



COMUNIDAD Y DROGAS
(Publicación trimestral)

Precio del ejemplar: 500 pts. (IVA incluido).
Suscripción anual: 2.000 pts. (4 números) (IVA incluido).
(Extranjero: 25 dólares USA).

Edita y distribuye:
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Publicaciones, Documentación y Biblioteca
Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

ISSN: 0213-5884
NIPO: 351-88-001-5.
Depósito Legal: M-31.656-1986.

Imprime:
Rumagraf, S. A.
Nicolás Morales, 34. 28019 MADRID

Director

D. Miguel Solans

Consejo de Redacción

D.ª Pilar Alvarez

D. Carlos Alvarez

D. Jaime Funes

D.ª M.ª Jesús Manovel

D. Ramón Mendoza

D. José Navarro

D. Pedro Oñate

D. Armando Peruga

D. Santiago de Torres

Secretario de Redacción

D. Francisco de Asís Rábago

EDITORIAL

ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS

- 9 La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral. José Navarro.
- 31 Farmacología de la cannabis. Jordi Camí.
- 61 Prevención del SIDA en drogodependientes y en grupos de riesgo afines. Eusebio Megías.
- 81 La política criminal participativa en el tratamiento de las drogodependencias. T. A. Firchow, Robert Bres y Alain Rouge.

DOCUMENTACION

- 91 Estado de Bienestar y Acción Voluntaria. Ugo Ascoli.

MISCELANEA

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

Nota a los colaboradores

Los artículos deberán dirigirse a: Secretario de Redacción de COMUNIDAD Y DROGAS, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

Los artículos se enviarán mecanografiados a doble espacio, por un solo lado, sin exceder de 40 folios. Se enviará también un resumen de 8-10 líneas de extensión. Las notas se mecanografiarán a un solo espacio, numeradas y colocadas, bien a pie de página, bien al final del artículo.

Los artículos serán inéditos, de forma preferente; en caso de no ser así, se hará constar lugar y fecha de publicación.

El nombre y un breve «currículum» del autor deberán ir mecanografiados en hoja aparte.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los artículos publicados por COMUNIDAD Y DROGAS recae únicamente sobre sus autores.

Editorial

Toxicomanías de la normalidad

5

Si en estos momentos se inquiriese, tanto a la mayoría silenciosa como a muchos de los agentes sociales con ascendencia sobre la comunidad, sobre su definición o sus ideas acerca de las drogodependencias, mayoritariamente estarían teñidas de marginalidad, conflicto e ilegalidad.

La imagen dominante está creada sobre la imposición de los aspectos delincuenciales, los datos de marginalidad juvenil, los componentes de ilegalidad y de transgresión social. La droga como problema —concentrada a menudo en los aspectos más degradantes del consumo de heroína— es vivida como algo que afecta a los que se sitúan o acaban fuera de la sociedad, aquellos que escasamente participan de sus pautas de normalidad: los que no trabajan, no tienen familia, no siguen hábitos cotidianos universales, etc.

Sin embargo, el análisis realista de cuál es el conjunto de problemáticas en el que se sitúa hoy el abuso de sustancias con capacidad de crear drogodependencia daría lugar a una fotografía que podríamos llamar toxicomanías de la normalidad.

Un nuevo estudio de EDIS —que José Navarro resume en el primer artículo de este número de «Comunidad y Drogas»— aporta importantes datos para ese realismo, esa nueva fotografía del tema. Es un estudio de las drogodependencias sólo y exclusivamente entre la población ocu-

pada, entre aquellos que tienen empleo regular y pueden ser considerados ciudadanos de la parte más normativa de nuestra sociedad.

Como ya se sabía, el gran problema de drogas es ese medio millón de personas —con empleo— que beben diariamente más de 150 c.c. de alcohol y están por lo tanto en un grave riesgo alcohólico. Pero es que, además, el grupo de los que abusan del alcohol es mayor entre los ocupados que entre la población general y lo mismo pasa con el tabaco, donde la población ocupada que fuma cada día es un 14% más que en el conjunto de la población. El realismo del que hablamos debería conducirnos a considerar el abuso del alcohol y tabaco, entre la población «normal», como un gran problema epidemiológico al que debemos enfrentarnos.

6

Pero no sólo las drogas históricas de nuestra sociedad son las que afectan a los ciudadanos que trabajan. Los datos del estudio también señalan que la cocaína parece consumirse entre los ciudadanos laboralmente activos incluso más que entre las poblaciones que no tienen acceso a la ocupación.

El paso del tiempo parece haber afectado a otras drogas como los derivados de la cánnabis. Los datos de su uso en la población ocupada apuntan a cierta institucionalización, o como mínimo indican que no se trata ya de una droga de jóvenes con algún componente —aunque sólo sea estético— de marginalidad social. El «canuto», a tenor de los datos obtenidos, no sólo no se consume menos entre los jóvenes trabajadores, sino que además forma parte de manera sustantiva de los componentes del cóctel politoxicómano (un 25% de los ciudadanos con empleo que abusan del alcohol consumen cánnabis).

Atender a la realidad drogodependiente de nuestra sociedad comporta ya variar los enfoques, entrar en nuevas consideraciones, tener en cuenta cómo los usos y abusos se imbrican cada vez más con la normalidad, con la cotidianidad. Una consideración honesta del tema nos devuelve inevitablemente al conjunto de la población, con su diversidad y su complejidad, sin que sea posible la visión excluyente de las drogodependencias, como algo que sólo afectase a sujetos anormales, extraños, anónimos y conflictivos por definición.

Estudios y experiencias

José Navarro*

La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral

RESUMEN

*Este artículo es una síntesis del Estudio realizado por EDIS en 1987, a partir de una encuesta con una muestra de 2.000 entrevistas y varios grupos de análisis cualitativo, en base a un universo de unos seis millones y medio de trabajadores de todos los sectores productivos y zonas del país. Aborda el consumo de drogas y sus características, las motivaciones, las consecuencias de la drogodependencia, así como otras actitudes de los trabajadores ante este problema(**).*

SUMMARY

Drug Dependency in the Work Environment

This article is a synthesis of the study done by EDIS in 1987, beginning with survey with a sample of 2,000 interviews and various groups which were analyzed qualitatively. This is taken from a base of some six and one-half million workers from all producing sectors and regions of the country. It involves the use of drugs and its characteristics, motivations, consequences of drug dependency, as well as other attitudes workers have about this problem.

