblo hay mucho ludo... Pero no personas con problemas... No sabría qué decirte, toda la vida se ha jugado a muchas cosas en todos los lados y no ha pasado nada”. (Adulto 41 años).

En el contexto de estudio, observamos conductas potencialmente peligrosas relacionadas con el consumo de loterías, partidas de cartas, visitas al casino, etc., que no son percibidas como problemáticas por el vecindario debido a su arraigo tradicional.

“Hay mucha ludopatía en el pueblo... Pero no creo que tanto como para ingresar a ninguno. Siempre se ha jugado, es como parte de lo que se hace en el pueblo”. (Joven 24 años).

La población del Real Sitio, tal y como presenta Díaz Salgado (2019), utiliza el concepto *ludo* o *ludópata* con intencionalidad jocosa la gran mayoría de las veces, evidenciando a través de su uso una baja percepción del riesgo asociada al juego.

“Pero... ¿tú no estudias las drogas?... En el pueblo hay mucho ludo... Pero ludo de los de la partida, la quiniela, los rascas de la once, etc. ¡No creo que haya nada más serio!” (Adulto 39 años).

Un *ludo*, en el municipio, es alguien cuya relación con el juego se desvía de lo pautado/tolerado socialmente, sin sobrepasar aquello socialmente considerado como patológico.

Diego: *Antes has dicho que te consideras un “ludo”. ¿Qué es eso?*

Entrevistado: *Pues no sé cómo explicarte... No es nada malo... No es cómo estar enganchado, eso tenlo claro...*

Diego: *¿Y qué es? Me gustaría entenderte*

Entrevistado: *Pues... Alguien que está jugando mucho... Cuando estás a punto de hacer algo, pero ya de ludópata total... ¡Pues eres un ludo! Alguien que va todos los días a jugar la partida... Que se pone a jugar a la máquina todos los días... ¡Eso es ser un ludo! Pero no es algo que hagas todos los días... No estás enganchado.*

(Entrevista adulto 43 años).

Al igual que sucede con las drogas, donde sus efectos y vías de consumo, son variables a tener en cuenta para comprenderlas, el juego patológico es interpretado como una conducta de mayor o menor riesgo en el Real Sitio según las circunstancias.

“Jugar a la lotería a diario no es malo. Pero jugar a las máquinas todos los días...”. (Adulto 29 años).

En el municipio analizado, existe una diferencia en la percepción hacia una persona que apuesta mil euros en una máquina tragamonedas en comparación con alguien que, apuesta la misma cantidad en la lotería, cartas, etc. Esto refleja que ciertas conductas relacionadas con el juego son más toleradas que otras en la comunidad.

“Allí vamos a jugar la partida... ¡Lo que hace todo el mundo!” (Joven 23 años).

Según el análisis de los datos recabados, existen una serie de reglas tácitas que pautan y delimitan tanto los límites aplicados a las cantidades a jugar como las conductas y juegos percibidos de menor riesgo. Si éstas se contradicen, se utiliza aquello pautado por el modelo hegemónico de las adicciones para sancionar y tratar de revertir aquellas acciones que no cuentan con el beneplácito social.

"{} va muchas veces al casino, a jugar al bar {}... ¡Ese sí que es un ludópata!" (Joven 26 años).

Gastar grandes cantidades de dinero, enfadarse por perder, peleas y, sobre todo, evidenciar estas conductas en público de manera reiterada, significa a la persona que las presenta como alguien con problemas con el juego con la consiguiente carga de estigma.

"Este sí que es un ludo de, pero de los de verdad... ¡Lleva más de 1000 euros gastados en la máquina! Y, así, todos los días". (Adulto 43 años).

Jugar a las máquinas tragamonedas en espacios públicos expone a la persona a juicios por parte de sus pares, lo cual es uno de los motivos por los que esta conducta es la más estigmatizada entre todas las que contradicen las normas sociales establecidas respecto al juego en el Real Sitio. El temor a la exposición pública conduce a la invisibilización del problema y su relegación al ámbito privado.

"Yo no conozco a nadie. Pero un amigo dice que conoce a uno del pueblo que está todo el día en casa jugando por internet. Le da igual apuestas, máquinas, ruleta, etc.". (Joven 25 años).

El equipo investigador, durante el trabajo de campo, sólo obtuvo referencias genéricas sobre quienes juegan grandes cantidades de dinero en casa.

"Hay varios grupos que... ¡Montan unas timbas de la ostia! También hay gente que va muchas veces al casino... Pero no se juegan unos euros... ¡Se juegan la ostia! Y no van lo hacen de pascuas a ramos...". (Adulto 34 años).

Este tipo de juego representa un fenómeno complejo e invisible. Una conducta que, en un entorno público, recibe estigma y reprobación social, en el ámbito privado pasa desapercibida, lo cual genera desconocimiento y dificulta las intervenciones a nivel estatal, municipal y autonómico.

Sugerencias vecinales:

Lo cierto es que el vecindario del Real Sitio sí está consciente tanto de la problemática del juego patológico como de la existencia de personas que han desarrollado una relación de dependencia con este fenómeno en el municipio.

Diego: *Si tuviéramos que cambiar algo en la forma de trabajar sobre las adicciones en el Real Sitio, ¿Qué modificarías?*

Entrevistado: *Yo sería más duro con los jóvenes y con la gente que consume aquello que está prohibido. ¡Es peligroso para el resto de los vecinos!*

Diego: *¿Algo en concreto?*

Entrevistado: *Charlas, más presencia de la Guardia Civil...*

(Entrevista adulto 43 años)

Para comprender la situación del juego patológico en el Real Sitio no podemos olvidar el papel que tiene el modelo capitalista como legitimador de conductas asociadas a este fenómeno y el conjunto de normas que lo controla, ejemplificado en el uso del concepto “*ludo*”. Dinámicas que provocan procesos de invisibilización/normalización de este trastorno atenuando su percepción del riesgo.

“¡Obvio que hay gente con problemas con el juego...! ¡Pero son los mínimos Diego! El resto de la gente pues juega lo justo”. (Trabajador de lo social 39 años).

Este contexto genera el desarrollo de una percepción del juego en términos de baja peligrosidad. Con lo que, al preguntar sobre necesidades de intervención vinculadas a este fenómeno, el vecindario no realizó ningún tipo de solicitud al no definirlo como una conducta asistible.

Diego: *¿Y qué pasa con el juego? ¿No crees que sea una adicción también?*

Entrevistado: *¡Es verdad! Los ludópatas son como los yonkis... Pues..., yo creo que no hay mucho problema de esto en el pueblo... Pero, si existe de verdad, pues información y tratamiento. Es complicado. Es como el tabaco... legal. Pero el que se pase... hay que ser implacable.*

(Entrevista adulto 43 años)

Aunque, cuando el personal investigador vinculó el juego con la problemática de las drogas, aparecieron demandas construidas sobre lo pautado por el actual Modelo Hegemónico de las Adicciones.

“En el pueblo, es verdad, no se hace nada por esto. Creo que algo más de información y de perseguir a quien lo haga mal... ¡Vendría fenomenal!” (Adulto 36 años).

El vecindario del Real Sitio, ante el desconocimiento, invisibilización y falta de referencias reales sobre el juego patológico, cuando toman conciencia del fenómeno, trasladan las lógicas interpretativas hegemónicas: la dependencia a sustancias psicoactivas.

“Tengo colegas que no lo hacen bien... Juegan y demás sin poder dejarlo. Yo creo que esto se evitaría siendo algo más duros”. (Joven 22 años).

Esto provoca que, de manera mayoritaria, las intervenciones recogidas estén centradas en acciones punitivas y represivas como muestra la anterior cita. Hecho que, de manera similar a lo ocurrido con relación a otros fenómenos parecidos, invisibiliza realidades como el uso recreativo, esporádico, instrumental, etc.

Acciones a llevar a cabo:

El juego, implementado compulsivamente, puede ocasionar la aparición de trastornos similares a los acontecidos cuando alguien desarrolla una relación de dependencia con una sustancia psicoactiva. Esto, debido a la traslación del paradigma hegemónico sobre las drogas, desarrolla dinámicas de estigma y evitación hacia el juego que varían en intensidad según el contexto, la vivencia personal e influencia del grupo de iguales, siempre camuflado bajo la salvaguarda de lo saludable. Este fenómeno subraya la necesidad de implementar acciones formativas que proporcionen información objetiva sobre los posibles riesgos y daños asociados al juego, con el fin de contrarrestar su normalización y las dinámicas estigmatizantes relacionadas, como estrategia preventiva.

Así que, sustentándose en el análisis anterior, el equipo de investigación considera de vital importancia la creación en el Real Sitio de un espacio de guía y consulta tanto sobre la problemática del juego, como para el resto de las realidades vinculadas a las adicciones. Ese será coordinado por una persona profesional experta en la materia, la cual no sólo servirá de referente informativo en esta materia para el vecindario del municipio, sino que hará lo propio con las personas profesionales y proyectos vinculados con la fenomenología estudiada.

Este espacio proporcionará asesoría y actividades pertinentes sobre las adicciones, con el objetivo de poner fin a la invisibilidad tanto de la problemática del juego como de su estigma. Talleres, charlas, entre otras iniciativas, serán fundamentales no solo para desarrollar un enfoque preventivo centrado en la gestión de los posibles riesgos asociados a este fenómeno, sino también para promover acciones orientadas hacia un uso responsable.

NUEVAS TECNOLOGÍAS.

Vivimos en una sociedad que constantemente incorpora en el día a día avances a nivel tecnológico, los cuales influyen en el flujo, tipo y manera de consumir información, sirviendo de ejemplo los cambios producidos por la creación del primer ordenador IBM, la llegada de internet, el teléfono móvil, etc. Este período, llamado “revolución informática”, abarca desde mediados del siglo XX hasta nuestros días, presentando como características importantes la gran capacidad de cambio y mejora de la tecnología y el impacto que esta provoca en los ámbitos de la vida. Esta dinámica fue enunciada en la Ley de Moore: *“la complejidad de los circuitos integrados se duplicaría cada año con una reducción de costo conmensurable”*. Esto provoca gran proliferación tecnológica en ciertas partes del mundo, propiciando no sólo cambios a nivel tecnológico/social sino un aumento tanto en la velocidad con la que se produce como en las desigualdades sociales asociadas a él. La vertiginosidad acontecida por estos cambios provoca que el acceso a la tecnología, información y conocimiento no sea igualitario no

sólo en el ámbito sociocultural, sino que, dentro de este, se desarrollan también diferencias que provocan la llamada “brecha digital⁶⁰”.

Este fenómeno, utilizado en la cotidianeidad, puede provocar la aparición de ciertas problemáticas relacionadas con las adicciones como el desarrollo de una relación de dependencia sustentada en la compulsividad, el tiempo dedicado a ellas y la aparición de episodios similares al síndrome de abstinencia ante su abandono. Actualmente, esta realidad sufre un proceso similar al de otras adicciones, al aplicar sobre ella la lógica de “*el problema de la droga*” como estrategia preventiva. La principal diferencia existente es que, el fenómeno que centra este epígrafe sufre un proceso de legitimación social al formar parte de las herramientas de reproducción de la lógica capitalista provocando, de manera similar a lo presentado en el apartado de juego patológico, la existencia de una contradicción social entre el incentivo de este y su estigma según el contexto y quien lo utilice.

A pesar de la anterior evidencia, el estudio de la tecnología como una posible fuente de relaciones de dependencia, es complicado debido a su gran velocidad de cambio y a la inexistencia de un número de casos que hayan desarrollado este padecer lo suficientemente importante para dotar de evidencia a esta realidad. Actualmente, han comenzado a participar disciplinas y paradigmas en este debate que no sólo discrepan sobre la consolidación de la adicción a las nuevas tecnologías como una entidad clínica, sino que disienten de la existencia del fenómeno como se define actualmente. La tecnología es neutral; es el ser humano quien determina tanto su uso como la interpretación que se le da. Es innegable que el uso excesivo puede llevar al desarrollo de ciertos trastornos, pero no debemos atribuirle la responsabilidad de estos problemas, ya que estos surgen del comportamiento humano. Similar a lo que ocurre con las adicciones, etiquetar a alguien como enfermo por su uso tecnológico le proporciona un marco explicativo y un camino hacia la recuperación, convirtiéndolo en un elemento operativo dentro de nuestra sociedad.

Según la ENA actual, se establecen criterios diagnósticos similares a los utilizados para otras adicciones sin sustancia, como el juego patológico, para identificar a las personas con trastorno de adicción a las nuevas tecnologías.

Según el DSM-V:

1. Necesidad constante del uso de teléfonos móviles, tabletas, internet, redes sociales...
2. Inquietud o irritabilidad cuando se intenta reducir o resulta imposible su utilización.

⁶⁰ Este concepto hace referencia a la desigualdad existente entre personas que pueden tener acceso o conocimiento a las nuevas tecnologías y las que no. Estas diferencias se producen tanto en el acceso a nuevos equipamientos (primera brecha digital), como en la utilización/comprensión de las que ya se encuentran en nuestro contexto (segunda brecha digital).

3. Fracasos repetidos en los esfuerzos para controlar, reducir o abandonar su utilización.
4. Utilización de estos dispositivos o presencia en las redes sociales como vía de escape de los problemas o de alivio del malestar emocional.
5. Ocultar y mentir sobre la importancia de estos dispositivos y herramientas en su vida.
6. Poner en peligro o perder relaciones personales importantes, trabajos o una carrera académica o profesional por su causa.
7. Dificultades económicas por la compra de estos artículos u otras adquisiciones online.

Según la CIE 11:

1. Control deficiente sobre el uso de estos dispositivos y herramientas (inicio, frecuencia, intensidad, duración, finalización, contexto).
2. Aumento de la prioridad otorgada al uso de estos en la medida en que este uso tiene preferencia sobre otros intereses de la vida y las actividades diarias.
3. Continuación o escalada del tiempo de uso, a pesar de ocurrir consecuencias negativas.

Además:

- El patrón de comportamiento tiene que ser de suficiente gravedad como para causar un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.
- El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente.
- El comportamiento y otras características son normalmente evidentes durante un período de al menos 12 meses para que se asigne un diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

USO COMPULSIVO DE INTERNET.

Introducción:

Se conoce por INTERNET al conjunto de redes de comunicación interconectadas y descentralizadas, que utilizan para dicho fin una familia de protocolos concreta: TCP/IP. Esto garantiza que todas las redes físicas que la componen conformen una única de alcance mundial. Sus orígenes se datan sobre 1969, año en el que se generó la primera red de ordenadores conectados entre 3 universidades estadounidenses conocida como ARPANET. El uso de esta tecnología, rápidamente se diversifica por

todo el hemisferio norte durante la década de los años 90 del siglo pasado. Para, a partir del año 2000, globalizarse llegando a prácticamente todos los rincones del mundo.

En la actualidad, este fenómeno se ha integrado en numerosos aspectos de la vida cotidiana, caracterizándose por su inmediatez, accesibilidad y alcance global. Aunque esta normalización del uso de la tecnología conlleva mejoras significativas, también puede facilitar la aparición de riesgos asociados. Así como nadie utiliza un cajero automático sin tomar medidas de seguridad (como cubrir el PIN), el uso de Internet requiere aprender pautas para minimizar posibles problemas o incidentes considerados peligrosos socialmente en este entorno. Sin embargo, al igual que en el ejemplo anterior, estas "buenas prácticas" no garantizan una seguridad absoluta.

¿Por qué esta tecnología no es interpretada como el ejemplo del cajero? ¿Por qué en casos como el del cajero, si sucede alguna desgracia, la responsabilidad es del usuario y no del dispositivo, cosa que sí sucede con la tecnología? Definir el uso excesivo de internet y otras tecnologías como una enfermedad, posiciona al individuo como un ente pasivo sin responsabilidad total respecto a sus actos y susceptible de recibir atención. Este choca con el proceso de instrumentalización que el sistema capitalista y las políticas neoliberales han vinculado a esta tecnología, la cual no sólo es vista como algo necesario, sino es un elemento reproductor de las anteriores lógicas económicas. Esta situación ha creado una contradicción social, donde lo que es médicamente desalentado al aplicar la lógica de intervención de las adicciones con sustancia, entra en conflicto con los intereses capitalistas que promueven su uso. Esto ha generado una divergencia de posturas teóricas que se reflejan y se integran metafóricamente en las percepciones de la población. Como hemos observado en los discursos recogidos, esto ha causado considerable confusión entre los residentes del Real Sitio.

A pesar de que varios tipos de dispositivos pueden conectarse a internet y de que ni el DSM ni la CIE dotan al fenómeno de relevancia para hablar de él como un trastorno con entidad clínica propia, el síndrome de adicción a internet nació en 1996 cuando Young presentó un trabajo llamado "*Internet addiction: The emergence of a new disorder*" en el congreso de la American Psychological Association, sentando las bases de un fenómeno sobre el cual todavía se debate. Actualmente, la definición más aceptada se caracteriza por: "*tiempos de conexión muy prolongados con fines recreativos a lo largo del día, que pueden llevar a la persona a descuidar otras áreas importantes de su vida como: el trabajo, las relaciones sociales, alimentación, descanso, etc.*" (Cia, 2013).

Esta merece ser reflexionada, ya que vincular el diagnóstico de un trastorno al tipo de uso, tiempo y el contexto en el que aplique no sólo sesga la realidad, sino que evidencia cierta intencionalidad en esta toma de decisiones. Al igual que un fármaco fuera del ámbito sanitario es considerado una droga, internet utilizado lejos de los contextos y formas toleradas por nuestra sociedad actual, recibe una negativización similar.

Datos España y Castilla- León:

Según los datos de la **“Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los Hogares”**, en 2022 el acceso a Internet se generaliza en España donde el 96% de los hogares dispone de banda ancha; el 94,5% de la población de 16 a 74 años ha usado Internet en los tres últimos meses; el 55,3% ha comprado en la red en el anterior tramo temporal; el 14,0% de las personas teletrabaja durante la semana anterior a la entrevista. Las actividades más realizadas son las relacionadas con la comunicación: el 90% de las personas utiliza la mensajería instantánea, el 79% el correo electrónico y el 76% las llamadas y videollamadas; etc. Números que presentan cómo esta tecnología se ha incorporado al día a día de la realidad española.

El uso problemático de Internet ha evolucionado desde ser considerado un trastorno por déficit de control de impulsos hasta ser conceptualizado como una adicción sin sustancia, aunque por ahora solo a nivel discursivo. La razón por la cual aún no se ha incluido este fenómeno en el DSM y la CIE es la falta de evidencia científica al respecto. Esto, a nivel estatal, se está tratando de paliar con la inclusión en ESTUDES desde 2104 y en EDADES desde 2015, de módulos de preguntas que tratan de conseguir información sobre este padecer, usando para ello la The Compulsive internet Use Scale⁶¹.

Para EDADES 2022, aunque el fenómeno no se entiende como adicción, tiene interés monitorizarlo.

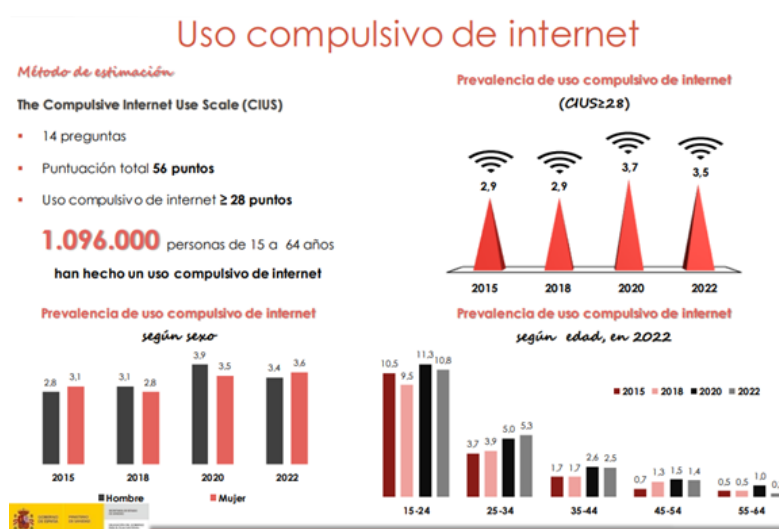


Figura 167. Gráficos de prevalencia de uso compulsivo de internet en población de 15-64 años según edad y sexo. España 2015, 2028, 2020, 2022. Fuente: EDADES 2022.

Según esta encuesta, más de un millón de personas españolas dicen hacer un uso compulsivo de internet (CIUS ≥ 28 puntos). Con relación al sexo, la utilización es prácticamente igual en mujeres que

⁶¹ Es una escala validada, a través de la cual se puede detectar de manera precoz los posibles usos de riesgo de internet. Para su diagnóstico, el individuo debe sacar una puntuación mayor o igual a 28 sobre un total de 56.

en hombres (3,6% y 3,4% respectivamente). Además, se aprecia un ligero descenso en el indicador que ellos definen como uso compulsivo, bajando del 3,7% en 2020 al 3,5% en el 2022.

Con respecto a los datos presentados en ESTUDES 2021, las personas estudiantes españolas de 14-18 años presentan un CIUS ≥ 28 puntos. Según esta encuesta el 23,5% tendrían un uso compulsivo de internet, aumentando considerablemente respecto al 20% de 2019.

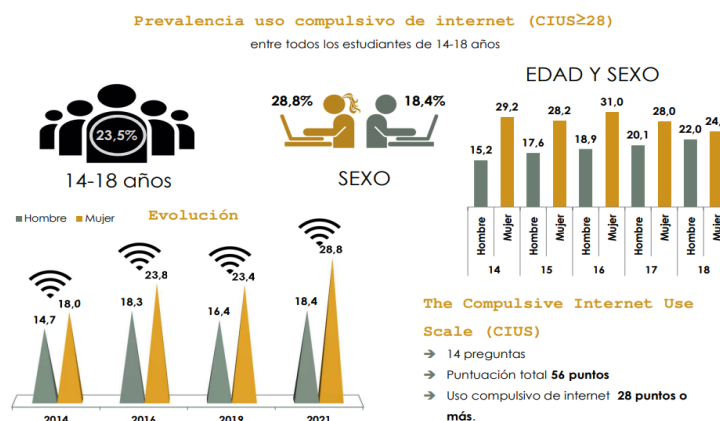


Figura 168. Gráficos de prevalencia de uso compulsivo de internet en población estudiantil de Enseñanzas Secundarias de 14-18, según edad y sexo. España 2014, 2016, 2019, 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Por sexos, el 28,8% de las mujeres desarrollan esta problemática frente al 18,4% de los varones. Se advierte un mayor aumento de la prevalencia entre las chicas (28,8% en 2021 y 23,4% en 2019) que entre los chicos (18,4% en 2021 y 16,4% en 2019), esto también sucede en edades más tempranas.

Centrándonos en los datos **castellanoleoneses**, ESTUDES 2021 presenta como el 21,1% de sus estudiantes de 14 a 18 años evidencian una utilización compulsiva de Internet.

Esta es superior en las chicas (25,5%) que en los chicos (16,8%), aumentando de los 14 a los 16 años, para descender ligeramente a los 17 y volver a repuntar a los 18 años.

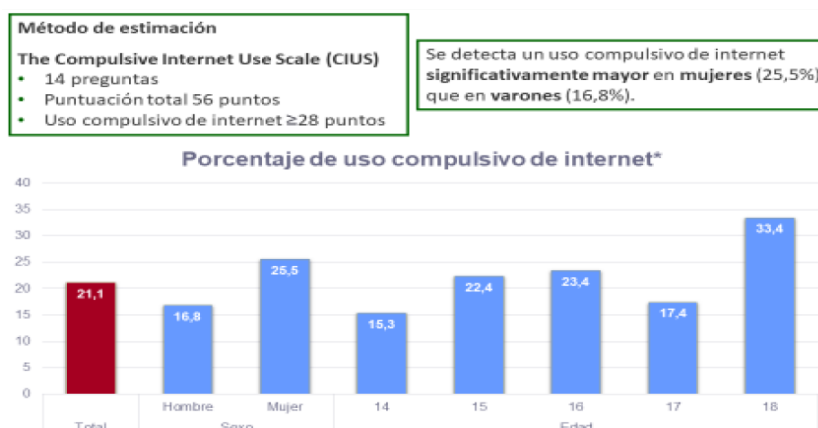


Figura 169. Gráfico de prevalencia de uso compulsivo de internet en población estudiantil de Enseñanzas Secundarias de 14-18, según edad y sexo. Castilla y León 2021. Fuente: ESTUDES 2021.

El uso compulsivo de Internet valorado a través de la escala CIUS, ha aumentado entre 2018 y 2020 en 4 puntos porcentuales en la comunidad analizada, tanto en los chicos como en las chicas y especialmente, en alumnos de 18 años. A pesar de todo, los datos de este fenómeno en Castilla y León son inferiores a la media nacional, tanto para el conjunto de la muestra como por sexo.

Si analizamos ahora los resultados de EDADES de Castilla y León, el 4,1% de la población de 15 a 64 años de Castilla y León hace un posible uso compulsivo de internet. Este es mayor en hombres (4,4%) que en mujeres (3,8%), aunque sin diferencias significativas.

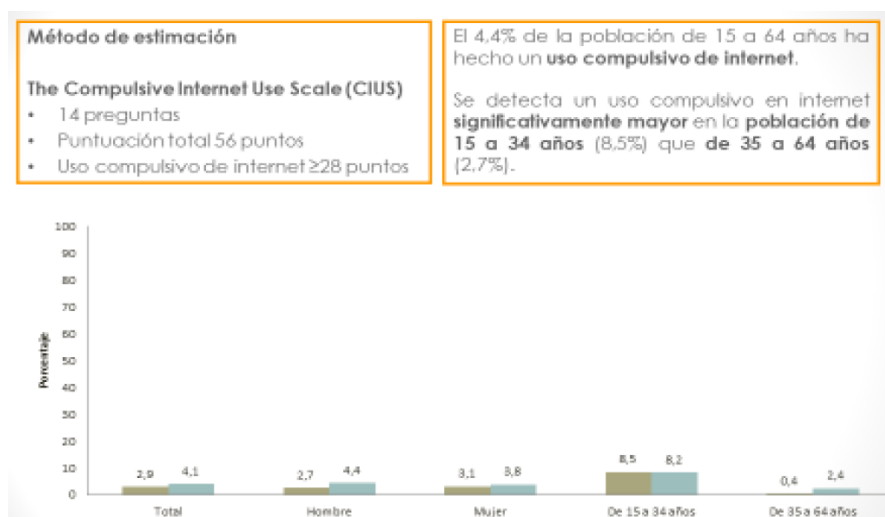


Figura 170. Gráfico de prevalencia de uso compulsivo de internet en población de 15-64 años, “alguna vez en la vida”, según edad. España y León 2022. Fuente: EDADES 2022.

Por grupo de edad, es significativamente mayor en personas de 15 a 34 años (8,2%) que en aquellas de 35 a 64 años (2,4%). Respecto a la encuesta anterior (2,9%), el uso compulsivo de internet ha aumentado un 1 punto situándose por encima de la media nacional.

Percepción vecindario:

Los datos antes señalados reflejan cómo, actualmente, ciertos usos de internet caracterizados por su reiteración, tanto sincrónica como diacrónica, empiezan a interpretarse en términos de padecer.

“Adicciones dices... Pues en el pueblo... Mucha cocaína, alcohol y otras drogas”. (Adulto 43 años).

Igual a lo presentado sobre juego patológico, la percepción del riesgo vinculada a las nuevas tecnologías y al desarrollo de una dependencia es casi inexistente en nuestro ámbito de estudio.

“¿Un estudio de adicciones...? ¡Anda que no tienes trabajo! Aquí ya sabes, lo típico. ¡La gente se mete muchas cosas!” (Joven 25 años).

Al preguntar sobre las problemáticas vinculadas a las adicciones en el Real Sitio, ninguno de las personas entrevistadas incluyó al uso compulsivo de internet en sus respuestas.

“¿Adicción a internet? ¿Eso existe...?” (Joven 23 años).

Las grandes disciplinas científicas no llegan a un consenso sobre la etiología del uso compulsivo de internet, fenómeno que los agentes sociales reproducen en sus discursos.

“¿Así? Bueno, no sé si existe realmente adicción a internet o no. ¡Es difícil de saber! (Adulto 36 años).

La cita anterior refleja la complejidad inherente en categorizar la tecnología como una enfermedad. Internet y las nuevas tecnologías han ganado rápidamente prominencia en el estilo de vida occidental, impulsadas por intereses económicos, políticos, y otros, lo que ha normalizado y fomentado su uso entre diversos agentes sociales. Este fenómeno ha sido capitalizado y se ha convertido en un motor de la lógica capitalista, incentivando un consumo creciente. La falta de estrategias generalizadas para un uso responsable propicia que algunos individuos puedan desarrollar riesgos, incluida la posible dependencia.

“He escuchado eso en la tele de que se puede uno enganchar, pero es o de jóvenes. ¿No? Aquí en el pueblo hay de eso...”. (Adulto 43 años).

En un intento de “controlar” esta situación, el fenómeno se ha comenzado a interpretar como una enfermedad. Proceso que, lejos de resultar algo novedoso, deviene del resultado de trasladar el mismo paradigma interpretativo vinculado a las adicciones con sustancias a cuestiones conductuales como es el uso compulsivo de internet. Así pues, la prevención relacionada con este fenómeno se ha centrado en generar arquetipos estigmatizados que vinculan unívocamente su uso con una relación de dependencia, invisibilizando otras posibilidades intermedias. Aunque la diferencia existente en nuestra sociedad entre las adicciones sin y con sustancia es que muchos de los fenómenos vinculados con las primeras ocupan un papel destacado en ella, propiciando la aparición de una gran contradicción: algunos usos de este tipo de tecnología son estigmatizados y otros son incentivados.

“Cierto. La gente ahora, también se engancha a internet. Pero digo yo... ¿Es bueno o malo su uso?” (Joven 23).

Esta contradicción, más pronunciada en este caso que en el juego patológico, queda reflejada tanto en el discurso de la población en general del Real Sitio, como en sus demandas de intervención.

“No termino de entender... Me dicen que lo use, pero luego que no... Además, ¿qué hago si me engancha a ello?” (Joven 24 años).

De manera similar a lo ya presentado en otros epígrafes, sólo cuando el equipo investigador preguntó directamente por el fenómeno del uso patológico de internet, las personas entrevistadas del Real Sitio incorporaron estas realidades a su discurso sobre la problemática de las adicciones

“Internet... ¡Eso sí que es un peligro...! No lo había pensado”. (Adulto 46 años).

La introducción de la categoría durante la interacción con los informantes resalta el fenómeno, el cual se interpreta de manera análoga a las adicciones con sustancia mediante la transferencia del paradigma del "problema de la droga" a ciertos usos específicos de internet. En el Real Sitio, la atribución de significado al uso compulsivo de internet es un proceso influenciado no solo por dinámicas generales como el debate disciplinario sobre el fenómeno y su fomento como componente central del capitalismo, sino también por factores locales que complican aún más esta situación.

“Eso de internet es algo de los chavales y de gente de fuera... ¡Aquí no verás a nadie del pueblo de mi edad enganchado a ella, por ejemplo!” (Adulto 43 años).

El anterior verbatim presenta dos procesos que caracterizan la interpretación que el Real Sitio tiene sobre el uso de internet: el cambio generacional y la modernización. Los cuáles serán desarrollados en el siguiente apartado

Situación actual:

La falta de consenso generalizado respecto al fenómeno analizado se permeabiliza en los discursos de la población del Real Sitio.

“¿El uso de internet da problemas? ¿De verdad pasa en el pueblo?” (Adulto 39 años).

Además, los numerosos intereses económicos involucrados propician la creación e implementación de dinámicas que normalizan, incentivan e invisibilizan muchos de los posibles riesgos asociados con el uso compulsivo de esta tecnología.

“Sé que hay gente con problemas con internet... Pero... ¿eso es una adicción?” (Joven de 23 años).

Esta situación entra en conflicto con la interpretación en forma de enfermedad que gran cantidad de áreas de conocimiento actuales manejan sobre ciertos comportamientos vinculados a internet. Aspecto que, además de patologizar segmentos de la vida cotidiana, genera estigma y reduce la gran cantidad de patrones y realidades asociadas al uso de internet a una explicación bipolar: uso/abuso.

“Si estás todo el día con el móvil, vas a terminar enganchado seguro”. (Joven 22 años).

Esto, lejos de generar beneficio a la población que convive con esta tecnología dificulta su comprensión, quedando reflejada en falta de consenso interventivo y conceptual, errores interpretativos, etc. Es por esto que, el vecino del Real Sitio no posiciona en el mismo nivel significativo, en un principio, aquellas relaciones con internet estipuladas socialmente como patológicas y las adicciones con sustancias.

“¿Adicción a internet? [Piensa un rato]. ¡Sí claro! Lo que les pasa a los jóvenes que están todo el día con el teléfono, el ordenador, etc.”. (Adulto 47 años).

La dinámica cambia cuando el investigador aborda directamente el tema de la adicción a Internet durante las interacciones con el vecindario, lo cual afecta notablemente las respuestas recibidas.

“Cierto. La adicción a internet antes no pasaba. Los jóvenes y la manera de vivir de ahora se están cargando todo”. (Adulto 45 años).

En este caso, el vecindario del Real Sitio interpreta el trastorno estudiado en este epígrafe mediante una traslación del discurso hegemónico sobre las adicciones con sustancia: compulsividad, dependencia, tolerancia, etc.

“Pues yo creo que es aquel que todos los días a todas horas está conectado. No sabe hacer nada sin este tipo de tecnología”. (Joven 22 años).

Cuando este fenómeno es así verbalizado, será considerado como patológico con todo lo que ello supone: estigma, susceptibilidad de atención, etc.

“Pues la verdad es que la gente con este tipo de problemas está enganchada, en plan, no puede hacer otra cosa, tiene abstinencia, etc.”. (Adulto 36 años).

Además, cuando preguntamos directamente sobre la problemática de las adicciones a internet en el Real Sitio, la mayoría de los discursos recogidos la relacionaron con dos realidades a dos realidades concretas: los **jóvenes** y la **gente no residente en el municipio**.

“Internet es cosas de jóvenes Diego. Yo creo que los adultos no lo usan casi. Siendo estos los que se pueden enganchar a esto”. (Adulto 47 años).