9

1. EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

La investigación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre la población trabajadora se realizó en base a los mismos indicadores utiliza-

dos en nuestro estudio nacional de 1984, con el fin de poder establecer las oportunas comparaciones. En lo que se refiere al marco conceptual de esta y otras cuestiones, dada la necesaria brevedad de este artículo, nos remitimos a dicho estudio y en especial a la síntesis del mismo publicada en el número 1 de esta revista, (*«Perfil básico del problema de las toxicomanías en España»*).

(*) Correspondencia: Equipo de Investigación Sociológica EDIS. c/ Fernando VI, 8, 1.º izda. 28004. MADRID.

(**) Este estudio fue encargado a EDIS por la UGT en base a una propuesta de investigación elaborada por su *Departamento Confederal de Servicios Sociales* bajo la responsabilidad de Blanca Manglano. El Estudio fue dirigido por José Navarro y el equipo de trabajo estaba formado además por Angel Martín, Teresa Benavides, Santiago Lorente, y Elena Roldán. Recientemente ha sido publicado en su integridad y puede solicitarse al Servicio de Publicaciones de UGT. San Bernardo 20. Madrid.

El consumo de tabaco

El consumo de tabaco entre los trabajadores es el que se recoge en la tabla siguiente:

Tabla 1. Los trabajadores ante el tabaco.

	%
No fumo nada	29,0
No fumo actualmente, pero sí era fumador	8,9
Sólo fumo ocasionalmente	7,8
Fumo diariamente	54,1
NS/NC	0,2
Total	100,0
Base	(2.000)

Como podemos observar, un 61,9% de los trabajadores son fumadores, el 7,8% sólo ocasionales y un 54,1% fuman diariamente. El porcentaje de fumadores entre los trabajadores, especialmente los diarios, es sensiblemente mayor que el de la población general, ya que, según nuestro estudio nacional, los fumadores diarios son el 41,4%. Así pues, de los seis millones y medio de trabajadores representados

en la muestra vemos que 3.516.500 son fumadores diarios y 507.000 fuman ocasionalmente.

La media de cigarrillos fumada diariamente por el conjunto de los trabajadores es de 19,84. Comparando los datos de los fumadores diarios trabajadores con los de la población general, obtenidos en nuestro estudio general, tenemos el siguiente cuadro:

	Población general	Trabajadores
Fumadores diarios	41,4%	54,1%
Media de cigarrillos fumados diariamente	17,5	19,84

Con lo que podemos concluir que el nivel de tabaquismo entre los trabajadores es claramente mayor que el del conjunto de la población tanto por el porcentaje de fumadores como por la cantidad de tabaco consumida diariamente. Ciertamente la proporción de las mujeres (en general menos fumadoras que los hombres) en relación a los hombres en la población trabajadora es de 1 a 3; aunque, también hay que decir que la mujer trabajadora fuma en

mayor proporción que la población femenina general: el 43,7% frente al 24,3%.

El consumo de alcohol

Una vez recogido el consumo de las diferencias bebidas y convertidas en su equivalente de alcohol en centímetros cúbicos pudimos elaborar la siguiente tipología:

Tabla 2. Los trabajadores ante el alcohol

Tipología de bebedores según cc. de alcohol puro de consumo promedio diario	% sobre colectivo de trabajadores	Número aproximado de personas
Abstinentes (0 cc. alcohol)	29,8	1.937.000
Ligeros (1 a 25 cc. alcohol)	19,4	1.261.000
Moderados (26 a 75 cc. alcohol)	26,7	1.735.500
Altos (76 a 100 cc. alcohol)	7,9	513.500
Excesivos (101 a 150 cc. alcohol)	8,7	565.500
Gran riesgo alcohólico (Mas de 150 cc. alcohol)	7,5	487.500
Total	100,0	6.500.000
Base	(2.000)	

Según los datos de esta tabla podemos observar que un **24,1% de los trabajadores, es decir, casi 1 de cada 4, consumen un nivel alto de alcohol**, por encima de los 76 cc. diarios de promedio. Y de ellos hay que resaltar el **16,2% que supera los 100 cc.:** un 8,7% de bebedores excesivos con un consumo de 101 a 150 cc. y un 7,5% con más de 150 cc., que serían los de gran riesgo alcohólico. Estos dos colectivos de trabajadores ascenderían a **1.053.000 personas en situación real o potencial de alcoholismo.**

Al igual que en el caso del tabaco, *el nivel de consumo de alcohol es más alto entre los trabajadores que en el conjunto de la población;* lo cual es obvio, ya que en ésta se incluyen los adolescentes (de 12 años en adelante), las mujeres y los ancianos, que son sectores de la población menos consumidores que los adultos varones. No olvidemos que la proporción de mujeres trabajadoras respecto a los hombres es tres veces menor.

De todas formas, la comparación es muy interesante, pues mientras entre la población general los consumidores de más de 75 cc. de alcohol puro son el 11,2%, entre los trabajadores, como ya hemos visto, se eleva al 24,1%. A nuestro juicio, *el consumo excesivo de alcohol y, por consecuencia, las situaciones de alcoholismo real o potencial es el problema más grave de los trabajadores en lo que a las drogodependencias se refiere.*

El consumo de otras drogas

En la tabla siguiente se recoge el consumo que los trabajadores hacen de determinadas drogas-medicamentos y de otras drogas ilegales, contempladas en sus distintas secuencias. Una vez más es necesario advertir que no se pueden sumar los consumidores de las distintas drogas, ya que un mismo individuo puede ser consumidor de varias drogas, como demostraremos más adelante al tratar del policonsumo.

Tabla 3. El consumo de drogas entre los trabajadores

TIPO DE DROGAS	Han usado alguna vez		Usó en los últimos seis meses		Usó en los últimos treinta días		Usó habitual (*) (2 a 6 veces por semana y diariamente una o más veces)	
	%	N.º aprox. de consumidores	%	N.º aprox. de consumidores	%	N.º aprox. de consumidores	%	N.º aprox. de consumidores
Inhalables	2,0	130.000	0,4	26.000	0,3	19.500	0,0	0
Cannabis	24,4	1.586.000	14,7	955.000	11,5	747.000	3,8	247.000
Anfetaminas	8,1	526.500	1,9	123.000	1,5	97.000	0,6	39.000
Tranquilizantes	10,8	702.000	4,2	273.000	3,1	201.000	1,3	84.500
Hipnóticos	4,4	286.000	1,4	91.000	1,0	65.000	0,4	26.000
Alucinógenos	4,8	312.000	1,3	84.500	0,7	45.500	0,1	6.500
Cocaína	5,6	364.000	3,2	208.000	2,4	156.000	0,2	13.000
Analgésicos comunes	21,8	1.417.000	11,5	747.000	7,3	474.000	1,5	97.500
Analgésicos morfínicos	1,4	91.000	0,3	19.500	0,3	10.500	0,1	6.500
Heroína	1,8	117.000	0,7	45.500	0,6	39.000	0,3	19.500

(*) El uso *habitual más intenso* (diariamente una o más veces) en algunas de estas drogas se reduce casi la mitad; por ejemplo, en el caso de la heroína la estimación de los trabajadores dependientes de un modo fuerte probablemente no sobrepase los 5.000. De todos modos insistimos una vez más que todas estas estimaciones deben tomarse con cautela, y en todo caso de manera *aproximada*.