A pesar de que las nuevas tecnologías e internet están presentes en el día a día de gran parte de las personas del municipio, relacionar su uso compulsivo con la juventud evidencia una estrategia de resistencia al cambio generacional más que una característica propia del fenómeno.

“Es verdad. ¡Es una puta droga! Los chicos están todo el día dándole a la maquinita”. (Adulto 45 años).

Entender el uso de Internet desde un enfoque abstencionista no solo estigmatiza las relaciones con esta tecnología y otras similares, sino también a quienes las utilizan. En el contexto que estamos examinando, se asume que los jóvenes son los principales usuarios, por lo que serán los más afectados por el estigma y la prohibición.

“Se engancharán como a la droga, los que usen. ¿No?” (Adulto 49 años).

El rápido avance tecnológico y la brecha digital en el municipio estudiado son fenómenos que están impulsando cambios significativos. Sin embargo, estos cambios también están siendo utilizados para desacreditar ciertos usos de Internet por parte de los jóvenes mediante su penalización

“Muchas horas jugando en Internet... ¿Y las calles? No salen”. (Adulto 39 años).

Esta situación ha de ser entendida como una estrategia que, metafóricamente, evidencia procesos de resistencia al cambio generacional y no como una representación real de la realidad.

La otra categoría que apareció en los discursos registrados durante la recogida de datos en el Real Sitio fue la referida al uso internet como algo no perteneciente a las dinámicas propias del municipio.

“La Granja es campo. Son los jardines... El tema de internet y la locura para engancharse a él, es de la ciudad...”. (Adulto 45 años).

Muchas de las historias recogidas aquí sobre la adicción a Internet relacionan este fenómeno con un estilo de vida que contrasta con el que se practica localmente.

“Aquí se usa, obviamente... Pero creo que menos que en la gran ciudad... ¡Eso hace que no te enganches!” (Adulto 40 años).

La cita anterior sugiere que Internet no centraliza las dinámicas del Real Sitio, aunque estas respuestas, considerando los usos reales que ocurren aquí, deben interpretarse como parte de un conjunto de procesos de resistencia a la modernización.

“En las ciudades dan clases por internet, compran todo por internet, etc. Algo influirá para que la gente esté más enganchada ahí, digo yo”. (Joven 22 años).

Estos condicionantes del Real Sitio, junto a la contradicción producida por la influencia de fenómenos de normalización y patologización, generan una percepción concreta respecto al uso compulsivo de internet: la no existencia de problemáticas relacionadas a este, salvo cuando se vincula a las personas más jóvenes del municipio y/o dinámicas de cambio relacionadas con la modernidad. Este marco interpretativo no sólo sesga la visión sobre el uso compulsivo de internet al invisibilizar otros tipo de relaciones, sino que provoca la ocultación de personas que pueden desarrollar una relación de dependencia con ella por miedo al estigma y la sanción.

“Yo conozco a un amigo que pasa muchas horas conectado, pero no dice nada para que la gente no piense que está enganchado”. (Joven 23 años).

De manera similar al uso del término "ludo" explicado anteriormente, definir a alguien en el Real Sitio como adicto a Internet no refleja tanto una patología subyacente como un juicio subjetivo sobre la cantidad de horas que dedica a esta tecnología, intentando así controlar el fenómeno que centra este apartado.

“Este sí que es un adicto a internet. Está todo el día en su casa jugando nada más”. (Adulto 43 años).

Finalmente, destacamos que la particular percepción que tiene el Real Sitio sobre la adicción a Internet, sustentada en un sincretismo contextual de dinámicas locales y generales, plantea demandas específicas de intervención que detallaremos más adelante.

Sugerencias vecinales:

Los procesos de invisibilización, normalización y estigmatización a nivel general en relación con el uso problemático de Internet, junto con las dinámicas locales de resistencia como respuesta a los cambios sociales mencionados anteriormente, contribuyen a la baja percepción del riesgo que los habitantes del Real Sitio tienen respecto a esta problemática.

Diego: *¿Cuáles son las principales problemáticas vinculadas con las adicciones que existen en el Real Sitio?*

Entrevistado: *Pues..., espera que piense... ¡La coca, el alcohol y los porros! ¡Es alucinante lo que se consume en el pueblo!*

Diego: *¿Sólo eso?*

Entrevistado: *Bueno... Supongo que también otras drogas, como el M, están pegado fuerte...*

Diego: *Y otras cosas... Tipo el juego, internet, etc.*

Entrevistado: *Es verdad... Esas son iguales que las putas drogas... ¡Si también hay que hacer algo con ellas!*

(Entrevista Joven 21 años)

Esta realidad influye en el imaginario social sobre el uso problemático de internet y por ende en las demandas de intervención sugeridas por la población del municipio analizado.

“¿Adicción a internet? ¿Eso existe? ¿En el pueblo? Si es así, hay que tratarlas como si fueran adicciones normales ¿no?” (Joven 23 años).

Cuando una conducta se aparta del uso considerado normal y se vincula al fenómeno de las drogas, la aplicación de un modelo interpretativo sobre estas situaciones propicia que las demandas emitidas por la población del Real Sitio se fundamenten en términos tanto punitivos como penales.

Diego: *Si el ayuntamiento tuviera que hacer algo respecto al uso problemático de internet por parte de la población del Real Sitio, ¿qué le sugerirías?*

Entrevistado: *Buff... ¡Qué difícil lo que me preguntas Diego! Bueno... Creo que en el pueblo no estamos todo el día conectado como pasa en las ciudades grandes... Así que el problema es mucho menor... Además, está muy focalizado.*

Diego: *Pero... ¿Cómo lo harías?*

Entrevistado: *Pues como con otras adicciones... ¡Médicos y mano dura! Es la única manera de que esto no se vaya de las manos.*

(Entrevista adulto 40 años)

Este posicionamiento genera dinámicas de invisibilización de otras formas de relacionarse con internet, las cuales también pueden necesitar intervención.

“Si de verdad hay un problema con internet, hay que enseñar a usarlo. Eso sí, también algo de mano dura con quienes se flipen con ello”. (Adulto 35 años).

Las peticiones registradas se enfocaron en retrasar e impedir el inicio de lo que localmente se considera como un uso problemático de internet, así como en proporcionar información para promover un uso más seguro de esta tecnología.

“Creo que esta adicción no es algo propio del pueblo... más bien de gente más joven y de sitios más... modernos”. (Adulto 39 años).

Debido a las dinámicas sociales ya presentadas, las intervenciones fueron focalizadas en aquellos colectivos cuyo uso de internet es significado como más peligroso para el Real Sitio: los jóvenes debido al cambio generacional que ejemplifican y los de fuera como símbolo de la modernización.

Acciones a llevar a cabo:

La situación presentada en los apartados sobre el uso problemático de internet en el Real Sitio evidencia la necesidad de implementar en él actividades de concienciación sobre los posibles riesgos vinculados al fenómeno, huyendo de moralismos y estigmatizaciones. Estas no sólo mostrarán los trastornos que pueden desarrollarse por su uso desmedido, sino que ofrecerán estrategias de uso responsable, aplicables a toda la población, que eviten desarrollar una relación de dependencia.

Si la interpretación del fenómeno se produce mediante la traslación del paradigma hegemónico sobre las drogas, se ocultarán y estigmatizan patrones de uso susceptibles de intervención no mostrados por miedo a la sanción. Así pues, con la realización de charlas, debates, trabajo con colectivos como “we2me⁶²”, etc., se implementará en el Real Sitio una estrategia centrada en el uso responsable de internet, la mitigación del estigma y el desarrollo de tomas de decisiones que generen la menor cantidad posible de riesgos. Estos espacios también serán utilizados para abordar tanto la reducción de la brecha digital como la resistencia a la modernización y al cambio generacional, aspectos que simbólicamente se relacionan con la percepción y las demandas de intervención presentadas por el vecindario del municipio analizado.

Con esta finalidad, consideramos de vital importancia la implementación en el Real Sitio de un espacio de investigación, análisis, reflexión, información y referencia, tanto para fenómeno de internet como de otras realidades análogas, que canalice todas demandas relacionadas con la realidad de las adicciones tanto sin sustancia como con ella. Este lugar será coordinado por un profesional con

⁶² Colectivo que centra su actividad en realizar talleres/charlas con el objetivo de que aquellos que asistan mejoren sus hábitos en el uso de la tecnología. <http://www.we2me.es/>

experiencia en la materia, adoptando una perspectiva inclusiva y preventiva, enfocada en la reducción de riesgos y daños, buscando superar el sesgo significativo e intervencionista que prevalece actualmente.

VIDEOJUEGOS.

Introducción:

La creación de este fenómeno suele datarse en la década de los '40 del siglo pasado cuando, tras el fin de la segunda gran guerra, se construyeron los primeros ordenadores. Al poco tiempo afloraron los primeros intentos de implementar programas lúdicos en esta tecnología, siendo inicialmente aplicaciones de ajedrez. En los años '60 aparecieron los primeros videojuegos (Pong, Galaxy Game), teniendo que esperar hasta los '70 para datar el inicio del desarrollo de lo que hoy en día conforma uno de los sectores más poderosos y beneficiosos de la actualidad: la industria del videojuego.

La capacidad adictiva de los videojuegos es un tema debatido ampliamente por diversas disciplinas científicas, medios de comunicación y la sociedad en general. Esta forma de tecnología tiene una gran base de usuarios, y aunque algunos pueden enfrentar ciertos riesgos, como el desarrollo de una dependencia, esta posibilidad es minoritaria. Sin embargo, la idea de que el uso de los videojuegos inevitablemente conduce a la adicción es falsa y tiende a ocultar y estigmatizar otras perspectivas.

El DSM-V, en el 2013, añadió el *“trastorno por juego en internet o gambling”* dentro de su Sección III⁶³. Según este, cuando una persona juega dinero por internet de manera compulsiva no desarrolla una relación de dependencia con el juego sino con el acto de apostar, siendo esta la diferencia entre el trastorno por *“gambling”* y por *“gaming”*. Así pues, según lo reseñado en este compendio, el *“Internet Gaming Disorder”*, trastorno que centra este epígrafe, se define como *“la participación recurrente y persistente durante muchas horas en videojuegos, normalmente grupales, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo”*. Este desorden se encuentra dentro de la sección sobre *“trastornos mentales, del comportamiento o del desarrollo neurológico”*. Esta categoría no incluye el uso excesivo de internet, de redes sociales o de pornografía online.

Este manual lo incluye en una sección junto a otros trastornos, pendientes de más estudios⁶⁴, y lo define con los siguientes criterios:

1. Preocupación por los juegos por Internet, los cuales pasan a ser la actividad dominante.
2. Síntomas de abstinencia cuando se impide jugar (irritabilidad, ansiedad o tristeza)

⁶³ Este apartado recoge aquellos posibles trastornos que requieren estudio posterior para ser incluidos en el manual, pero con suficiente notoriedad para comenzar a ser reflexionados.

⁶⁴ Los criterios enunciados, al no contar el trastorno por usos de videojuegos con una entidad propia dentro del DSM-V, parten tomados de los utilizados para diagnosticar el Gambling Disorder, pero orientados hacia esta nueva realidad.

3. Desarrollo de tolerancia: se necesitan cantidades mayores de tiempo para practicarlos.
4. Intentos fracasados para controlar la participación en los juegos de Internet.
5. Pérdida de interés en otros hobbies o aficiones y en otras formas de entretenimiento.
6. Uso continuo de juegos de Internet a pesar de conocer los problemas que generan.
7. Engañar a familiares, terapeutas, etc. respecto a las horas de juego por Internet que practica.
8. Uso de los juegos desarrollados, aunque su prevalencia creciente es universal por Internet para escapar o aliviar un humor negativo, por ejemplo: desesperanza, culpa o ansiedad.
9. Descuidar o perder relaciones significativas, empleo u oportunidades educativas o laborales debido a su participación en juegos por Internet.

En el año 2018, la OMS incluyó el “*trastorno por uso de videojuegos*” en la CIE-11. Esta decisión se basó en diferentes revisiones científicas sobre este padecer, las cuales reflejaron gran consenso a la hora de responder de manera positiva sobre su existencia. Así pues, este padecer se define según esta organización como *“un patrón de comportamiento de juego (digital o no, grupo o individual), caracterizado por un control deficiente sobre él. Situación que produce, además, un aumento de la prioridad dada a este fenómeno y su continuación sobre otras actividades e intereses diarios. A pesar de la ocurrencia de las consecuencias negativas que este mantenimiento puede desarrollar”*.

Para que a una persona se le diagnostique este trastorno, el patrón de comportamiento debe ser lo suficientemente severo como para generar:

1. Gran deterioro en el contexto personal, social, ocupacional, etc.
2. Deterioro sobre el control del juego: incluyéndose su inicio, frecuencia, intensidad, duración, finalización y contexto.
3. Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

Todos estos síntomas, han de aparecer como mínimo, durante un período de 12 meses.

Datos España y Castilla- León:

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 introdujo, dentro de sus ejes fundamentales de actuaciones, a las adicciones sin sustancia haciendo énfasis en los únicos tres fenómenos con reconocimiento científico: el juego con dinero (presencial y online), los videojuegos e internet.

Desde 2019, se optó por incorporar en ESTUDES una serie de preguntas relacionadas con el uso de videojuegos. Inicialmente, estas preguntas fueron de naturaleza general, abordando la prevalencia de su uso. Posteriormente, se introdujeron cuestiones basadas en los criterios establecidos por el DSM, diseñadas para identificar posibles trastornos asociados al uso de videojuegos. En 2021 esta encuesta mostró como el 85,1% de los estudiantes declaran haber jugado en los últimos 12 meses a videojuegos,

el 48,6% han jugado a Esports y el 37,7% han sido espectadores mientras otros jugaban. Por sexo, como en 2019, las tres actividades son más frecuentes entre los chicos que entre las chicas.

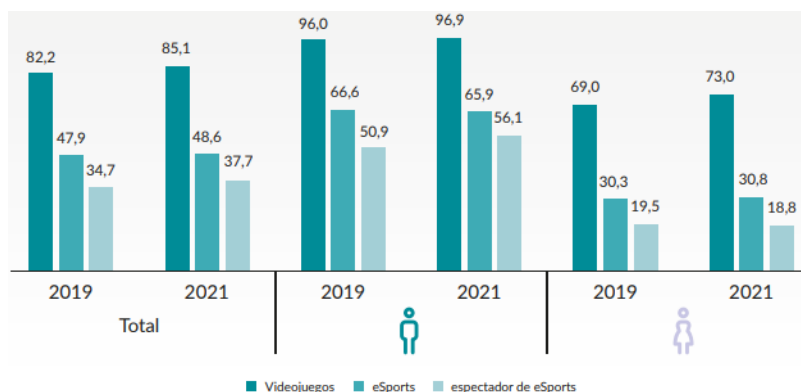


Figura 171. Gráficos porcentaje de uso de videojuegos, participación en Esports y visionado de estos en población estudiantil de Enseñanzas Secundarias por sexo. España 2019-2021 . Fuente: ESTUDES 2021.

Analizando la frecuencia de uso de videojuegos en 2021, 5 de cada 10 estudiantes que han jugado a videojuegos en el último año lo han hecho, al menos, semanalmente. Este dato es ligeramente superior al de 2019 (46,7%). En el lado opuesto, tenemos un 12,7% de los alumnos que han jugado como máximo 3 días al año.

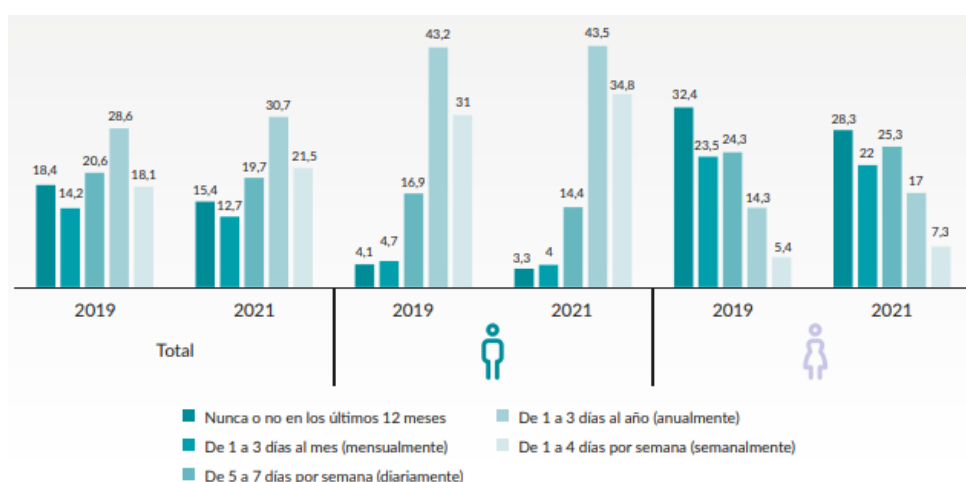


Figura 172. Gráficos de frecuencias de uso de videojuegos en población estudiantil de Enseñanzas Secundarias por sexo, en diferentes tramos temporales. España 2019-2021 . Fuente: ESTUDES 2021.

Por sexo, siguen siendo los hombres los que han utilizado los videojuegos con una mayor frecuencia en los últimos 12 meses. Por edad, se aprecia que la frecuencia de uso de videojuegos en los últimos 12 meses se reduce según aumenta la edad de los estudiantes. Al igual que ocurría en 2019, apreciamos como son los chicos los que dedican un mayor número de horas a jugar con los videojuegos y por edad a medida que aumenta la edad se reduce el tiempo de uso de los videojuegos.

	Total	Sexo		Edad				
		H	M	14	15	16	17	18
2019	6,1	10,4	1,9	7,5	6,5	5,3	5,5	5,9
2021	7,1	11,3	2,7	8,7	7,6	6,6	6,2	5,7
2023	5,1	7,7	2,5	5,8	5,1	4,9	4,6	5,9

Figura 173. Tabla de prevalencia de posible trastorno por uso de videojuegos (DSM-5 \geq 5 entre población estudiante de 14-18 años, según edad y sexo (%). España 2019-2021. Fuente: ESTUDES 2021.

Por sexo, son los hombres quienes tienen mayor posibilidad de sufrir trastorno por uso de videojuegos, a pesar de haber descendido este porcentaje frente al de 2021 (11,3% vs 7,7%).

Al analizar las prevalencias por edad, se ve un descenso generalizado respecto al año 2021 menos en el caso de los 18 años que se convierte en la edad con mayor posibilidad de trastorno por el uso de videojuegos, porcentaje similar al de 14 años (5,9% y 5,8% respectivamente).

El carácter novedoso y la vinculación a la juventud de este trastorno, hace que no tengamos datos ni de la encuesta EDADES, ni desagregados para la realidad de Castilla y León.

Percepción vecindario:

Los dos epígrafes anteriores revelan cómo ciertas conductas asociadas con los videojuegos están siendo patologizadas en la actualidad. Al igual que ocurrió con el juego y el internet, la emergencia de comportamientos marcados por la compulsividad con esta tecnología subraya dos puntos clave: la necesidad de un marco conceptual que dé significado a este fenómeno, y la interpretación de esta realidad como característica distintiva de las sociedades capitalistas contemporáneas. El mercado de los videojuegos, una importante fuente de ingresos en la actualidad representa una novedad dinámica para nuestro tiempo, atrayendo a grandes cantidades de personas que podrían desarrollar una relación de dependencia.

En el Real Sitio, la percepción del riesgo asociada con los videojuegos es similar a la observada en relación con el juego e internet: prácticamente no se menciona en sus discursos.

“Pues los problemas de adicciones en el pueblo... ¡Creo que lo típico! Alcohol, porros, cocaína...”.
(Adulto 45 años).

Ninguno de los agentes sociales preguntados/observados, incluyó esta categoría en sus narrativas al consultarles sobre la situación de las adicciones en el municipio.

“¿Adicciones...? Sí, creo que hay alguna, pero no creo que los videojuegos sean un problema... ¿o sí?”
(Adulto 38 años).

“No sé... Tengo amigos que no salen... Están todo el día jugando, pero, como va a ser malo algo que tiene tanto peso en el mundo actual”. (Joven 25 años).

Los verbatim anteriores reflejan tanto la falta de consenso científico para categorizar las relaciones con los videojuegos como una adicción, como la capitalización de este fenómeno. Actualmente, como estrategia de prevención impuesta por el modelo interpretativo dominante de las adicciones, se tiende a desaprobar las relaciones con los videojuegos, lo que genera contradicciones entre lo que fomenta la lógica capitalista y lo que se desaprueba desde el ámbito sanitario.

“He estado leyendo como últimamente muchos jóvenes están enganchados a los videojuegos. ¡No me extraña! ¡Con lo bien que se está tirando piedras en el campo!” (Adulto 47 años).

Patologizar ciertas conductas evidencia la intencionalidad de reducir al ámbito bio-sanitario fenómenos complejos y multifactoriales. En el caso de los videojuegos, se utiliza a modo de estrategia de prevención similar a la aplicada en el fenómeno de las adicciones con sustancias.

“Hay cosas que no las entiendo. Por un lado, hay que tener cuidado con los videojuegos. Que te puedes enganchar, que hay que hacer otras cosas, etc. Pero, por otro... Publicidad, revistas, dinero invertido... ¿Qué hay que hacer?” (Adulto 38 años).

La principal problemática, como sucede con el resto de las adicciones sin sustancias, es que la institucionalización de un modelo de intervención en adicciones centrado en la abstinencia choca tanto con grandes intereses capitalistas y, en este caso concreto, con el posicionamiento del videojuego como parte central del ocio. Esta controversia se ha acentuado aún más en gran parte de las sociedades occidentales con la aparición de los llamados Esports los cuales son un tipo de competición de videojuegos organizada o no por la empresa que los diseñó que congrega a jugadores profesionales, en la que se conceden premios en metálico para los ganadores, y donde se genera una gran audiencia ante un evento normalmente presencial (Martín y Pedrero, 2019). Este fenómeno, además de propiciar un nuevo nicho de ingresos, produce nuevos modelos generacionales para los más jóvenes al mostrar cómo, ciertas personas, pueden ganar gran cantidad de dinero y relevancia jugando algo denostado socialmente hasta hace poco: los videojuegos.



Figura 174. Imagen de una competición de Esport. España 2019-2023. Fuente: La Vanguardia.

En el Real Sitio, salvo en algunos discursos recogidos a la población más joven, se desconoce tanto la trascendencia como la magnitud de esta realidad, no apareciendo ninguna referencia en las narrativas recogidas sobre percepción del riesgo vinculada a los videojuegos relacionada con Esports.

Durante la investigación en el Real Sitio, no se recogieron narrativas sobre la problemática vinculada al uso de videojuegos ni sobre los Esports. El equipo investigador proporcionó información sobre esta realidad para contextualizar y ofrecer explicaciones a las personas participantes en el estudio.

Diego: Ahora, se está empezando a meter los videojuegos como elementos que pueden generar adicción en la gente... ¿Qué piensas tú de esto?

Entrevistado: *Es verdad... Esas son iguales que las putas drogas... Hay mucha gente se pillan por ello, ¿sabes?*

(Entrevista Joven 25 años).

La decisión epistemológica anterior, a pesar de reconocer el sesgo que podría generar, permitió explorar más a fondo el conocimiento existente en el municipio acerca de la problemática emergente del uso de videojuegos.

“¡Claro! ¡Los videojuegos! Pues yo creo que sí, Diego. Hay muchos chicos que no salen de casa para jugar a los videojuegos”. (Adulto 36 años).

La falta de discursos y la baja percepción del riesgo relacionada con este fenómeno, se vio modificada levemente al preguntar directamente por la relación entre esta forma de ocio y las adicciones.

“¡Cosas de chavales Diego! Ahhh y de los modernos de fuera. Esto aquí, como que no se ve tanto ...”. (Adulto 33 años).

A pesar del sesgo inherente, los discursos recogidos en el Real Sitio que relacionan el uso de videojuegos con fenómenos como las adicciones fueron escasos. Sin embargo, estos revelaron procesos clave para entender esta dinámica: la construcción de una relación unidireccional entre este problema, la población joven del municipio y la modernidad como forma de resistencia metafórica, y la adaptación del discurso hegemónico sobre las adicciones sin sustancia para su comprensión.

Situación actual:

Los cambios provocados por la incorporación de las nuevas tecnologías al estilo de vida de las sociedades actuales son un proceso cuyo análisis resulta de vital importancia para comprenderlas.

“Todo es un jaleo... Te dicen adicción a las nuevas tecnologías... ¡Pero luego dicen que sí al móvil! ¿En qué quedamos?” (Adulto 40 años).

Con respecto al fenómeno de las adicciones, observamos cómo importantes teóricos en este campo están empezando a categorizar como patológicos ciertos usos de las llamadas nuevas tecnologías, como internet, videojuegos y el uso de dispositivos móviles.

“Estar todo el día conectado al servicio de mensajería instantánea... ¿es adicción?” (Adulto 23 años).

Preguntas como las anteriores ponen de manifiesto cómo la rápida incorporación de las nuevas tecnologías a nuestras vidas, junto con su carácter innovador y su capacidad transformadora, han generado numerosas contradicciones en términos explicativos e intervencionistas. Esta compleja situación se refleja inevitablemente en los discursos de la población del municipio analizado.

“¿Adicción a internet? ¡Claro, la gente juega a los casinos en el móvil y en casa!” (Adulto 37 años).

Muchas de las personas entrevistadas mostraron confusión significativa en sus discursos al hablar sobre la adicción al juego, internet, etc., reflejando la falta de consenso y las contradicciones existentes a nivel general respecto a las tecnologías y los problemas asociados a ellas en la actualidad.

“Yo juego al [] por internet... Perdona que te pregunte Diego... Si juego mucho, ¿a qué me puedo enganchar?... ¿al videojuego? ¿Internet?” (Joven 23 años).

Esta situación se ve modificada cuando, dentro de la interacción con las personas interlocutoras, se introduce la relación entre videojuegos y adicciones.

“Si Diego. ¡Es verdad! Eso es muy grave. Aquí en el pueblo los jóvenes parecen yonkis todo el día jugando en casa, conectados todos y sin salir a la calle... ¡Qué pena!” (Adulto 41 años).

En este caso las narrativas recogidas mostraron la traslación del discurso hegemónico sobre las adicciones sin sustancia a la realidad del uso compulsivo de videojuegos.

“Yo creo que mi amigo [] tiene hasta mono cuando no juega. ¡Se tira horas jugando a la consola! A veces, hasta no duerme”. (Joven 20 años).

Este trasvase explicativo impone una serie de estrategias de prevención, tratamiento, etc., análogas a las desarrolladas para el fenómeno de las adicciones tradicionales.

“Es todo muy complicado... la verdad es que no tengo mucha idea, pero creo que es cierto que pueden ser tan perjudiciales como consumir heroína”. (Adulto 39 años).

Entonces, las características principales de la percepción sobre la problemática de los videojuegos en el Real Sitio de San Ildefonso son la falta de percepción del riesgo asociado a esta fenomenología y la consideración de esta tecnología como un problema cuando la persona investigadora menciona directamente los videojuegos y las adicciones en sus preguntas. Para entender la situación de los videojuegos en el municipio analizado, es crucial prestar atención a dos procesos que influyen en cómo

son percibidos por el vecindario: su asociación con los jóvenes del municipio y su papel central en un nuevo estilo de vida.

“Los videojuegos son para los jóvenes... ¿Quién va a jugar a eso teniendo campo en el pueblo? Luego no me extraña que se enganchen...”. (Adulto 45 años).

La gran mayoría de las ocasiones en que se abordó directamente la problemática de la adicción a los videojuegos, además de describirla en términos similares al "problema de las drogas", su uso fue asociado mayoritariamente con la población joven del municipio.

“Los videojuegos son cosas de gente de mi edad [le digo que yo también juego]. ¿Sí? Pues no lo parece”. (Joven 25 años).

Esta relación negativiza, más si cabe, ciertas conductas vinculadas al uso de videojuegos que van más allá de aquello pautado por el modelo hegemónico sobre adicciones, ya que vincula de manera artificial al fenómeno otras realidades como ejemplo simbólico de resistencia al cambio generacional.

“No lo entiendo... ¡Qué verán de divertido estar todo el día delante de una pantalla dando a los botones! ¡Son como yonkis! Con la de cosas que se pueden hacer hoy en día”. (Adulto 40 años).

Además, se observaron narrativas en las cuales se valora positivamente un tipo de entretenimiento tradicional, mientras que se tiende a negativizar aquel que es más moderno y está relacionado con el uso de videojuegos por parte de las personas más jóvenes.

“¡Quién necesita videojuegos teniendo montaña! ¿Quién? No les entiendo a los jóvenes y a los de la ciudad... parecen enfermitos todo el día con las máquinas liados”. (Adulto 48 años).

Esta situación refleja un acto de resistencia a diversos cambios acontecidos en el municipio estudiado: generacional, en el modelo de ocio, vinculado a la modernidad, etc. Estos procesos, los cuales están modificando parte del estilo de vida del Real Sitio, relegan ciertos fenómenos centrales a posiciones periféricas. Con lo que comprender los videojuegos de la manera que acabamos de mostrar responde más a la articulación de elementos de resistencia ante los cambios antes citados que a la propia realidad de este hecho (Fernández,2019)^B. Esto se ve acrecentado en un contexto como el estudiado, donde fenómenos como la brecha digital marcan más si cabe la relación del vecindario con este tipo de tecnología.

“Horas y horas con los videojuegos... ¡No tienen más cosas que hacer! Yo a sus años, estaba en la calle, jugaba al peón, etc.”. (Adulto 49 años).

Finalmente, podemos concluir que la percepción de la adicción a los videojuegos y las personas asociadas a este problema en el Real Sitio no se define por cumplir con los estándares del Modelo

Hegemónico sobre las adicciones, sino más bien por desafiar ciertos convencionalismos sociales construidos en el municipio analizado.

Sugerencias vecinales:

El uso problemático de videojuegos no generó recomendaciones de intervención por parte de los residentes del Real Sitio. Ninguna de las personas entrevistadas expresó la necesidad de implementar acciones específicas para abordar la problemática asociada al uso de videojuegos en sus narrativas.

“No creo que pase en el pueblo, ¿no?” (Joven 22 años).

Esta situación, por otro lado, resulta coherente con las ideas analizadas en este apartado. Ya que, si la población del Real Sitio tiene una ínfima percepción del riesgo respecto a este padecer, no argumenta propuestas de intervención para una problemática que no es percibida como tal.

“¿De verdad la gente se engancha a los videojuegos? ¿Y eso pasa en el pueblo?” (Adulto 48 años).

Este es uno de los motivos por los cuales muchas de las acciones propuestas en el siguiente apartado se enfocarán no solo en visibilizar esta problemática, sino en hacerlo sin estigmatizar el fenómeno, desafiando así la narrativa impuesta por el modelo hegemónico explicativo sobre las adicciones existente en la actualidad.

“Es verdad. ¡Estar todo el tiempo jugando es muy malo! Es como ser un yonki, pero sin meterte nada... ¡Yo creo que a veces es peor!” (Adulto 45 años).

Tras introducir, por parte de la persona investigadora, el fenómeno de la adicción a los videojuegos dentro de las preguntas de entrevista, los agentes sociales verbalizan esta problemática según las lógicas pautadas por el “problema de la droga”.

“Llevas razón... ¡Y eso que lo he visto por la tele! Hay gente que juega a los videojuegos y parece que les va la vida en ello. ¡Hay que controlarlo de alguna manera! ¡Mano dura!” (Joven 27 años).

La forma en que se comprende un fenómeno influye en el tipo de acciones solicitadas. Así, si en el Real Sitio el trastorno de uso de videojuegos se comprende de manera similar a las adicciones con sustancias, las demandas de intervención serán similares a las que se solicitan para estas.

“Entiendo que es algo complejo... Pero si nadie puede hacer algo... ¡Habrá que intervenir! El gobierno tendrá que hacer algo como otras drogas y perseguir ciertos usos. Por quées verdad que son como yonkis. Muchos de ellos tendrán que ir al especialista correspondiente, ¿no?” (Adulto 43 años).

Así pues, las personas residentes en el Real Sitio de San Ildefonso demandan estrategias que retrasen el inicio del uso de los videojuegos, siempre en términos de control relacionados con el posible desarrollo de una impulsividad asociada a esta conducta y de las horas de dedicación de juego en diversos ámbitos.

Acciones a llevar a cabo:

El uso de videojuegos, tecnología imbricada en procesos de modernización que han producido algunas de las modificaciones sociales más importantes en la actualidad, es un fenómeno que ocupa una centralidad tan grande, tanto en el sistema económico como en el ocio actual, que ha relegado a la periferia a otras formas de entretenimiento y negocio. Esta situación, influida por diferentes lógicas de resistencia locales del Real Sitio desarrolladas mediante procesos de cambio generacional y modernización, provoca tanto una percepción del riesgo baja sobre el uso de videojuegos como el bajo número de demandas de intervención vecinales.

Así pues, siendo coherentes con lo hasta aquí presentado, las principales propuestas sugeridas por el equipo de investigación con relación al uso problemático de videojuegos se centrarán en visibilizar e informar sobre la probabilidad de desarrollar ciertas relaciones problemáticas con esta tecnología, así como la existencia de otras alternativas de uso alejadas de esta patologización.

Con lo que, en un intento de responder a las necesidades específicas del municipio con relación al uso problemático de videojuegos, resulta de vital importancia la puesta en marcha de un espacio de investigación, análisis, reflexión, información, etc., sobre este fenómeno y otros análogos. Este contexto, coordinado por una persona profesional de probada experiencia en la materia, ejercerá como lugar de referencia para el fenómeno de las adicciones, ofreciendo sus servicios tanto a la totalidad de la población como a las personas profesionales que los soliciten.

Debates, talleres, charlas, etc., vinculadas al mundo del videojuego y abiertas a todo el vecindario, centrarán no sólo la actividad preventiva y de reducción de riesgos vinculadas a esta tecnología, sino que servirán para visibilizar y reducir el estigma de un fenómeno negativizado en el Real Sitio al estar vinculado a los procesos de cambio social antes citado. Toda esta batería interventiva se realizará partiendo desde una perspectiva de inclusión disciplinaria. Es decir, incluyendo en ella todo tipo de áreas de conocimiento, profesionales y posicionamientos teóricos relacionados con las adicciones, sin priorizar el abordaje del fenómeno desde la óptica psico-médica centrada en la abstinencia imperante de manera hegemónica en nuestra sociedad actual.