De los datos de esta tabla se concluye que, después del tabaco y el alcohol, las drogas más consumidas de un modo *habitual* entre los trabajadores son *la cánnabis*, con un 3,8%, y las *drogas medicamento* (tranquilizantes y analgésicos, principalmente).

Tal como hipotetizamos, el consumo de *heroína entre los trabajadores es proporcionalmente menor*, pues aunque el uso en alguna ocasión, con un 1,8%, sea del mismo nivel que el del conjunto de la población, el consumo habitual (0,3%) es menor, probablemente por la *dificultad de compatibilizar el ejercicio de un trabajo regular con la dependencia de esta droga*. También se podría pensar que el consumo habitual de heroína está experimentado un cierto descenso.

La cocaína es una droga cuyo consumo se encuentra en expansión entre la población en general y entre los trabajadores en particular: un 5,6% la han usado alguna vez y un 3,2 lo hicieron en los últimos seis meses. Aunque su uso es más esporádico, tan sólo un 0,2% la consumen habitualmente, *es una droga que requiere un control especial*, pues su consumo está en ascenso, tiene un «silencio clínico» más prolongado que el de la heroína y, finalmente, no está tan estigmatizada como ésta, por lo que es probable que en una cierta medida la estuviera sustituyendo.

En síntesis, se observan *tres niveles de contacto* con estas diez drogas a partir del cuadro «han usado alguna vez». El *nivel de consumo amplio* se centra en tres drogas, por este orden: cánnabis, analgésicos comunes y tranquilizantes. El *nivel de consumo intermedio* viene dado por cuatro drogas: anfetaminas, cocaína, alucinógenos e hipnóticos. Y el *nivel de consumo mi-*

noritario se encuentra en estas tres drogas: inhalables, heroína y analgésicos morfínicos.

Comparando con el estudio nacional observamos que *el nivel de consumo entre la población trabajadora es más alto que entre la población general en las siguientes drogas: tabaco, alcohol y cocaína* (probablemente el consumo de esta última también está aumentando entre la población general); el *uso es igual* entre ambas poblaciones en *cánnabis, inhalables y heroína*, aunque el consumo habitual de ésta es menor entre los trabajadores. El consumo es *menor* entre los trabajadores en *anfetaminas, tranquilizantes, hipnóticos y analgésicos morfínicos y comunes*; lo cual es bastante lógico, pues el mayor consumo de estos productos se da principalmente entre las mujeres y personas de edad avanzada, menos representadas en nuestra muestra de trabajadores, excepto los alucinógenos, que se da entre jóvenes y que también están menos presentes entre la población activa ocupada.

Estos datos, tanto por el número de consumidores de drogas como por la habitualidad en el consumo de las mismas, nos plantean la siguiente reflexión: *las drogas de amplia difusión legal, el tabaco y el alcohol, constituyen el más grave problema epidemiológico que requiere soluciones radicales, especialmente desde el punto de vista preventivo; los cuatro grupos de fármacos, cuya capacidad adictiva ha resultado evidente, son otro problema muy importante que precisa respuestas serias, especialmente desde el sistema médico-sanitario. Y el tercer grupo, si bien cuantitativamente su importancia es menor, formado por las drogas más específicamente denominadas toxicómanas, por la gravedad de sus conse-*

cuencias reclama una acción inmediata.

Son tres niveles de acción distintos: prevención ante las drogas legales y limitación de su difusión social; mejor educación y control en el uso de las drogas fármaco; y una amplia actuación de prevención-tratamiento-reinserción ante las drogas toxicómanas. Pero en todo caso es preciso cobrar clara conciencia que estas últimas, aun siendo las de efectos más espectaculares,

no agotan en absoluto el esfuerzo que hay que hacer en la lucha contra las drogas.

2. LA EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS

En lo que se refiere a la *edad media de inicio en el consumo de cada droga* entre los trabajadores podemos ver los siguientes datos:

Tabla 4. Estructura de edades del inicio del consumo de las drogas

	Media años	Desviación típica	Coefficiente de variación	Moda años
Tabaco	16,27	3,53	0,22	15
Alcohol	16,46	3,12	0,19	16
Inhalables	16,20	5,86	0,36	14
Cánnabis	19,18	4,64	0,24	18
Anfetaminas	20,47	6,25	0,31	18
Tranquilizantes	28,34	11,04	0,39	30
Hipnóticos	30,62	12,23	0,40	40
Alucinógenos	19,85	3,98	0,20	18
Cocaína	22,27	4,66	0,21	20
Analgésicos Comunes	23,94	10,58	0,44	20
Analgésicos Morfínicos	26,74	8,74	0,33	20
Heroína	21,01	3,62	0,17	18

Según la edad media de inicio en el consumo de cada droga (primera columna del cuadro), podemos ver que *hay tres drogas cuyo inicio es muy temprano, en la adolescencia: tabaco, alcohol e inhalables, en torno a los diecisiete años*. En el período de *juventud*, entre los 19 y los 23 años como edades medias, *se inicia el consumo del cánnabis, cocaína, heroína, anfetaminas y alucinógenos*. Y ya en la *edad adulta*, entre los 24 y los 30 años, *se comienzan a consumir analgésicos comunes, morfínicos, tranquilizantes e hipnóticos*.