OTROS TRASTORNOS IMPULSIVOS DE LA CONDUCTA, VINCULADOS CON LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA.

Hoy en día, el debate sobre la clasificación de ciertas conductas como trastornos compulsivos, caracterizados por una persistencia en la acción a pesar de no ofrecer resultados gratificantes, o como adicciones cuya explicación se fundamenta en la relación entre el placer y los riesgos, de forma similar a lo provocado por ciertas sustancias psicoactivas, es un tema central en el estudio de estas problemáticas. Actualmente, la ciencia no se ha puesto de acuerdo sobre cómo tipificar estas

realidades, más si cabe, con la llegada de nuevas disciplinas, perfiles, etc., al fenómeno. Hoy en día sólo son considerados como adicciones sin sustancia por el DSM y la CIE el juego patológico, el uso compulsivo de internet/tecnología y el uso problemático de videojuegos, quedando fuera de esta significación algunos tipos de relaciones centradas en la compulsividad como las que se pueden producir con el sexo, las compras, el trabajo, la comida, el ejercicio físico, etc. Esta falta de consenso y evidencia genera contradicciones a nivel de prevención, tratamiento, reducción de riesgos y daños, etc., motivos que provocaron que no se profundizará en su estudio en la investigación llevada a cabo en el Real Sitio de San Ildefonso.

Aunque, a modo informativo, añadimos unos pequeños epígrafes sobre aquellos fenómenos que, de manera mayoritaria, se definen como adicciones sin sustancia sin serlo, ofreciendo información que, esperamos, sea de utilidad para aquellas personas que quieran adquirir conocimiento sobre ellos.

ADICCIÓN AL SEXO.

Introducción:

Entendemos por relación sexual al conjunto de prácticas y comportamientos realizados por al menos dos personas, cuyo objetivo central es el de dar/recibir placer sexual. Este fenómeno está conformado por múltiples creencias, motivaciones, expectativas, percepciones, finalidades, modos de actuación, etc., siempre influidas por el contexto sociocultural en el que son practicadas.

La masiva llegada tanto de la píldora anticonceptiva como del preservativo a la población no solo garantiza la libertad sexual, sino que también controla la procreación. Esto provocó que el acto sexual, al separarse de su función reproductiva, se colocara en el contexto del placer, convirtiéndose en un fin en sí mismo y no simplemente un medio para la reproducción. Esta transformación ha llevado a que la conducta sexual adquiere centralidad en nuestra cultura, generando la coexistencia de prácticas de disfrute y procreación, lo que conlleva contradicciones sociales asociadas según el contexto, los usos, las interpretaciones, entre otros factores.

Actualmente, para referirse a este fenómeno, desbancando el uso de *ninfomanía* y *satiriasis*⁶⁵, la comunidad científica usa el concepto de “*trastorno hipersexual*” (THS), aunque también se refieren a él mediante conceptos como “*adicción al sexo*”, “*sexo compulsivo*” o “*conducta hipersexualizada*”. Todos ellos se usan para nombrar a un trastorno definido por la OMS como “*un conjunto de conductas con formato repetido y de carácter compulsivo, dirigidas a obtener/satisfacer el deseo/placer vinculado*

⁶⁵ El primero de estos conceptos es un padecer exclusivamente femenino, caracterizado por alta libido y una obsesión sexual. Por su parte, la satiriasis era aplicada en aquellos hombres con un deseo exagerado por el sexo.

al contacto sexual". El acto sexual en sí mismo no *"alivia"* la necesidad, sino que la atenúa de manera transitoria, ya que con el paso del tiempo reaparecerá el sentimiento inicial.

El paradigma utilizado para comprender y fijar el itinerario terapéutico relacionado con la hipersexualidad es aquel que la presenta como una adicción, el cual es incorporado por la población general y los medios de comunicación a pesar de no contar con evidencia científica. Autores como Griffin-Shelley (1991), desarrollaron una serie de *"criterios"* que todo agente social debía cumplir para poder ser diagnosticado con trastorno hipersexual. Con lo que, para ser considerado como adicto al sexo, una persona de cumplir con tres de los siguientes estándares como mínimo.

- Buscar el colocón o colocarse, a través de la excitación sexual y el orgasmo.
- Tolerancia: la persona necesita aumentar frecuencia y cantidad para encontrar el grado de excitación deseado.
- Dependencia: la persona lo necesita para percibir que su vida se mantiene.
- Síndrome de abstinencia: cuando no se repite la conducta se presenta ansiedad, irritabilidad, sintomatología depresiva, etc.
- Obsesiones mediante fantasías y planes continuos de cómo llevar a cabo la conducta.
- Sensación de pérdida de control llegando a mantener una conducta compulsiva.
- Ocultación y afectación/cambios y múltiples facetas de su día a día.

Estos criterios resultan una traslación de la lógica diagnóstica de las adicciones con sustancia a la realidad de lo sexual. Situación que, además de reducir un fenómeno como el desarrollo de una relación de dependencia hacia las relaciones sexuales a la existencia de estos criterios, patologiza, invisibiliza y negativiza otras posibilidades sexuales las cuales no tienen por qué ser problemáticas. A pesar de todas las dudas, el THS se propuso en la agenda de trabajo de la DSM-5 (2004) por la APA como posible nuevo trastorno psiquiátrico. Aunque, finalmente, no se incluyó entre sus categorías por la falta de evidencia científica y el miedo a patologizar conductas *"normales"*.

Esta falta de consenso también aparece dentro de la OMS, ya que este padecer tampoco está recogido dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud. La CIE 11 introdujo, como ya hemos visto, por primera vez la denominación de **Trastornos por consumo de sustancias o conductas adictivas**, reservando la denominación **trastornos del control de impulsos** para otra variedad de comportamientos específicos: piromanía, robo, el comportamiento sexual y los arrebatos explosivos. Esta clasificación, define el desorden comportamiento sexual compulsivo como *"un patrón persistente de falla para controlar los deseos o impulsos sexuales intensos y repetitivos que resultan en un comportamiento sexual repetitivo"*, otorgando relevancia no sólo al número de parejas/encuentros sexuales, sino a la incidencia/modificación del estilo de vida.

La no inclusión del THS dentro de las categorías diagnósticas de las anteriores organizaciones provocan que los datos disponibles no sean fiables. A modo de ejemplo, Allen y Hollander (2010), exponen que, de la población general, un 5-6% desarrollará esta enfermedad y cómo los hombres presentan una mayor prevalencia de este trastorno que las mujeres. Estos datos han de ser tomados con cautela ya que esta desviación puede producirse por la mayor presión social existente contra la sexualidad femenina, sobre todo para aquella fuera de lo aceptado socialmente.

La adicción al sexo, al no ser considerada como tal, no forma parte de los fenómenos sobre los que interviene y analiza ni la Estrategia Nacional sobre Adicciones ni EDADES/ESTUDES, provocando la falta de datos precisos sobre ella tanto a nivel nacional como en sus diferentes divisiones territoriales.

A pesar de la falta de consenso académico sobre la adicción al sexo, existe una demanda clínica real para atender padeceres vinculados a esta problemática. Con lo que consideramos más que conveniente la realización de todo tipo de estudios sobre el fenómeno no sólo para determinar su posible prevalencia, sino para consensuar desde una postura holística e interseccional aquellas conductas que estarían definidas de esta manera y las que no.

ADICCIÓN A LAS COMPRAS.

Introducción:

Este fenómeno se comenzó a vislumbrar tras la llegada de una nueva forma de comercio vinculada a las **grandes superficies**. La aparición de estas, durante la segunda mitad del siglo XIX y principios de XX, no sólo se fomentó, acercó y generalizó formas de comprar novedosas, sino que propició la aparición de un contexto perfecto en el que surgieron nuevas problemáticas como la analizada en este apartado. La masificación y resignificación del acto de comprar, provocó la aparición de individuos cuya relación con este fenómeno se centró en la impulsividad, falta de control, etc., desarrollando ciertas conductas las cuales fueron significadas mediante la traslación del modelo interpretativo hegemónico de las adicciones con sustancia. Esto se vio agravado con la llegada de tecnologías como internet, los ordenadores personales, smartphones, etc., las cuales propician que el acto de comprar pueda desarrollarse de forma privada y anónima.

La compra compulsiva fue descrita por primera vez en el siglo XX por Kraepelin y Bleuler con el nombre de *"Oniomania"*. Para estos autores se trataba de *"un trastorno en el que la persona afectada siente un deseo irrefrenable por llevar a cabo dicha conducta, sin que exista una necesidad de base hacia aquello obtenido"*. La compulsividad, persistencia y otras características similares vinculadas a la acción de comprar durante largos períodos de tiempo, son sus principales características.

La falta de consenso sobre este fenómeno, sustentado en la debilidad académica que relaciona este padecer con los diferentes modelos significativos imperantes en el panorama interventivo actual,

influye en la inexistencia de una categoría diagnóstica diferenciada dentro de las dos grandes clasificaciones de referencia actuales: DSM-V y CIE 10. Hecho que, si bien no es lo suficientemente importante para negar el fenómeno, provoca multiplicidad de interpretaciones, modelos interventivos, etc. A pesar de esta falta de reconocimiento, el entorno psico-médico actual sí le ha otorgado entereza suficiente como ser entendida como una padecer identificable. Como ejemplo vamos a presentar la definición sobre la adicción a las compras de Ros et al (2012): *“aquella conducta vinculada con las compras caracterizada por la presencia de preocupación, impulsos y/o comportamientos desadaptativos de compra persistentes, que se experimentan como irresistibles e intrusivos, y ocasionan un perjuicio al individuo y/o otras personas de su entorno. Los episodios de compra son más frecuentes y duran más tiempo del planificado y habitualmente consisten en la adquisición de objetos que no se necesitan”*.

El diagnóstico, valoración y tratamiento del trastorno por compra compulsiva, se hace mediante la evaluación de ciertos comportamientos, su reiteración, prolongación en el tiempo y consecuencias. Este proceso se realiza mediante la aplicación de ciertos cuestionarios que recopilan información sobre la persona, entorno, etc., para, según la disciplina, desarrollar un proceso terapéutico, una interpretación, un modo de vivir el padecer, etc. A continuación, vamos a enumerar algunos instrumentos existentes para identificar casos de trastorno por compra compulsiva.

El *“Compulsive Buying Scale”*, creado por Faber y O’Guinn en 1992, es un cuestionario de 7 ítems que permite diferenciar entre compradores normales y compulsivos. Existe otro, construido por Edwards en 1993, llamado *“Edwards Compulsive Buying Scale”*, siendo una herramienta conformada por 13 ítems, que analiza las experiencias y sentimientos del gasto/compra por quienes realizan la acción. En nuestro país se han elaborado algunas escalas relacionadas con el diagnóstico de este padecer, destacando el *“Test de Adicción a las Compras”* creado por Echeburúa en 1999. Este consta de 5 ítems que analizan la percepción de control, el sentimiento de culpa post-compra, la dificultad para frenar la conducta de compra y otros sucesos como: endeudamiento, mentira, conflictos, etc.

La Estrategia Nacional sobre Adicciones española entiende que las compras son un fenómeno que está presente en nuestro día a día, con el peligro que esto supone. Pero insiste en que ciertos valores sociales actuales, impulsan al consumo y que no todas las personas acabarán desarrollando este padecer. Esto, además de evidenciar el debate existente entre las personas sobre la concepción del fenómeno de la adicción a las compras y su inclusión o no dentro de alguna categoría diagnóstica que las patologice, muestra como la vinculación con el sistema capitalista dota de mayor permisividad a este fenómeno que a otros vinculados con sustancias psicoactivas.

Según Marcet et al. (2016), el Trastorno de Compras Compulsivas afecta entre un 1 % y un 11,3 % de la población general. En España, a un 7,1 % y es más frecuente en mujeres, 80 %, que, en hombres,

20%. La juventud es el grupo más expuesto a esta adicción ya que, al encontrarse en una etapa de desarrollo crítico, es más impulsiva y es donde cobra importancia la aceptación social y la pertenencia al grupo. La edad media de inicio del trastorno está en torno a los 18-30 años.

ADICCIÓN AL TRABAJO.

Introducción:

En muchas sociedades contemporáneas, el trabajo se considera la actividad productiva por excelencia. En este contexto, el esfuerzo laboral se recompensa con unidades de cuenta que se utilizan como medio de intercambio para adquirir bienes y satisfacer necesidades. Sin embargo, esta definición postula que el trabajo es esencial para la vida, ignorando la existencia de múltiples culturas que subsisten sin desarrollar esta actividad. Además, al interpretar el trabajo en términos de centralidad y deseabilidad social, nuestra cultura le otorga la capacidad de generar identidad, estatus, legitimación social, expectativas, entre otros, reproduciendo así el modelo capitalista vigente.

Como ocurre con la mayoría de las conductas analizadas en el último apartado, la generalización del acto de trabajar permite que una pequeña fracción de personas pueda desarrollar una relación negativa con él. Este hecho pone de manifiesto la contradicción entre la percepción negativa que se tiene cuando el trabajo se realiza de manera compulsiva, influenciada por la aplicación del modelo explicativo hegemónico de las drogas, y el estímulo que recibe como un elemento fundamental dentro de la lógica económica predominante.

No fue hasta el 1968 cuando se comenzó a hablar sobre la adicción al trabajo. Wayne Oates, en 1971 en su libro *Confessions of workaholic*, definió su propio trabajo mediante este término, comparando su experiencia laboral a la vivencia sufrida por los alcohólicos. Es por esto que se empezó a conocer a este padecer como *“workaholism”*, definiéndolo como *“la necesidad excesiva e incontrolable de trabajar incesantemente, que afecta a la salud, a la felicidad y a las relaciones de la persona”*. En la actualidad todavía no existe una explicación consensuada sobre este fenómeno, aunque es interesante presentar la desarrollada por Scott, Moore y Micelli (1997), según la cual se podrá diagnosticar este padecer en aquel trabajador que *“dedica de una gran parte del tiempo a las actividades laborales con consecuencias negativas a nivel familiar, social y de ocio, que piensa constantemente en el trabajo cuando no se está trabajando y que trabaja más allá de lo que razonablemente se espera”*.

Este trastorno no está clasificado como adicción dentro de las principales categorizaciones hegemónicas como el DSM-V y la CIE-10. Sin embargo, actualmente, al igual que sucede con el sexo compulsivo, muchos profesionales de la psicología y la medicina lo interpretan como una adicción, aunque el diagnóstico predominante sigue siendo el de trastorno de control de impulsos. Socialmente,

se acepta que para su diagnóstico existen una serie de características comunes entre las personas que desarrollan relaciones problemáticas con el trabajo.

- Extrema actitud laboral: trabajan fuera de horarios, vacaciones, fines de semana y festivos.
- Excesiva temporalidad dedicada al fenómeno: exhibiendo gran pérdida de control sobre el tiempo dedicado al empleo.
- Compulsión y esfuerzo en el trabajo desmedido.
- Pérdida de interés hacia otras actividades fuera de lo laboral.
- Implicación en el trabajo desproporcionada.
- Deterioro del día a día familiar, social, sexoafectivo, etc.

A pesar de estas dificultades, encontramos trabajos como el de Sussman, Lisha y Griffiths (2011), donde aseveran que cerca de un 10% de la población activa mundial ha desarrollado este trastorno.

En España esta falta de consenso se traduce en la existencia de múltiples interpretaciones y formas de intervenir relacionadas con esta problemática. Ya que, si bien es cierto que la ENA no se pronuncia respecto al fenómeno, marcos de intervención autonómicos como el del País Vasco, ya toman en cuenta el fenómeno para sus intervenciones. Castilla y León, autonomía que contiene el municipio analizado, no ha implementado todavía ninguna acción relacionada con este fenómeno.

ADICCIÓN A LA COMIDA.

Introducción:

En 1956 el médico estadounidense Theron Randolph fue el primero en referirse al trastorno específico relacionado con la alimentación como adicción a la comida. Esta persona evidenció problemáticas acontecidas durante la ingesta habitual de alimentos en las cuales, una persona susceptible al fenómeno podría desarrollar una relación de dependencia con el alimento similar a la acontecida en los procesos de adicción a sustancias. Posteriormente han existido numerosas investigaciones vinculadas a trastornos relacionados con la alimentación y la relación que las personas mantienen con ella como la hiperalimentación, bulimia, atracones, etc.

A pesar de todo ello, la principal controversia existente respecto a este fenómeno es la falta de acuerdo sobre si ha de ser comprendido como adicción a sustancias, como el caso del café, o una comportamental, es decir, centrada en el acto de comer. Los defensores de la primera opción expresan que la ingesta de alimentos, tanto en forma híper, atracón o ausencia, se caracteriza por la compulsividad y el desarrollo de pérdidas (salud, dinero, etc.), siendo este un patrón análogo al desarrollado en las adicciones con sustancias. Por otro lado, aquellos que defienden la interpretación de este trastorno como una adicción sin sustancia, se centran en las similitudes existentes entre este padecer alimentario, tanto de forma híper, atracón, como en ausencia, y las adicciones sin sustancia

(Gambling, gaming, etc.). Esta postura no se focaliza en la comida en sí, sino la relación establecida entre las alertas provocadas por el fenómeno apetito/hartazgo y el sistema de placer/recompensa. Esta falta de acuerdo se plasma en la ausencia tanto de una definición del fenómeno generalizada y aceptada por todas las disciplinas, como en la carencia de suficiente evidencia científica para tener entidad propia dentro de las principales clasificaciones diagnósticas vigentes en la actualidad.

No fue hasta el 2009, con la llegada de la *“Yale Food Addiction Scale”*⁶⁶ desarrollada por Gearhardt, cuando comenzó a realizarse un análisis en mayor profundidad sobre el fenómeno de la adicción a la comida (Corbin y Brownell 2009). Con la publicación del DSM-V la anterior escala se revisó, modificando los criterios a cumplir para ser diagnosticado con este padecer. Por otro lado, la *“Clasificación Internacional de Enfermedades”* de la OMS actual, tampoco incluye este trastorno en ninguna de sus categorías vinculadas a las adicciones. Esto acrecienta, más si cabe, la falta de consenso a la hora de comprender, intervenir, etc., en el fenómeno. A pesar de esta situación, cada vez son más los estudios/estudiosos/disciplinas que utilizan el arquetipo *“adicción”* para explicar este fenómeno. Ya que, comprender trastornos como el juego, comida, sexo, etc. a través de este constructo simbólico, no sólo significa el padecer a través de una definición social científicamente aceptada, sino que ofrece un tratamiento que dota al individuo de un futuro socialmente aceptado.

Uno de los posicionamientos teóricos más aceptados es el ofrecido por Agüera et al. (2016), el cual se refiere a este padecer como *“una enfermedad mental crónica y recurrente, que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de ciertos alimentos, a pesar de sus consecuencias nocivas, ya sea porque no son saludables (azúcar o grasas) o porque sean causa de enfermedad u obesidad”*.

Estudios como el de Pedram et al (2013), presentan unos índices de prevalencia de *“dependencia a la comida”* del 5.4% (6.7% en mujeres y 3.0% en hombres), el cual aumenta con el estado de obesidad según el índice de masa muscular.

ADICCIÓN AL EJERCICIO FÍSICO.

Introducción:

El ejercicio físico es una actividad corporal relevante en sociedad ya que, a través de su realización, se consigue y mantiene un tipo concreto de salud y de prevención de padeceres. Sin embargo, como sucede en los fenómenos que estamos analizando en la última parte de esta investigación, su realización en exceso puede provocar efectos adversos físicos y/o mentales. Hecho que provoca repeticiones compulsivas, buscando paliar las sensaciones adversas provocadas por su privación.

⁶⁶ Escala desarrollada por los autores citados, con el objetivo de crear un instrumento que evaluara la adicción a la comida.

El concepto de adicción relacionado con el deporte fue utilizado por primera vez por Glasser (1976). Este autor usó el concepto de *“adicción positiva”* para referirse a *“la relación positiva dosis-respuesta entre ejercicio y salud”*. Sin embargo, Morgan (1979), demostró que el ejercicio en exceso podría inducir no sólo posibles lesiones, sino también alteraciones importantes de la conducta.

Poco a poco, a través del estudio/análisis de diferentes casos, la adicción al deporte se erigió como una categoría que empezó a utilizarse en el ámbito psico-médico a pesar de la falta de consenso y evidencia científica, aunque sustentada en dos tipos de planteamientos.

Posicionamiento fisiológico:

Este se centra en la hipótesis llamada *“runners’high”*, la cual muestra la relación existente entre la euforia que sienten muchas de las personas practicantes de deporte y la producción de endorfinas y otros opioides endógenos. Estas sustancias, según algunos estudios, pueden provocar el desarrollo de una relación de dependencia entre la conducta que genera su aparición y quienes la realizan, siendo necesaria el aumento de la frecuencia y la intensidad para conseguir los mismos efectos.

Posicionamiento psicológico:

Para él, la adicción al deporte es un proceso en el cual las personas utilizan esta práctica como una herramienta para mitigar padeceres como estrés, ansiedad, entre otros. La mejoría en su situación, resultado de la práctica regular de ejercicio, lleva al individuo a racionalizar determinadamente: no solo comienza a sentir la necesidad de realizar más ejercicio para manejar estas problemáticas, sino que también centraliza su estilo de vida en torno a esta actividad que inicialmente utilizó para enmascarar dichos padecimientos.

Veale (1997), adaptó los criterios utilizados por el DSM para diagnosticar la dependencia a sustancias psicoactivas al proceso de diagnóstico de la adicción al deporte. Hausenblas y Downs (2002), plantearon una de las definiciones más utilizada por la literatura referida a este trastorno: *“la necesidad de actividad física, que resulta en una conducta de ejercicio físico excesivo e incontrolable, y que en su ausencia se manifiestan síntomas fisiológicos (abstinencia) y/o psicológicos (ansiedad, depresión)”*. Estos mismos autores sugirieron la identificación de varios criterios para diagnosticar a una persona con trastorno de adicción a la práctica deportiva, a pesar de la falta de evidencia científica vinculada directamente al fenómeno.

Tolerancia: las personas que practican deporte necesitan de un incremento en la cantidad de ejercicio realizado, para alcanzar el efecto mismo efecto buscado.

Retirada: ante la supresión del ejercicio, aparecen efectos negativos: ansiedad, irritabilidad, etc.

Falta de control: la persona que desarrolla este padecer, tiene problemas para reducir/controlar los episodios de práctica.

Efectos intencionales: existe incapacidad de ajustarse al ritmo social establecido.

Dedicación excesiva: vive por y para la preparación/realización/recuperación del ejercicio.

Disminución de otras actividades: bien sean sociales, ocupacionales, ocio, etc.

Continuidad en la práctica: necesidad de perpetuar la acción pese a la incompatibilidad con otras.

En la actualidad ni el DSM ni la CIE proporcionan una definición estándar sobre la adicción al ejercicio, situación que propicia la existencia de un contexto de polisemia significativa, interventiva, perceptiva, etc.

A pesar de esto, para su diagnóstico se usan diferentes tipos de cuestionarios:

La Escala de Dependencia del Ejercicio (EDS), creada por Hausenblas y Downs (2002).

Es una herramienta compuesta por 20 ítems, organizados en 7 escalas. Esta herramienta permite categorizar los agentes sociales en tres grupos según sus respuestas: en riesgo, sintomáticos no dependientes y asintomáticos no dependientes.

El Inventario de Adicción al Ejercicio (EAI), generado por Terry, Szabo y Griffiths (2004).

Esta se desarrolló como un instrumento de implementación más rápida y sencilla que el anterior, al estar compuesto solamente por 6 ítems, los cuales corresponden a los síntomas que componen los principales modelos diagnósticos sobre drogas: tolerancia, abstinencia, intencionalidad, pérdida de control, tiempo y conflicto con otros ámbitos.

Herramientas como las anteriores han permitido estimar que, como exponen Cernuda et al (2010), el 18% de las personas que practican ejercicio físico con asiduidad presentan este trastorno, siendo los deportes aeróbicos los que más dependencia generan. Este tipo de datos, por todos los motivos hasta ahora expresados, han de tomarse con bastante cautela.

En España este padecer, al no formar parte de los trastornos que conforman las categorías de adicciones con y sin sustancias comprendidas ni en la ENA ni en las grandes encuestas estatales EDADES ESTUDES. Este es el motivo por el que no cuenta con datos lo suficientemente fiables sobre esta realidad para ser reflejados en este apartado.

CONCLUSIONES.

La investigación que estamos concluyendo analiza, mediante el uso de disciplinas como la psicología social, la sociología y la antropología social, la situación actual de las adicciones en el Real Sitio de San Ildefonso. Esta se ha conseguido mediante la obtención y el análisis tanto de la percepción de su vecindario sobre este hecho social, como de la reflexión que el equipo investigador ha realizado del conocimiento obtenido mediante la aplicación de diversos procedimientos propios de las ciencias

sociales. Conocer la problemática de las drogas, integrada en el imaginario social del municipio como un problema de diversas magnitudes, no solo proporciona una visión realista de este fenómeno construida desde la percepción de los actores sociales y la investigación científica, sino que también establece un marco de referencia basado en los intereses locales. Este marco facilita la implementación de intervenciones efectivas, la reducción del estigma asociado al uso de drogas, la eliminación de interpretaciones moralistas, etc., evitando prejuicios y resistencias que puedan surgir de la comunidad.

A partir de la definición de objetivos específicos, un marco teórico innovador y la contextualización tanto en el municipio estudiado como en los diversos marcos normativos políticos actuales relacionados con las adicciones a nivel estatal, autonómico, provincial y municipal, hemos realizado un análisis detallado tanto de las sustancias psicoactivas, legales o no, que son centralizadas en las encuestas ESTUDES y EDADES, como de las conductas que son etiquetadas en ellas como adicciones sin sustancia. También hemos considerado otros fenómenos similares a estas últimas, que actualmente están sujetos a un amplio debate respecto a su clasificación y tratamiento.

Así pues, vamos a tratar de responder a una de las preguntas más complejas planteadas en esta investigación: ¿Cuál es la situación de las adicciones en el Real Sitio? Queremos resaltar como principal conclusión que **no hay una situación de consumo/conductas adictivas alarmante dentro del municipio analizado, pero sí una necesidad imperiosa de modificar ciertos modos de interpretación, patrones interventivos y diversas representaciones sociales compartidas por el vecindario sobre el fenómeno de las adicciones.** Estas son una realidad tan cambiante y compleja que, constantemente, necesita de un seguimiento y adaptación veraz, lejos de interpretaciones genéricas y alejadas de las vivencias de las personas vinculadas al fenómeno

La problemática de las adicciones ha estado presente desde los albores de las sociedades contemporáneas. Con la emergencia de estas, se han configurado diversos enfoques teóricos que en su mayoría han generado discursos alarmistas sobre las drogas y su consumo. Este proceso ha posicionado la abstinencia como la opción moral y biológica correcta, dando lugar a dispositivos, estrategias e ideologías que reproducen lo estipulado por el paradigma de "el problema de la droga". La percepción del riesgo y la forma en que se verbaliza esta problemática varía según la experiencia individual del fenómeno por parte de las personas entrevistadas, aunque muestra elementos comunes en todo el vecindario del Real Sitio. Estos elementos reflejan tanto la instrumentalización y adaptación local del fenómeno dentro de las dinámicas sociales propias de su contexto socioeconómico, como la aceptación dogmática del modelo hegemónico mencionado anteriormente. Esto provoca **una forma concreta de comprender el fenómeno caracteriza por generar, de manera sincrética, una forma de gobierno distante caracterizada por la reproducción de ciertas normas y obligaciones destinadas a**

salvaguardar un tipo de salud característica mediante centros de cálculo concretos como el ayuntamiento, ONGs, etc., los cuales reproducen disposiciones, imaginarios, creencias, modelos explicativos, peticiones interventivas, sobre las adicciones con y sin sustancia, sustentadas en posicionamientos hegemónicos, concretados en la realidad local e individual del municipio.

Las adicciones son fenómenos neutros, cuya interpretación y significación están determinadas por los grupos humanos según diversas variables. En el municipio analizado, se observa una contradicción en las narrativas respecto a la adopción de un modelo interpretativo represivo y psico-médico sobre ellas, frente al desconocimiento y la normalización de estas que surge de la incorporación sincrética de ciertos intereses locales. Esto se refleja en cómo algunas dinámicas y fenómenos relacionados son justificados mediante una lógica experiencial y tradicional construida sobre acuerdos e intereses municipales, mientras que otros, menos relevantes para el entorno estudiado, son interpretados a través de los referentes explicativos hegemónicos sobre las drogas.

El **ocio nocturno y el ámbito festivo** son espacios donde convergen diversas dinámicas relacionadas con las adicciones. Estos entornos suelen propiciar la normalización y tolerancia hacia dichas conductas, ejerciendo una influencia significativa en las experiencias de la comunidad. Por esta razón, es crucial entender las expectativas asociadas a este fenómeno, su conexión con formas específicas de entretenimiento arraigadas en las dinámicas locales, así como otros factores personales y contextuales que influyen en la percepción comunitaria de esta realidad.

Esta situación propicia la existencia de dos tipos de discursos mayoritarios para referirse a la realidad de las adicciones del Real Sitio:

1- El de aquellas **personas que viven cerca de espacios de ocio, han tenido una experiencia negativa sobre las adicciones y/o desconocen el fenómeno.** Ellas, tanto a la hora de explicar la situación de las adicciones como para demandar algún tipo de intervención, recurren a los postulados propuestos por el modelo hegemónico sobre drogas: prevención, abstinencia, persecución, prohibición, miedo, etc. Este posicionamiento, además de ofrecer una perspectiva irreal sobre las adicciones en el Real Sitio, genera dinámicas de invisibilización en personas cuya relación con las sustancias/conductas no es problemática, además de ocultar ciertas demandas de intervención relevantes para el municipio por parte de quienes sí tengan la posibilidad de desarrollar algún riesgo.

2- El de **quienes, por cuestiones como la edad, conocimiento y vivencias sobre las adicciones, participan en los espacios de ocio.** Estas verbalizaciones, al sustentarse en la experiencia individual de cada persona y el saber del grupo de iguales, generan narrativas alejadas de lo pautado por el modelo hegemónico que pueden desarrollar dinámicas de empoderamiento e incentivación tanto del uso de ciertas sustancias psicoactivas como de algunas conductas.

Según las premisas anteriores, respaldadas por el proceso de investigación, una persona que reside cerca de los espacios de botellón en el municipio, por ejemplo, tiene una percepción y unas demandas diferentes en comparación con alguien que no vive esta experiencia. La primera persona tiende a exagerar la situación de las adicciones en el Real Sitio, lo que resulta en una sobrevaloración inconsciente del fenómeno y en la solicitud de intervenciones basadas en los marcos hegemónicos locales y nacionales sobre las adicciones. En contraste, la segunda, basada en su experiencia, normaliza o no percibe las problemáticas, lo cual influye en sus peticiones de intervención. Con relación a las **adicciones sin sustancia** la falta de evidencia y consenso provoca que la percepción existente en el Real Sitio se articule alrededor de discursos del primer tipo mayoritariamente.

Además, en el análisis realizado, hemos observado la existencia de cuatro fenómenos vinculados con las adicciones prácticamente normalizados en nuestro contexto de estudio: **el consumo de alcohol, el de cannabis, el de cocaína y el juego patológico**. En este caso, la interpretación problemática generada por el paradigma hegemónico sobre las adicciones se ve matizada por lógicas locales como la importancia económica para el contexto, el prestigio asociado al consumo elevado, las dinámicas de ocio predominantes, la falta de correlación entre los riesgos y los daños vinculados a estos fenómenos, y las experiencias personales. Estas dinámicas provocan situaciones en las que no solo se tolera el uso de estas sustancias, sino que también se fomenta activamente por parte del vecindario. Además, dentro de esta misma dinámica, ciertos fenómenos reciben un proceso de estigmatización extra, como parte de un proceso de instrumentalización de problemáticas que nada tienen que ver con ellas en un intento de generar atención política que las trate de resolver.

Esto se vio en nuestro análisis de manera mayoritaria en dos casos concretos:

A- La vinculación de las problemáticas más graves sobre adicciones sucedidas en el Real Sitio a la población joven/adolescente. Es evidente que en este municipio no solo la población joven desarrolla estos fenómenos, sino que este tipo de planteamientos muestran dinámicas de resistencia por parte del vecindario de mayor edad. Estas no solo se oponen a los cambios en las pautas de ocio, sino también a la pérdida de su papel central en el contexto sociocultural estudiado.

B- La relación de aquellas problemáticas sobre adicciones interpretadas de manera más negativa, con la población no considerada como parte del vecindario. La asociación de los peores consumos y la llegada de nuevas sustancias a personas de fuera del municipio responde más a un proceso de instrumentalización del fenómeno como forma de resistencia a los procesos de desconocimiento y modernización, similar a lo observado con respecto a los jóvenes del Real Sitio, que a la realidad objetiva de la situación.

Ambos fenómenos también simbolizan en muchas ocasiones la búsqueda de un chivo expiatorio al que responsabilizar de comportamientos socialmente inapropiados o que requieren intervención, aunque no estén directamente relacionados con las adicciones.

Durante el período de confinamiento impuesto por la pandemia de COVID-19, se observaron cambios significativos en los patrones de consumo de drogas en el Real Sitio de San Ildefonso. Las personas que consumían de manera esporádica y aquellas asociadas con el ocio nocturno fueron especialmente afectadas, ya que, al permanecer en casa, un entorno no recreativo, el consumo de sustancias psicoactivas disminuyó. Esta alteración en las dinámicas de consumo probablemente redujo la tolerancia a diferentes drogas consumidas de forma ocasional o relacionadas con actividades de ocio, lo cual plantea un riesgo adicional.