Cuanto menor es el coeficiente de variación (columna tercera del cuadro) más representativa es la media, caso

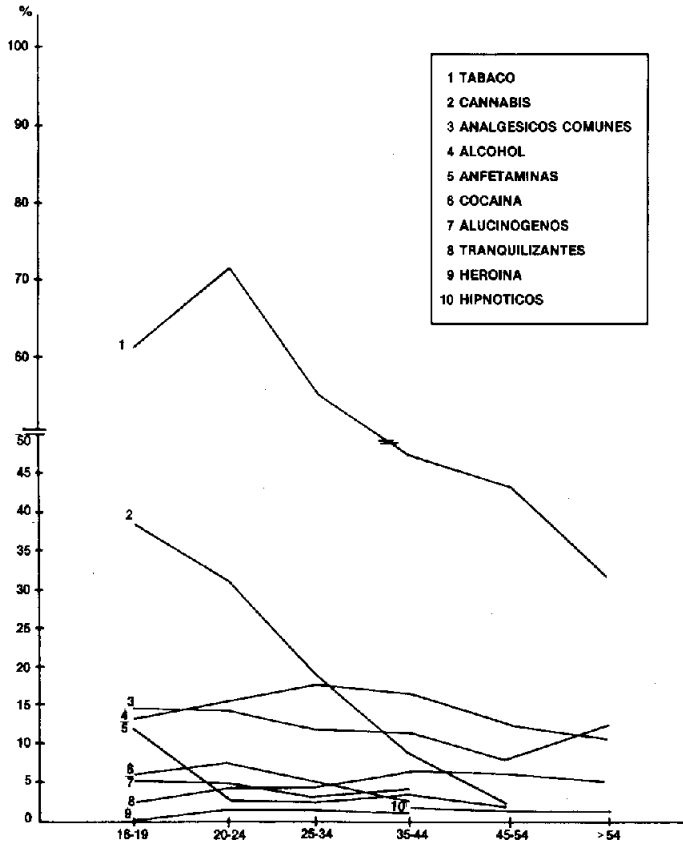
del alcohol, el tabaco, los alucinógenos, la cocaína y la heroína. Cuanto mayor es, más dispersión hay en la edad de inicio y menos representativa resulta la media; este sería el caso de los tranquilizantes, los hipnóticos y los analgésicos comunes. Finalmente, la moda nos indica el año de la persona en que con mayor frecuencia se da el inicio en cada droga. Aunque hay cierta diferencia con las medias, la estructura de edades anteriormente apuntada sigue siendo la misma, que en términos generales es la misma que se observa en el conjunto de la población española.

Resulta también de gran interés ver cómo cada droga mantiene un nivel de

uso en un determinado periodo de tiempo de la vida de los consumidores. En el gráfico observamos cómo el uso del tabaco (diariamente) y del alcohol (más de 75 cc. día) se prolonga en ni-

veles altos a lo largo de toda la vida de la mayor parte de sus consumidores. Y aunque en menor proporción, lo mismo ocurre con los analgésicos y los tranquilizantes.

La estructura de edades en el consumo de droga entre los trabajadores



Por el contrario, vemos otras drogas de ciclo vital mucho más corto: el cannabis, que comienza muy alto en las edades más jóvenes, desciende drásticamente a partir de los 34 años; los alucinógenos, la cocaína y la heroína, con curvas menos pronunciadas, se prolongan fundamentalmente entre los 16 y los 35 años; finalmente, el consumo de hipnóticos se incrementa progresivamente a partir de los 35-44 años.

3. EL POLICONSUMO

Uno de los fenómenos que más preocupan en el consumo de drogas es el uso múltiple de varias de ellas; las consecuencias que tienen sobre la salud física y mental del individuo pueden llegar a ser en determinados casos bastante graves. Igualmente está comprobado que un hábito de policonsumo va asociado muy frecuentemente a altera-

ciones de la conducta social, especialmente cuando se trata de las drogas más peligrosas y potencialmente marginadoras.

En nuestro anterior artículo, ya citado, señalábamos los esfuerzos que diversos investigadores habían venido realizando por medir lo más precisamente posible este fenómeno. Siguiendo esta línea de investigación, en el estudio que aquí resumimos nos propusimos los siguientes objetivos:

- 1.º *Correlacionar el consumo de todas las drogas, incluyendo el tabaco y el alcohol (cosa esta última que en nuestro estudio nacional de 1984 no pudimos realizar).*
- 2.º *Ver en qué proporción se asocia cada droga con cada una de las restantes.*
- 3.º *Obtener la media general de asociaciones que cada droga establece con todas las demás.*
- 4.º *Determinar los diferentes tipos de policonsumo existentes.*

Las técnicas utilizadas para ello fueron el *Vilmer* y el *Análisis Factorial*. Los datos básicos de asociaciones de cada droga son los que se recogen en las tablas 5 y 6.

En estas dos tablas podemos ver cómo se perfila el policonsumo; en la

n.º 5 tenemos *la asociación de cada droga con las restantes*; de ellas cabe destacar lo siguiente (en lectura vertical):

- El 32,7% de los *fumadores* toman alcohol y el 22,6% derivados del cánnabis.
- El 73,2% de los que beben *alcohol* también fuman y 26,3% toman cánnabis.
- El 83,1% de los consumidores de *cánnabis* fuman, el 43,2% beben, el 19,1% toman cocaína y el 4,9% heroína.
- El 72,8% de los que toman *anfetaminas* fuman, el 45,7% beben, el 60,7% toman cánnabis, el 20% alucinógenos, el 8,3% heroína.
- El 79,9% de los que toman *alucinógenos* fuman, el 67,2% beben, el 91,9% toman cánnabis, el 59,5% cocaína y el 17,0% heroína.
- De los que toman *cocaína*, el 81,9% fuman, el 56% beben, el 86,9% toman cánnabis, el 23,6% alucinógenos y el 8,3% heroína.
- De los que toman *heroína* el 96,6% fuman, el 70,8% beben, el 100% consumen cánnabis, el 30% alucinógenos y el 37,2% cocaína.

A partir de la tabla n.º 6 podemos ver, ordenadas de más a menos, que *la medida de combinaciones de cada droga con las demás es la siguiente*:

N.º de orden	Droga	Media de Asociaciones
1.º	Heroína	5,44
2.º	Analgésicos Morfínicos	5,20
3.º	Alucinógenos	4,81
4.º	Cocaína	4,09
5.º	Anfetaminas	3,88
6.º	Inhalables	3,60
7.º	Hipnóticos	3,07
8.º	Cánnabis	2,90
9.º	Tranquilizantes	2,58
10.º	Alcohol	2,35
11.º	Analgésicos Comunes	2,12
12.º	Tabaco	1,84

Tabla 5. Drogas asociadas a cada una de ellas

Droga	Tabaco		Alcohol		Inhalables		Cámbis		Anfetaminas		Tranquilizantes		Hipnóticos		Alucinógenos		Cocaína		Analg. Comunes		Analg. Morfinic.		Heroína	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco	506	47,0	352	73,2	6	64,4	243	83,1	28	72,8	44	52,1	16	54,7	20	79,9	53	81,9	121	52,7	4	80,0	14	96,6
Alcohol	352	32,7	100	20,8	3	35,5	127	43,2	18	45,7	24	28,2	11	37,7	17	67,2	36	56,0	48	21,2	3	60,1	10	70,8
Inhalables	6	0,5	3	0,7	0	0,0	5	1,6	2	4,1	2	1,9	0	0,0	0	0,0	2	3,4	3	1,4	0	0,0	1	7,5
Cámbis	243	22,6	127	26,3	5	53,1	24	8,2	23	60,7	22	26,5	6	20,4	23	91,9	56	86,9	32	14,1	3	60,1	14	100
Anfetaminas	28	2,6	18	3,7	2	17,5	23	8,0	2	4,1	5	6,2	3	9,3	8	30,3	11	17,7	9	4,0	1	20,1	3	22,6
Tranquilizantes	44	4,1	24	4,9	2	17,5	22	7,6	5	13,4	22	25,6	5	16,7	2	8,2	7	11,4	19	8,4	0	0,0	3	22,6
Hipnóticos	16	1,4	11	2,2	0	0,0	6	2,0	3	6,9	5	5,6	6	22,8	2	8,5	4	5,8	8	3,3	3	60,0	3	18,5
Alucinógenos	20	1,9	17	3,6	0	0,0	23	8,0	8	20,0	2	2,5	2	7,6	0	0,0	15	23,6	4	1,6	1	20,1	4	30,2
Cocaína	53	4,9	36	7,5	2	24,2	56	19,1	11	29,4	7	8,7	4	13,1	15	59,5	1	1,7	7	3,0	2	40,1	5	37,2
Analgésicos Comunes	121	11,2	48	10,1	3	35,5	32	11,0	9	23,9	19	22,9	8	26,4	4	14,4	7	10,8	82	35,7	2	39,9	3	22,6
Analgésicos Morfinicos	4	0,4	3	0,7	0	0,0	3	1,1	1	2,8	0	0,0	3	11,4	1	4,3	2	3,4	2	0,9	0	0,0	2	15,1
Heroína	14	1,3	10	2,1	1	12,1	14	4,9	3	8,4	3	3,9	3	9,3	4	17,0	5	8,3	3	1,4	2	40,1	0	0,0
Total	1.078		481		9		293		39		84		28		25		64		229		5		14	

En la diagonal se sitúan los consumidores puros de cada producto.

Tabla 6. Número de drogas asociadas a cada una de ellas

Número / Drogas	Tabaco		Alcohol		Inhalables		Cánnabis		Antietaminas		Tranquilizantes		Hipnóticos		Alucinógenos		Cocaína		Analg. Comunes		Analg. Morfínic.		Heroína	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	506	47,0	100	20,8	0	0,0	24	8,2	2	4,1	22	25,6	6	22,8	0	0,0	1	1,7	82	35,7	0	0,0	0	0,0
2	361	33,5	218	45,3	3	34,8	93	31,9	7	19,0	23	26,9	6	22,8	2	6,2	2	2,4	85	37,1	1	20,0	0	0,0
3	135	12,5	97	20,2	3	36,3	107	36,4	10	25,5	24	28,1	4	15,2	4	14,1	22	34,5	34	14,8	0	0,0	3	22,1
4	54	5,0	46	9,5	1	11,3	45	15,4	9	23,6	8	10,1	7	26,0	5	18,2	22	34,4	22	9,5	2	39,9	4	25,1
5	14	1,3	11	2,4	0	5,4	15	5,1	6	16,8	5	5,5	2	5,5	10	40,5	11	17,0	1	0,6	0	0,0	1	7,5
6	3	0,3	3	0,7	0	0,0	3	1,1	0	0,0	2	2,6	0	0,0	2	8,5	1	1,7	2	0,9	0	0,0	2	15,1
7	2	0,2	2	0,4	0	0,0	2	0,7	1	2,6	0	0,0	1	3,8	1	4,0	2	3,3	1	0,4	1	20,0	1	7,5
8	1	0,1	1	0,2	0	0,0	1	0,4	1	2,8	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,7	1	0,5	0	0,0	1	7,5
9	2	0,2	2	0,5	1	12,1	2	0,7	2	5,6	1	1,3	1	3,8	1	4,3	2	3,4	1	0,5	1	20,1	2	15,1
10	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	1.078	100	481	100	9	100	293	100	39	100	84	100	28	100	25	100	64	100	229	100	5	100	14	100
Media	1,84		2,35		3,60		2,90		3,88		2,58		3,07		4,81		4,09		2,12		5,20		5,44	
Desv. Típica	1,60		1,18		2,16		1,25		1,90		1,46		1,90		1,61		1,49		1,26		2,48		2,12	

Según esta jerarquización de media de asociaciones de cada droga con todas las demás, podemos ver que las que *nuclean un mayor policonsumo son las drogas ilegales* (heroína, alucinógenos y cocaína) y los analgésicos morfínicos y las anfetaminas, fundamentalmente de uso por drogodependientes; mientras que el alcohol y el tabaco tienen unas medias bastante más bajas. Siendo esto cierto, podría inducir a error si no completamos nuestro análisis viendo los diferentes tipos de policonsumo.

Aplicando ahora con este fin el *análisis factorial*, con rotación ortogonal, obtuvimos la siguiente matriz con *cinco factores* explicativos del 57,3% de la *varianza*.

A partir de esta matriz factorial podemos establecer los siguientes *tipos básicos de policonsumo*:

- Factor 1: *Drogas de uso más general*
 0.786 Tabaco.
 0.767 Alcohol.
 0.464 Cábnnabis.

- Factor 2: *Drogas de uso toxicómano de grado 1.º*
 0.817 Analgésicos morfínicos.
 0.697 Heroína.

- 0.668 Hipnóticos.
 0.296 Cocaína.
 0.147 Cábnnabis.

- Factor 3: *Drogas de uso toxicómano de grado 2.º*
 0.737 Alucinógenos.
 0.693 Cocaína.
 0.492 Cábnnabis.
 0.358 Anfetaminas.
 0.154 Heroína.

- Factor 4: *Drogas de uso farmacológico y bipolar*
 -0.848 Tranquilizantes.
 0.732 Analgésicos comunes.
 0.582 Anfetaminas.

- Factor 5: *Drogas de uso marginal*
 -0.731 Inhalables.