A medida que las restricciones sanitarias fueron disminuyendo, se observó un "efecto descorche", caracterizado por una explosión en el consumo de drogas y la ocupación de los espacios de ocio nocturno por parte de las personas confinadas, durante su regreso a las actividades habituales. A pesar de los cambios acontecidos durante el confinamiento y la vuelta a la normalidad posterior, un gran porcentaje de la población ha vuelto a usos de sustancias, contextos, cantidades y periodos similares a los observados antes de la pandemia. Podemos atrevernos a decir que, importando algunas de las pautas de consumo desarrolladas durante el confinamiento y/o la vuelta escalonada a la realidad posterior, un pequeño porcentaje ha normalizado el uso de drogas en contexto, cantidades y periodos diferentes a las pautas pre-pandémicas como son los consumo en el ámbito privado. Aunque esto debe ser analizado en trabajos posteriores para poder llegar a conclusiones.

Podemos concluir que las necesidades identificadas en esta investigación deben ser abordadas mediante acciones intervencionistas, información y actividades preventivas que no solo se enfoquen en la población que ya ha desarrollado problemas relacionados con las adicciones, sino que comienzan desde la prevención inicial y consideren realidades minoritarias. Es crucial también incluir a aquellas personas cuya relación con los fenómenos analizados no conlleva riesgos ni daños, con el fin de desarrollar estrategias y herramientas que mantengan esta situación y mitiguen los procesos de estigmatización e invisibilización que han obstaculizado el trabajo con esta población.

Este modo de aprehender la realidad analizada, supera la tradicional explicación del fenómeno de las adicciones en términos bipolares, poniendo en evidencia realidades que van más allá del binomio adicción-problema. Esto responde más a estrategias biopolíticas de control poblacional que intentan imponer un tipo de salud, cuerpo, relaciones, etc., que al reflejo real de la situación de las adicciones. El cual se basa en mantener lo que se impone como saludable mediante la patologización selectiva de ciertos fenómenos, como el uso de algunas sustancias, respaldado por el interés capitalista y la responsabilización del individuo en el cuidado de su propia salud. Para abordar esta complejidad, es

crucial comprender la importancia de la prevención, la intervención y la comprensión de este fenómeno tanto a nivel local como nacional, superando el determinismo biomédico que solo se enfoca en la sustancia o conducta y los daños asociados. Esta dinámica no solo convierte a cada individuo en el vigilante o responsable de su propio bienestar, sino también del bienestar de sus semejantes.

Así pues, sustentados en todas las anteriores argumentaciones, esta investigación propone la implementación de un cambio en la política interventiva sobre las adicciones en el Real Sitio de San Ildefonso. Esta interpretará el fenómeno analizado de una manera realista, huyendo de explicaciones reduccionistas que invisibilizan/quitan derechos interventivos a personas usuarias que han tomado la decisión de consumir/implementar conductas que pueden conllevar la aparición de ciertos riesgos, e informando y educando para que el desarrollo e incidencia de estos sea lo menos lesiva posible. Siempre sin olvidar la prevención vinculada a aquellas que todavía no han decidido comenzar a consumir y la intervención en quienes sí lo hacen y han desarrollado alguna problemática evidente. Además, consideramos necesario integrar dentro de las políticas de prevención de las adicciones, tratamiento y promoción de lo saludable, la concepción del uso razonable (según cada contexto e individuo), así como el paradigma de gestión de placeres y riesgos. Hecho que, si bien a nivel estatal ya se está haciendo, es algo necesario dentro de la realidad del municipio analizado para dar respuesta a todos los perfiles de consumo que hemos podido conocer mediante este estudio.

De esta manera, además del cambio a nivel político, consideramos necesario la creación de un espacio/referente sobre la problemática de las adicciones. El cual, gestionado por una persona experta en la materia, servirá para canalizar todas las demandas interventivas del municipio y asesorar, informar, gestionar, desarrollar todo aquello relacionado con el fenómeno de las adicciones. Trabajo que se realizará bajo la supervisión directa de la alcaldía y la persona concejal relacionada con lo social, así como en estrecha colaboración con los dispositivos vinculados al fenómeno de las adicciones tanto municipales como provinciales: CEAS, OTIUM, CAD Segovia, etc.

BIBLIOGRAFÍA.

- Aguera Z, Wolz I, Sánchez IM, Sauvaget A, Hilker I, Granero R, et al. (2016). *“La adicción a la comida: Un constructo controvertido”*. En *“Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace”*. 117. Pp (17-30).
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., Espada, J. P. (2009). *“Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia”*. En *Anales de Psicología* 25(2). Pp (330-338).
- Allen A, Hollander E. (2010). *“Impulsive-compulsive sexual behavior”*. En *“Encyclopedia of Behavioral Neuroscience”*. Pp. (94-99).
- Antolín Cernuda, V, de la Gándara Martín, J.J. y García Alonso, I. (2010). *Adicción al deporte: el peligro de la sobredosis de ejercicio*. Vol. 35, no. 2. Pp (220-2026).
- APA (2013). *“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”* (Fifth Edition). Washington . American Psychiatric Association.
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (2010). *“Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación”*. Barcelona. Socidrogalcohol.
- Caamaño, J y Calvo, A (2011). *“Revisión de la ludopatía desde la sociología. Una aproximación a los estudios y perspectivas sociológicos sobre la ludopatía”*. Universidad de la Coruña.
- Cia, A.H. (2013). *“Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes”*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, (78), 210-217.
- Comas Arnau, D. (1989). *“La construcción social de la imagen del drogodependiente: consecuencias de la prevención y la atención”*. En *“Jornadas de Psicología de la Intervención Social”*. Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales. 2. P.p. (233-262).
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Comisionado Regional para la droga (2020). *“Principales resultados de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en Castilla y León (EDADES 2019)”*. Servicios Sociales de Castilla y León. Junta Castilla y León. Recuperado de [https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/358/816/Presentaci%C3%B3n%20EDADES%202019%20CyL%20\(nueva\).pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true](https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/358/816/Presentaci%C3%B3n%20EDADES%202019%20CyL%20(nueva).pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true)
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Comisionado Regional para la droga (2023). *“Principales resultados de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en Castilla y León (EDADES 2022-2022)”*. Servicios Sociales de Castilla y León. Junta Castilla y León. Recuperado de <https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/20/157/Principales%20resultados%20encuesta%20EDADES>

%202021-2022%20CYL_Def.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Comisionado Regional para la droga (2022). “Principales resultados de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en Castilla y León (ESTUDES 2020-2021)”. Servicios Sociales de Castilla y León. Junta Castilla y León. Recuperado de [https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/351/75/Principales%20resultados%20ESTUDES%202020%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%20\(revisada\).pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true](https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/351/75/Principales%20resultados%20ESTUDES%202020%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%20(revisada).pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true)
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Comisionado Regional para la droga (2024). “Principales resultados de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en Castilla y León (ESTUDES 2021-2023)”. Servicios Sociales de Castilla y León. Junta Castilla y León. Recuperado de <https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/616/809/Principales%20resultados%20encuesta%20ESTUDE S%202022-2023.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true>
- Díez Marce, D., Valdepérez Toledo, A., Aragay Vicente, N. y Soms Casals, M. (2016). “*El trastorno de Compra Compulsiva*”. En “*Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*”. Nº 17, Pp (117-2016). Barcelona. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5564728>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2017) “*Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024*”. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADICCIONES 2017-2024 aprobada CM.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2021) “*Plan de Acción sobre adicciones 2021-2024*”. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAN ACCION SOBRE DROGAS2013 2016.pdf
- Devillard, M.J., Franzé, A., Pazos A. (2012). “*Apuntes metodológicos sobre la conversación en el trabajo etnográfico*”. En “*Política y Sociedad*”. 2012. 49 Núm. 2. Pp (353-369). Madrid.
- Díaz Salgado, R. (2019). “*Salones de Juego, jugadores y ruleta automática en la ciudad de Madrid. Una aproximación desde la antropología*” (Trabajo de fin de Grado). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Douglas, M. (1973). “*Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*”. Madrid. Siglo XXI.
- Escohotado, A. (1989). “*Historia general de las drogas*. Madrid. Alianza Cien.

- Escotado, A. (1994). *“Las drogas, de los orígenes a la prohibición”*. Madrid. Alianza Cien.
- Fairburn, C. (1998). *“La superación de los atracones de comida”*. Barcelona. Paidós.
- Fernández Piedra, D. (2017). *“Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales”*. (Tesis doctoral). Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Recuperada de <https://eprints.ucm.es/50858/1/T40795.pdf>
- Fernández Piedra, D. (2019)^A. Las drogas.info. *“Situación actual del fenómeno de las bebidas energéticas”*. Barcelona. Enlace con: <https://www.lasdrogas.info/opiniones/situacion-actual-del-fenomeno-de-las-bebidas-energeticas/>
- Fernández Piedra, D. (2019)^B. *“Análisis de la conflictividad surgida por la visibilización de población drogodependiente, en espacios de Madrid Capital”*. En Revista Andaluza de Antropología. Nº 17. Pp (107-128). Recuperado de <https://revistascientificas.us.es/index.php/RAA/article/view/10737/9426>
- Fernández Piedra, D. y Corral, G. (2018). *“Situación de la problemática de las adicciones en el Puente de Vallecas”*. Madrid. Madrid Salud Instituto de Adicciones.
- Fernández, R y Sierra, M. (2008). *“Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección”*. En Acciones e Investigaciones Sociales, 26, Pp (161-187).
- Foucault, M. (1999). *“Estrategias de poder. Obras esenciales, volumen II”*. Barcelona. Paidós.
- Foucault, M. (2000). *“Vigilar y castigar. Nacimiento de la Prisión”*. México. Siglo XXI.
- Gamella, J. (1990). *“La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia”*. Madrid. Popular.
- Gamella JF, Álvarez A. (1997). *“Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo”*. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- Garrido Piosa, M. (2014). *“Adicción al trabajo: características, detección y prevención desde una perspectiva integral”*. En *“Enfermería Global”* 13(33). Pp (362-369). Recuperado en 25 de mayo de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100018&lng=es&tlng=es
- Gearhardt, A., Corbin, W. y Brownell, K. (2009). *“Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale”*. En *“Appetite”* 52, Pp (430-436).
- Glasser, W. (1976). *“Positive addiction”*. New York. Harper & Row.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *“The discovery of grounded theory”*. Chicago. Aldine Press.

- Griffin-Shelley, E. (1991). *“Sexo y amor: adicción, tratamiento y recuperación”*. Editores Praeger.
- Griffiths, M.D. (1995). *“Techcological addictions”*. Clinical Psychology Forum. 76. Pp (14-19).
- Hall, W. y Solowij, N. (1998). *“Adverse effects of Cannabis”*. En *“Lancet”*, 352 (9140). Pp (1611-1616).
- Hausenblas HA, Downs DS. (2002). *“How much is too much? The development and validation of the Exercise Addiction scale”*. En *“Psychol Health”*, 17. Pp (387-404).
- Jiménez Ruiz CA, et al (2014). *“El cigarrillo electrónico. Declaración oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) sobre la eficacia, seguridad y regulación de los cigarrillos electrónicos”*. En *“Archivos de Bronconeumología”*, 50(8), Pp (362-367).
- Johnson, E.E., Hammer, R., Nora, R.M., Tan, B., Eistenstein, N., & Englehart, C. (1988). *“The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers”*. Psychological Reports. 80. Pp (83-88).
- Kramer, J. y Cameron, D.C. (1975). *“Manual on drug dependence”*. Ginebra. World Health Organization.
- Lledó Carceller Maicas, N. (2012). *“Patología dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre”*. En *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 12, Pp (83-105). Recuperado de <https://revistes.urv.cat/index.php/aec/article/view/746/719>
- Lewin, L. (1970): *“Phantastica. Drogues Psychédéliques. Stuefiants, Narcotiques. Excitants et Hallucinogines”*. Paris. Payot.
- Marcet, D. D., Toledo, A. V., Vicente, N. A., & Casals, M. S. (2016). El trastorno de Compra Compulsiva. *“Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace”*. 117. Pp (11-16).
- Markez, Iñaki, Póo, Mónica, Romo, Nuria, Meneses, Carmen, Gil, Eugenia, & Vega, Amando. (2004). *“Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria”*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (91), 37-61. Recuperado en 20 de abril de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300004&lng=es&tlng=es.
- Martín Muñoz D., y Pedrero Esteban, LM (2019). Los Esports: origen, evolución y tendencias. Vista: Cultura visual, digital e mediática: Imagens entre gerações, 4, Pp (75-92). <https://doi.org/10.21814/vista.3016>
- Martínez Oró, D. (2019). *“Opioides en España. Ni repunte de heroína ni crisis de opioides a la americana”*. Barcelona. Episteme.

- Martínez Oró, D. (2020). *“Opioides en España. Ni repunte de heroína ni crisis de opioides a la americana”*. Barcelona. Episteme.
- Martínez Oró, D y Pallarés Gómez, J. (2009). *“El salto hacia la cocaína. Procesos e implicaciones psicosociales por los cuáles la cocaína se instaura entre los jóvenes españoles consumidores de drogas (20-34 años)”*. Barcelona. Fundación Igenus – Plan Nacional sobre Drogas.
- Martínez Oró, D y Pallarés Gómez, J. (2013). *“Riesgos, Daños y Placeres: A modo de introducción de un manual para entender las drogas”*. En *“De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas”*. Pp (23-36).
- Massó, Paloma. (2008). *“Experiencias etnográficas acerca del tratamiento de mantenimiento con heroína”*. En Romaní, Orio; Larrea, Cristina y Fernández, José (coords.). *“Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales”*. Serie, XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Donostia, Ankulegi Antropología Elkartea. Pp (119-135). Recuperado de <https://www.ankulegi.org/wp-content/uploads/2012/03/0208Masso-Guijarro.pdf>
- Massó, P. (2014). *“Un Aleph en el callejón del gato. Espacio, cuerpo y ritual: una antropología de los tratamientos de heroína para la adicción a opiáceos en la biopolítica de la reducción de daños”*. (Tesis doctoral). Tarragona. Universidad Rovira i Virgili.
- Megías, E. (2010). *“La sociedad española frente al alcohol”*. En Elzo, J. *“Hablemos de alcohol. Por un nuevo paradigma en el beber adolescente”*. Madrid. Entinema. Pp (71-92).
- Mellody, P. (1997). *“La adicción al amor”*. Barcelona. Obelisco.
- Menéndez, E. L. (1983). *“Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud”*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Cuadernos de la Casa Chata 86). México.
- Menéndez, E. L. (1984). *“El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en la salud”*. En Arxiu d'Etnografía de Catalunya. 3. Pp (83-119).
- Menéndez, E.L. y Di Pardo, R.B. (2004). *“Dependencias y políticas: los usos técnicos/ideológicos del sector salud”*. México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A. y Garretsen, H. F. L. (2009). *“The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some psychometric properties”*. CyberPsychology & Behavior. 12, p.p. (1-6).

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *“Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020”*. Recuperado de <https://bit.ly/2O44DWQ>.
- Morgan, W. P. (1979). *“Negative addiction in runners”*. En *“Phys Sportsd Med”* 7. Pp (57-70).
- Moreno de la Vega, B. y Fernández Piedra D. (2019). *“Evolución de modelos interventivos en adicciones: de la persecución a la responsabilidad”*. Barcelona. Las drogas.info. Recuperado de www.lasdrogas.info/opiniones/evolucion-de-modelos-interventivos-en-adicciones-de-la-persecucion-a-la-responsabilidad/
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). *“Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (EDADES)”*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023). *“Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España”*. Madrid: Ministerio de Sanidad (EDADES). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). *“Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (ESTUDES)”*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas”. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2022_Informe.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023). *“Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (ESTUDES)”*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas”. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
- Ortiz, A. de la Mata, I. (2004). *“Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado”*. Átopos. Vol.2. Nº 1.10. Pp (15-22).
- Pallarés, J. (1996). *“El placer del escorpión. Antropología de la heroína y los yonquis”*. Lérida. Milenio.
- Pallarés, J. (2014). *“Voces adolescentes sobre el consumo de alcohol: Más allá de la mirada adulta”*. En *Metamorfosis. Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud*, 1. Pp (74-88).

- Pedram P, Wadden D, Amini P, Gulliver W, Randell E, et al. (2013). *“Adicción a la comida: su prevalencia y asociación significativa con la obesidad en la población general”*. PLoS ONE 8 (9): e74832. doi: 10.1371 / journal.pone.0074832
- Petry, N. M. y O’Brien, C. P. (2013). *“Internet gaming disorder and the DSM-5”*. Addiction, 108. Pp (1186–1187).
- Prensky, M. (2011). *“Enseñar a nativos digitales”*. Madrid. Ediciones SM.
- Robledo Martín, J. (2009). Observación Participante: el acceso al campo. *NURE Investigación*(40), 1-4.
- Romani, O. (1999). *“Las Drogas. Sueños y razones”*. Barcelona. Ariel.
- Romani, O. (2010). *“Adicciones, drogodependencias y problema de la droga en España: la construcción de un problema social”*. En Cuicuilco. 17(49). P.p. (83-101). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200006&lng=es&tlng=es
- Ros, S. (Coord.). (2012). *“Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos”*. En Soler, P.A., & Gascón, J. (Eds.). *“Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales”*. 4(11), Pp (329-332). Majadahonda. Comunicación y Ediciones Sanitarias S.L.
- Rose, N., O’Malley, P. y Valverde, M. (2006). "Governmentality". Annual Review of Law & Society. 2, Pp (83-104).
- Sánchez-Socarrás, Violeida, Blanco, Meritxell, Bosch, Carme, y Vaqué, Cristina. (2016). *“Conocimientos sobre las bebidas energéticas: una experiencia educativa con estudiantes de secundaria básica de Barcelona”*. España. *“Revista Española de Nutrición Humana y Dietética”*. 20(4), Pp (263-272). Recuperado de <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.20.4.228>
- Silva Polanía, L. M. (2015). *“Bebidas energizantes: composición química y efectos en el organismo humano”*. Trabajo para optar al título Magister en Enseñanza de las Ciencias Exactas y Naturales. Bogotá. Colombia. Universidad Nacional de Colombia.
- Spence, J. T. y Robbins, A. S., (1992). *“Workholism: definition, measurement and preliminary results”*. Journal of Personality Assessment, 68(1), Pp (160-178).
- Sussman, S., Lisha, N., & Griffiths, M. (2011). *“Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority?”* Evaluation & the health professions, 34(1), 3–56. <https://doi.org/10.1177/0163278710380124>
- Taylor S.J., Bodgan R., (1984). *“La observación participante en el campo. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados”*. Barcelona. Paidós Ibérica.