Según esto podemos ver que hay un primer grupo de policonsumidores bastante amplio que asocia *las dos drogas legales más extendidas*, el tabaco y el alcohol, con acompañamiento del cánnabis; el segundo grupo lo forman los *policonsumidores potencialmente más adictos* con base en los opiáceos (morfínicos y heroína), con acompañamiento de hipnóticos, cocaína y cánnabis; el tercer grupo lo constituyen los policonsumidores de grado dos con dominancia de los alucinógenos y la cocaína y acompañamiento de cánnabis, an-

19

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Inhalables	-0,035	-0,015	0,097	-0,015	-0,731
Cábnnbis	0,464	0,147	0,492	-0,141	0,020
Anfetaminas	-0,075	-0,081	0,358	0,582	-0,063
Tranquilizantes	0,048	0,097	-0,182	-0,848	0,021
Hipnóticos	-0,027	0,668	-0,071	-0,031	0,015
Alucinógenos	-0,022	-0,113	0,737	0,004	0,016
Cocaína	0,121	0,296	0,693	0,022	-0,004
Analgés. Comunes	0,019	0,048	-0,110	0,732	0,010
Analgés. Morfínicos	-0,028	0,817	0,079	0,096	-0,030
Heroína	0,149	0,697	0,154	-0,098	-0,032
Tabaco	0,786	0,015	0,008	0,029	-0,031
Alcohol	0,767	0,008	0,059	0,019	0,044

fetaminas y en menor medida heroína; el cuarto grupo está formado por policonsumidores de medicamentos de efecto bipolar sedación-estimulación con tranquilizantes, analgésicos, anfetaminas; el quinto grupo es ya residual y contiene a los usuarios de inhalables.

A partir de lo dicho en este apartado podemos concluir que el uso de varias drogas o consumo múltiple es un hecho epidemiológico importante, tanto por el número de personas afectadas como por las consecuencias de todo tipo que de ello se deriva. Y también que existen diversas clases de consumidores, con unos hábitos de consumo diferenciados y con unas motivaciones distintas (como veremos más adelante). Ello comporta la exigencia de unas actuaciones en la lucha contra las drogas, unitarias en su propósito y estrategia general, pero específicas y adecuadas a cada tipo de consumidores y a la problemática que conllevan.

Si bien es cierto que las drogas ilegales son las más potencialmente politoxicómanas (mayor media de asociaciones), también lo es —como acabamos de ver en el análisis factorial— que las dos drogas legales, el tabaco y el alcohol, que explican la mayor varianza en el policonsumo considerado en su conjunto, son el tipo de policonsumo más generalizado, cuyas nocivas consecuencias, muy bien conocidas por la ciencia médica, exigen una toma de postura realmente seria.

4. LAS MOTIVACIONES EN EL CONSUMO DE DROGAS

En lo que se refiere a las motivaciones en el consumo de drogas se incluyeron las mismas variables que en nuestro estudio nacional de 1984, cuya justificación teórica se recoge en el artículo del primer número de esta revista, al cual una vez más nos remitimos.

Tabla 7. Las motivaciones en el consumo de drogas

	1984 %*	1987 %
Estar a disgusto en esta sociedad	2,0	0,8
Escapar problemas personales	6,1	2,3
El gusto de hacer lo prohibido	5,4	3,8
Sentirme libre	2,7	1,6
Encontrar un nuevo estilo de vida	1,4	0,8
Pasar el rato	12,6	19,0
Porque «paso de todo»	2,7	0,9
Para estudiar o trabajar mejor	7,3	3,2
Para facilitar contacto social	1,9	10,4
Porque es costumbre social	1,5	16,8
Por no ser tenido por raro	1,2	1,5
Sentirme rechazado familia	0,6	0,2
Sentirme rechazado trabajo	1,1	0,3
Deseo de ser miembro grupo	1,2	1,5
Experimentar placer, animarse	16,6	11,8
Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas	16,0	7,1
Calmar nervios	33,2	5,6
Dormir mejor	26,2	2,3
Enfermedad-dolor	5,1	10,2
Base	(6.000)	(2.000)

(*) La primera columna suma más de 100 por ser una pregunta de respuesta múltiple.

Sin embargo, en el presente se contempla una nueva hipótesis: en el anterior estudio, en lo relativo a las motivaciones no se incluía el tabaco y tampoco el alcohol, cosa que sí hicimos en el actual; por lo que suponíamos que las motivaciones «*por facilitar el contacto social*» y «*porque es una costumbre social*» cobrarían un mayor relieve al incluir estas dos drogas. En la tabla 7 podemos observar, de forma comparativa, los resultados obtenidos.

Como puede observarse, las dos motivaciones relacionadas principalmente con el tabaco y el alcohol (como veremos en la siguiente tabla de prevalencia) aparecen aquí con gran fuerza, acumulando entre ambas un 27,2% de las respuestas.

Las dos motivaciones más relevantes: por pasar el rato, porque es una costumbre social y la que ocupa el cuarto lugar, por facilitar la conversación y el contacto social, forman parte de las que hemos denominado *motivaciones de respuesta social*. También tienen un peso relativamente importante las *motivaciones experimentales* y por tanto ese nivel más individual ya indicado: por experimentar placer, por animarse y por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas. Por último, la importancia de las *motivaciones sintomatológicas* también queda claramente reflejado en los datos, ya que en el promedio un 10,2% indica que el consumo de drogas se debe a la enfermedad y al dolor.

Además del estudio de las motivaciones principales para el consumo de drogas en general, interesa diferenciar qué tipo de motivaciones tienen un mayor o menor peso en relación al consumo de las diversas drogas. Por ello se presenta un cuadro conjunto que recoge todas las motivaciones señaladas

junto al promedio de las mismas y las diferencias que respecto a él se producen según el tipo de droga que se haya consumido en los últimos seis meses. Tan sólo se han consignado los valores que se sitúan significativamente por encima del promedio, si bien para aquellas drogas en que el número de casos es mínimo, como ocurre para los inhalables, los analgésicos morfínicos y la heroína se han señalado todos; es evidente que para estas drogas con tan bajo número de casos la representación porcentual es poco significativa y sólo puede ser valorada a modo puramente indicativo, aunque ciertamente parecen indicar una motivaciones específicas bastante diferenciadas de las de otros colectivos, como los consumidores de tabaco, alcohol o drogas-fármacos.

Del análisis de la tabla 8 se pueden derivar las siguientes conclusiones:

- * El gran peso que tienen *motivaciones experimentales* de tipo individualista en el consumo de las llamadas *drogas ilegales*: los inhalables, cánnabis, anfetaminas, alucinógenos, cocaína, analgésicos morfínicos y heroína.
- * Las motivaciones de huida, libertad y pasividad incluidas como *motivaciones de respuesta social* son relevantes en el caso del consumo de cánnabis, anfetaminas, hipnóticos, analgésicos morfínicos y heroína.
- * Las motivaciones que hacen referencia a aspectos de *relaciones sociales* y *costumbre social* que, como se ha visto con anterioridad, tienen una gran significación en el caso del consumo de *tabaco* y *alcohol*.
- * Por último las *motivaciones sintomatológicas* tienen promedios altos en

Tabla 8. Motivaciones prevalentes para el consumo de droga, según utilización de drogas en los últimos meses

	Promedio	Inhalables	Cámbis	Arfeta- minas	Tranqui- lizantes	Hipnó- ticos	Alucinó- genos	Cocaína	Analg. Comunes	Analg. Morfínic.	Heroína	Tabaco Alcohol
Por sentirse a disgusto en una sociedad injusta	0,8	—	2,2	—	—	—	—	—	—	—	6,3	—
Por escapar a problemas personales	2,3	—	6,6	7,7	—	11,5	—	—	—	14,3	18,8	—
Por el gusto de hacer algo prohibido	3,8	10,0	7,0	—	—	—	—	9,1	—	—	6,3	—
Por experimentar placer, anti- marne	11,8	10,0	22,1	17,9	—	—	20,0	19,7	—	14,3	12,5	—
Por sentirme libre	1,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Por pasar el rato	19,0	10,0	13,7	—	—	—	—	—	—	—	6,3	—
Por estudiar o trabajar mejor	3,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Para facilitar la conversación y el contacto social	10,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26,3
Porque «paso de todo»	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12,5	—
Para calmar los nervios	5,6	10,0	—	—	16,3	—	—	—	—	14,3	—	—
Porque es una costumbre so- cial	16,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	45,1
Por no ser tenido por raro	1,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Por curiosidad y sentir sensa- ciones nuevas	7,1	40,0	17,0	15,4	—	—	13,3	19,7	—	14,3	12,5	—
Por dormir mejor	2,3	—	—	—	12,5	11,5	—	—	—	—	—	—
Por sentirme rechazado por la familia	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Por sentirme marginado o dis- criminado en el trabajo	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Por encontrar un nuevo estilo de vida	0,8	10,0	—	—	—	—	—	4,5	—	14,3	6,3	—
Por deseo de ser miembro de un grupo	1,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6,3	—
Por enfermedad o dolor	10,2	10,0	—	—	16,3	11,5	—	—	32,6	14,3	—	—
Base	(1.830)	(10)	(271)	(39)	(60)	(26)	(30)	(66)	(193)	(7)	(16)	(1.092)

tre aquellos que han consumido en los seis últimos meses tranquilizantes, hipnóticos, analgésicos comunes y analgésicos morfínicos; es por enfermedad o dolor y por calmar los nervios las motivaciones que prevalecen frente al resto.

5. LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS

Uno de los temas incluidos en el estudio que aquí resumimos, y que no fue contemplado en el estudio nacional, es el de las consecuencias del consumo de drogas. Sobre este tema la consecuencia más publicitada por los medios de comunicación es, sin duda, la relacionada con las conductas delictivas y la inseguridad ciudadana de ellas derivada. Sin negar la evidente gravedad de las mismas (asaltos, robos, homicidios, etc.), nuestra hipótesis era que se daban una amplia gama de otras consecuencias, si no tan espectaculares sí igualmente importantes, que estarían condicionando la vida del individuo en sus distintos aspectos: salud, trabajo, familia, etc.

Todas las respuestas, una vez agrupadas según su naturaleza, nos revelaron la siguiente jerarquización de las consecuencias derivadas del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas:

- | | |
|--|-------|
| 1.º <i>Problemas laborales</i> | 17,9% |
| (Faltar al trabajo, accidentes, disminución del rendimiento, sanciones, despidos...) | |
| 2.º <i>Problemas de salud</i> | 13,3% |
| (Física y psíquica) | |
| 3.º <i>Problemas de relación con los demás</i> | 11,9% |
| (Malas relaciones, disputas) | |
| 4.º <i>Problemas familiares</i> | 10,5% |
| (Conflictos, economía familiar...) | |

- | | |
|--|------|
| 5.º <i>Problemas con la ley</i> | 7,3% |
| (Accidentes de tráfico, conflictos con la policía) | |

La gravedad de estos problemas es evidente por sí misma, pero aún lo es más por el hecho de que una misma persona tiene no sólo uno de estos problemas, sino que puede tener varios a la vez. Para poder demostrar esto realizamos una *matriz de correlaciones múltiples*, la cual se recoge a continuación:

En dicha matriz se puede observar —y aparecen remarcadas— ocho correlaciones más significativas por su valor, destacando especialmente las primeras:

- 1) Despidos/sanciones
- 2) Despidos/accidentes laborales
- 3) Sanciones/accidentes laborales
- 4) Disminución rendimiento laboral/faltar al trabajo
- 5) Conflictos familiares/relaciones con los demás
- 6) Conflictos con amigos/relaciones con los demás
- 7) Dificultades económicas familiares/conflictos familiares
- 8) Otros problemas/despidos.

Despidos y sanciones son las consecuencias que más aparecen. En general, las *consecuencias en el mundo del trabajo* aparecen fuertemente correlacionadas, más que en el mundo de las relaciones primarias (amigos, vecinos) y de las relaciones familiares.