- Terry A, Szabo A, Griffiths M. (2004). *"The Exercise Addiction Inventory: A new brief screening tool"*. En *"Addict Res Theor"* 12. Pp (489-499).
- Turner, V. (1980). *"Entre lo uno y lo otro: el periodo liminal en los 'Rites de passage'". En La selva de los símbolos"*. Madrid. Siglo XXI.
- Veale DMW. (1995). *"Does primary exercise dependence really exist?"*. En: Annet J, Cripps B, Steinberg H (eds.). *"Exercise addiction: motivation for participation in sport and exercise"*. Leicester. The British Psychological Society.
- Wayne Oates, E. (1971). *"Confessions of a Workaholic: the Facts about Work Addiction"*. Pub Mundial. Co.
- Zinberg, N. E. (1972). *"Heroin use in Vietnam and the United States"*. Arch. Gen. Psychiat. 26. Pp (486-488).
- Zinberg, N. E. (1984). *"Drug, Set, and Setting the Basis for Controlled Intoxicant Use"*. Yale. University Press.

ANEXOS:

ANEXO 1

De forma paralela, el Ayuntamiento mandó una serie de cartas a aquellas instituciones que consideró él consideró pertinente, con la intención de dar a conocer la labor a realizar por nuestra parte y, así, facilitar el acceso al campo.



SR. COORDINADOR
ASOCIACIÓN DE VOLUNTARIOS DE PROTECCIÓN CIVIL
DE LA GRANJA Y VALSAÍN

Estimado Coordinador,

Me dirijo a Usted para notificarle que durante los próximos 12 meses, Diego Fernández Piedra, Doctor en Sociología y Antropología Social por la Universidad Complutense de Madrid y vecino del Real Sitio (tecnicosocial@lagranja-valsain.com), llevará a cabo en el Municipio el proyecto de investigación "Análisis sobre la situación de la problemática vinculada a las adicciones".

Desde nuestro Ayuntamiento consideremos de vital importancia la implementación de este proyecto. El interés por recabar la información y posterior uso de esta para implementar un protocolo real, tiene como objetivo esencial ponerlo a disposición de cada ciudadano de La Granja y Valsaín que así lo demande.

El Doctor Diego Fernández, se pondrá en contacto con todos aquellos colectivos, Centros Educativos, Instituto, Asociaciones de jóvenes, vecinos y demás colectivos susceptibles de formar parte en este proyecto, con la intención de conocer su opinión, percepción o consideraciones.

Conscientes de que tal vez puede considerar que desde su desempeño solo conoce una parte de la realidad, esto no es inconveniente, es más, es una fortaleza, porque precisamos de miradas que dominen en profundidad realidades concretas. Nuestro trabajo será buscar los diferentes ángulos e integrar las diferentes posiciones.

Con la intención de conseguir los objetivos planteados en la investigación antes citada, como siempre lo ha sido en cuantas ocasiones se solicita cooperación y colaboración, le ruego facilite en todo lo posible la labor del experto contratado.

Así pues la finalidad presente, e importante para nuestra comunidad, documento, es acreditar al investigador, y facilite una entrevista individual, dentro del marco de la investigación antes referida.

Quedando a su entera disposición para cualquier aclaración y si así lo desea para concertar día y hora de la entrevista.

Real Sitio de San Ildefonso, a 15 de noviembre de 2018

EL ALCALDE,

Fdo: José Luis Vázquez Fernández

Centros educativos, estancos, farmacias, grupos políticos, representantes eclesiásticos, Protección Civil, farmacias, CEAS, Otium educación, centros de Salud, asociaciones de festejos del municipio, AMPAS de todos los niveles educativos presentes en el municipio y el gimnasio de nuestro contexto de estudio, recibieron adaptaciones de la anterior misiva.

ANEXO 2

A las anteriores asociaciones y parte de vecindario del Real Sitio, el equipo investigador les notificó la realización del trabajo a través del siguiente correo electrónico, intentando de esta manera facilitar la toma de contacto con nuestros informantes. El email se dejó de mandar, tanto al recibir la respuesta pertinente por el destinatario como después de ser mandado en cuatro ocasiones.

Estimado/a:

El **Ayuntamiento del Real Sitio de San Ildefonso** y en su nombre yo, el doctor **Diego Fernández Piedra**, realizaremos en los próximos meses un estudio llamado **"Análisis sobre la situación de la problemática vinculada a las drogas"** en el municipio. Investigación que servirá para trazar las bases sobre las que intervenir en este fenómeno en el municipio, interviniendo directamente en estos menesteres.

Yo, como profesional de las adicciones, llevo más de 15 años estudiando y trabajando en este campo, entre los que destacan diversas colaboraciones con la Asociación Proyecto Hogar (MADRID) e investigaciones para el Instituto de Adicciones Madrid Salud y la Universidad Complutense de Madrid.

Nos ponemos en contacto con vosotros para solicitaros la **máxima disposición, ayuda y colaboración** para poder realizar este estudio, ya que vuestras conclusiones, seguro ayudarán a mejorar la situación del pueblo respecto a las adicciones.

Nuestra investigación, considera de vital importancia las aportaciones de las instituciones que trabajan en el contexto de estudio, así como de todas aquellas personas que tienen relación, ya sea por su trabajo o por su condición de residente, con nuestros objetivos.

Es por ello, que nos gustaría poder contar con **vuestra colaboración**, para así poder captar una visión lo más realista posible sobre las adicciones en vuestro ámbito de actuación.

Quedamos a vuestra entera disposición y rogamos nos indiquéis vuestra **disponibilidad**, interés y persona de contacto para poder ampliar la información aquí descrita.

En espera de vuestra respuesta, os enviamos un atento saludo,

Diego Fernández Piedra.

ANEXO 3

Artículo 45. De las Corporaciones Locales.

"1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye y en el marco de las mismas, corresponde a los Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid, en su ámbito territorial:

... los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de hecho o derecho tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

a. La aprobación y ejecución del Plan Municipal sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos por el Organismo regional competente en materia de drogodependencias, y lo regulado en la presente Ley...".

ANEXO 4

Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León⁶⁷.

TÍTULO V

De las competencias de las Administraciones Públicas.

Artículo 44. Competencias de la Junta de Castilla y León.

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde a la Junta de Castilla y León:

1. El establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad de Castilla y León.
2. La aprobación del Plan Regional sobre Drogas.
3. (Suprimido).
4. El nombramiento y cese del Comisionado Regional para la Droga.
5. (Suprimido).
6. La aprobación de la estructura de los órganos de coordinación previstos en esta Ley.
7. La aprobación de la normativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de atención a drogodependientes.
8. La aprobación, modificación y revisión de las tarifas por la prestación y concertación de servicios que puedan establecerse con instituciones, entidades o particulares públicos o privados, en los términos que reglamentariamente se establezcan.

Artículo 45. Competencias de la Consejería competente en materia de drogodependencias.

Además de las competencias que le vienen atribuidas legalmente, corresponde a la Consejería competente en materia de drogodependencias:

1. El seguimiento y control, sin perjuicio de las competencias de otras Consejerías, de los centros, servicios, establecimientos y programas específicamente destinados a la prevención, asistencia e integración social de drogodependientes, y en particular:

⁶⁷ Comunidad de Castilla y León «BOCL» núm. 65, de 6 de abril de 1994. «BOE» núm. 99, de 26 de abril de 1994. Referencia: BOE-A-1994-9365. www.boe.es/buscar/pdf/1994/BOE-A-1994-9365-consolidado.pdf

- a) El otorgamiento de la autorización de instalación, puesta en funcionamiento, modificación, ampliación, traslado y cierre de centros, servicios y establecimientos específicos de asistencia a drogodependientes.
 - b) La acreditación de centros, servicios y establecimientos específicos de asistencia a drogodependientes, así como su renovación y revocación.
 - c) La regulación y el mantenimiento de los registros pertinentes de las entidades, centros y programas integrados en el Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León.
 - d) La evaluación de los diferentes centros, programas y servicios específicos de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes.
2. La elaboración de anteproyectos y proyectos de normas en materia de drogodependencias.
 3. La elaboración y propuesta para su aprobación por la Junta de Castilla y León del Plan Regional sobre Drogas.
 4. La propuesta de nombramiento y cese del Comisionado Regional para la Droga.
 5. La aprobación de la estructura orgánica del Comisionado Regional para la Droga.
 6. La propuesta de presupuesto para la intervención en drogodependencias.
 7. La regulación y el otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades e instituciones para la intervención en drogodependencias.
 8. La coordinación general de las actuaciones en materia de drogodependencias desarrolladas en Castilla y León por las Administraciones públicas, entidades privadas e instituciones.
 9. El ejercicio de la función inspectora y de la potestad sancionadora en su ámbito de competencias.

Artículo 45 bis. Competencias de otras Consejerías.

1. La Consejería competente en materia de educación, en colaboración con la Consejería competente en materia de drogodependencias, será responsable de promover la realización de programas acreditados de prevención del consumo de drogas en todos los centros docentes de Castilla y León.
2. Las Consejerías competentes en materia de sanidad y de acción social serán responsables de garantizar que los drogodependientes reciban una atención sanitaria y social de calidad, en igualdad de condiciones que el resto de la población, a través de los Sistemas de Salud y de Acción Social de Castilla y León. A tal fin, dichas Consejerías, en colaboración con la Consejería competente en materia de drogodependencias, promoverán, en los términos que reglamentariamente se determinen, los procedimientos oportunos de cooperación entre ambos sistemas y los centros específicos de asistencia a drogodependientes gestionados por entidades privadas, para mejorar la accesibilidad de

los drogodependientes a sus prestaciones y para el diagnóstico y control de los principales problemas sanitarios y sociales asociados a la dependencia de las drogas.

Artículo 46. Competencias de los Ayuntamientos.

1. Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a los Ayuntamientos de Castilla y León en su ámbito territorial:

- a) El establecimiento de los criterios que regulen la localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.
- b) El otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas.
- c) El ejercicio de la función inspectora y de la potestad sancionadora en su ámbito de competencias.
- d) La colaboración con los sistemas educativo y sanitario en materia de educación para la salud.
- e) La autorización, con carácter excepcional y ocasional, del consumo de bebidas alcohólicas en determinados espacios y zonas públicas.

2. Además de las señaladas en el punto anterior, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de Castilla y León tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

- a) La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de acción social.
- b) La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.
- c) El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Regional sobre Drogas.
- d) La formación en materia de drogas del personal propio.
- e) La promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

Artículo 47. Competencias de las Diputaciones Provinciales.

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente les atribuye, corresponde a las Diputaciones Provinciales de Castilla y León desempeñar en su ámbito territorial las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

- a) La aprobación de Planes Provinciales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e

integración social, así como de información, orientación y motivación de drogodependientes a través de los centros de acción social. En cualquier caso, la elaboración de los Planes Provinciales sobre Drogas debe asegurar, mediante la coordinación de los servicios de los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de las competencias y responsabilidades mínimas señaladas en el apartado 2 del artículo 46.

b) El apoyo técnico y económico en materia de drogas a los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, especialmente a los de menor capacidad económica y de gestión.

ANEXO 5

Según la información que aparece en la página web del Ayuntamiento del Real Sitio⁶⁸, este es el listado de asociaciones que existen en el municipio. Antes de comenzar el estudio, nos pusimos en contacto vía mail con todas ellas. Pudiendo ver como algunas no tienen actividad y/o no consideraron pertinente contestarnos.

Todas aquellas que nos contestaron, recibieron la posibilidad de escuchar el proyecto a través de una entrevista personalizada. Para, posteriormente y caso de aceptación, formar parte de los informantes del proyecto. Situación que sucedió en la mayoría de los casos.

- Abrigando corazones "ASACO".
- Adisil. Asociación de discapacitados de San Ildefonso.
- Ajo negro.
- Amas de Casa de Valsaín.
- Amas de Casa María del Salto.
- Amas de Casa Real Sitio.
- AMES. Asociación Miastenia de España.
- AMPA Colegio Agapito Marazuela.
- AMPA Colegio La Pradera.
- AMPA Instituto Peñalara.
- Artística y tecnológica de Amigos del Vidrio en La Granja.
- Asociación La Granja en Fiestas.
- Asociación de Fiestas Real Sitio.
- Asociación Festejos Valsaín.
- Asociación Taurina.
- Asociación Hosteleros del Real Sitio.
- Bailas.
- Banco de Alimentos de San Ildefonso.
- Bloques de Alijares.

⁶⁸ Puede consultar la tabla en www.lagranja-valsain.com/ayuntamiento/concejalias/concejalia-de-infancia-adolescencia-y-juventud/canal-del-ciudadano/directorio-de-asociaciones-listado-completo/

- Cantos Blancos.
- Cazadores de La Granja y Valsaín.
- Centro de iniciativas turísticas de La Granja y Valsaín.
- Centro de investigación de la guerra civil (CIGCE).
- Centro de jubilados Nuestra Señora del Rosario.
- Centro Jubilados San Luis.
- Club de cortadores de troncos.
- Club de radio control Correcaminos.
- Club de sky Fuera pinos.
- Club de tenis y pádel La Granja y Valsaín.
- Club Triatlón La Granja.com.
- Cultivadores del Judión de La Granja.
- Centro Cultural Canónigos.
- Danzart del Real Sitio.
- Derivados de la madera de Valsaín.
- El Pedernal.
- Estancos de La Granja de San Ildefonso.
- Farmacias de La Granja de San Ildefonso.
- Festejos de Valsaín.
- Foro Local de La Granja–Valsaín.
- Ganaderos de La Granja y Valsaín.
- Gigantes y Cabezudos del Real Sitio.
- Grupo de montaña La Acebeda.
- Inmigrantes uruguayos de Castilla y León.
- Junta de Cofradías de San Ildefonso.
- La Fuencisla.
- La Nueva.

- Lola Velayos. No más vidas rotas en carretera.
- Mujeres de La Pradera y Valsaín.
- Mujeres para la paz.
- Orden Franciscana Seglar, Fraternidad Local de San Ildefonso.
- OTIUM Educación.
- Paladio Arte.
- Peña Madridista.
- Peña azulgrana La Granja y Valsaín.
- Peña El Tizo.
- Peñas de La Granja.
- Protección medioambiental de las huertas de Chamberí.
- Real Taxi de La Granja y Valsaín.
- Recreativa y gastronómica El Reventón.
- Residencias de Mayores del Real Sitio.
- Rockeando Carlos III.
- Rondalla de La Granja-Valsaín (Granvals Folk).
- Sacabocaos.
- Sociedad Castellarnau.
- Taller de teatro La Herradura.
- Tiro al plato El Bosque.
- Tres Robles.
- Tutor del Judi3n de La Granja.
- Vecinal Arroyo Picadero.
- Vecinos de La Pradera de Navahorno.
- Villancicos de La Granja.
- Voluntarios de Protecci3n Civil

ANEXO 6

Además de las anteriores asociaciones que conforman el tejido asociacional del Real Sitio, el equipo de investigación también contactó con las siguientes instituciones tanto locales como municipales. Con la intencionalidad de presentar la labor epistemológica con anterioridad a la solicitud de cualquier tipo de interacción.

- CEAS.
- Instituto de Enseñanza Secundaria Peñalara.
- CEIP Agapito Marazuela y Colegio Público la Pradera.
- Centro de Salud La Granja.
- Junta de Gobierno: concejales, secretario administrativo, partidos políticos con y sin representación en el gobierno, etc.
- AMPAS de todo el municipio y de todos los niveles educativos.
- Servicio de orientación jurídica y mediación para personas sin recursos. (SOJME).
- Guardia Civil Real Sitio de San Ildefonso.
- Escuela Municipal de Música del Real Sitio.
- Escuela de Adultos del Real Sitio.
- Consejo municipal de salud.
- Escuelas Deportivas Municipales.
- Oficina de Turismo.
- Biblioteca Municipal. Centro San Luís.
- Verescence La Granja.
- Policía Local de Segovia.
- Centro de Drogas de Cruz Roja Segovia.
- Cáritas Segovia.
- Asociación de alcohólicos rehabilitados Segovia.
- Ayuntamiento de Segovia.
- Junta de Castilla y León.
- Diputación Provincial de Segovia.