También hay que diferenciar las consecuencias de cada droga en particular. En la siguiente tabla (n.º 10) podemos ver el cruce de cada una de las consecuencias con la droga correspondiente; en la media ponderada podemos ver la gravedad de cada droga en cuanto a las consecuencias producidas. Según esta media o *índice de gravedad*, la jerarquización sería la siguiente:

Tabla 9. Matriz de coeficientes de correlación entre las distintas consecuencias del consumo de drogas

N.º Preguntas	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
73	*												
74	.27	*											
75	.33	.38	*										
76	.18	.23	.35	*									
77	.16	.16	.16	.15	*								
78	.26	.24	.30	.31	.25	*							
79	.30	.23	.27	.21	.13	.39	*						
80	.13	.25	.19	.29	.27	.17	.39	*					
81	.12	.16	.23	.21	.19	.16	.19	.16	*				
82	.15	.33	.22	.22	.24	.16	.17	.24	.18	*			
83	.12	.29	.31	.32	.27	.32	.11	.30	.28	.29	*		
84	.16	.36	.31	.21	.09	.27	.27	.24	.15	.27	.27	*	
85	.15	.12	.15	.12	.18	.15	.15	.24	.14	.27	.27	.04	*

Conceptos: 73 = Salud física o psíquica

74 = Relación con los demás

75 = Conflictos con la familia

76 = Dificultades económicas

77 = Accidentes laborales

78 = Faltar al trabajo

79 = Disminución rendimiento laboral

80 = Sanciones en la empresa

81 = Despidos

82 = Accidentes tráfico

83 = Conflictos con la policía/ley

84 = Conflictos con amigos, compañeros, vecinos

85 = Otros problemas

Tabla 10. Percepción de consecuencias de tomar drogas entre quienes hacen algún uso de ellas (en %)

	Alcohol	Inhalables	Cánnabis	Anfetaminas	Tranquilizantes	Hipnóticos	Alucinógenos	Cocaína	Analgésicos	Analg. Morfin.	Heroína	Total
Salud física/psíquica	20	33	22	32	30	26	25	33	18	40	50	13,3
Disminución rendimiento laboral	15	0	15	22	11	33	16	15	10	20	21	9,1
Conflictos familiares	15	11	16	26	16	28	38	16	9	40	79	7,6
Faltar al trabajo	14	0	15	33	17	30	27	22	7	20	36	6,7
Disputas	13	0	12	15	5	24	19	14	7	20	36	6,3
Problemas de relación	11	11	13	18	15	26	16	17	3	40	43	5,6
Accidentes tráfico	8	0	8	8	6	19	14	13	2	20	20	4,0
Conflictos policía/ley	6	0	11	13	6	23	11	13	3	20	71	3,3
Economía familiar	7	0	8	10	6	15	27	13	2	20	40	2,9
Accidentes laborales	2	0	2	3	5	7	8	6	1	20	14	0,9
Sanciones	1	0	2	5	2	4	4	5	1	20	7	0,6
Despidos	1	0	1	3	0	8	4	2	0	20	7	0,6
Media o índice de gravedad:	9,4	4,6	10,4	15,7	9,9	20,1	17,3	14,1	5,3	25,0	35,3	

	<u>Índice</u>
1.º Heroína	35,3
2.º Analgésicos morfínicos	25,0
3.º Hipnóticos.....	20,1
4.º Alucinógenos	17,3
5.º Anfetaminas.....	15,7
6.º Cocaína.....	14,1
7.º Cánnabis	10,4
8.º Tranquilizantes	9,9
9.º Alcohol	9,4
10.º Analgésicos	5,3
11.º Inhalables.....	4,6

Una vez más hay que indicar que la importancia del alcohol viene dada no por su índice de gravedad, sino por su extensión social y el mayor número de personas a las que afecta. Para comprender esto hay que tener en cuenta que la relación existente entre los trabajadores en potencial riesgo alcohólico (ingesta de un promedio diario de más de 100 cc. de alcohol) y los consumidores habituales de heroína, es de 50 a 1.

Como consecuencia implícita de las drogas veamos, finalmente, algunos otros indicadores sobre su *difusión en el medio laboral*:

- el 84,1% de los entrevistados consideran que es fácil (muy o bastante) encontrar y obtener droga.
- un 67,7% de los trabajadores creen que la droga es un problema importante.
- un 51,9% indican que conocen algún o algunos compañeros que beben en exceso o toman algún tipo de droga.

Y en lo que se refiere a la *posibilidad de dejar el alcohol o la droga para aquellos que las toman*, las respuestas a nuestra pregunta fueron las siguientes:

Tabla 11. Posibilidad de dejar la droga, según la droga consumida

	Muy difícil o imposible	Algún esfuerzo	Fácilmente
Total	6,3	21,8	71,9
Alcohol	9,7	35,5	63,5
Inhalables	0,0	33,3	66,7
Cánnabis	7,1	31,3	61,6
Anfetaminas	10,8	29,7	59,5
Tranquilizantes	8,2	31,5	60,3
Alucinógenos	25,0	29,2	45,8
Hipnóticos	25,0	33,3	41,7
Cocaína	11,5	29,5	59,0
Analgésicos comunes	8,9	20,3	70,8
Analgésicos morfínicos	25,0	50,0	25,0
Heroína	35,7	42,9	21,4
(Porcentajes horizontales)			

Como puede observarse, son los *opiáceos* (heroína y morfínicos) junto con los *hipnóticos* y los *alucinógenos* aquellos que más difícil (o imposible) ven sus consumidores la posibilidad de dejarlos. En lo que se refiere al alcohol,

sobre todo por un mayor base social, hay que tener en cuenta que casi un 10% indican que les resultaría muy difícil o imposible dejarlo (lo cual señala un nivel de adicción alcohólica importante), y que a otro 35,5% le costaría al-

gún esfuerzo. Sólo el primer grupo supondría cerca de medio millón de personas.

6. DEMANDA DE AYUDAS Y MEDIDAS ANTE LAS DROGAS

Como capítulo final de nuestro estudio incluimos una serie de cuestiones relacionadas con la demanda de ayu-

das y medidas que los trabajadores señalan en una lucha contra las drogas, unas de carácter general, y que recogemos de forma comparativa con las del estudio nacional de 1984, y otras más específicas referidas a las mismas organizaciones de los trabajadores, los sindicatos y a las empresas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 12. Medios principales para abandonar la droga

	1984	1987
Centros especializados en toxicomanías	37,8	45,1
Asociaciones de ex drogadictos	12,2	12,0
La familia	11,2	11,6
Comunidades terapéuticas	6,9	8,1
Médico o psiquiatra privado	4,0	4,9
Médicos generales	7,1	3,7
Organizaciones juveniles de ayuda	4,6	2,9
Maestros y educadores	3,4	2,5
NS/NC	12,8	9,3
Total	100,0	100,0
Base	(6.000)	(2.000)

Como puede observarse, tres años después, los trabajadores demandan los mismos medios que en 1984 pedía el conjunto de la población española. La jerarquización de dichos medios es prácticamente idéntica: los *centros especializados en toxicomanías*, las *asociaciones de ex drogadictos* y la propia

familia siguen siendo los medios considerados más importantes para el abandono de la droga.

Y en lo que se refiere a las medidas de carácter más general, las demandas de los trabajadores se perfilaron del siguiente modo:

Tabla 13. Medidas más eficaces en la lucha contra la droga

	1984	1987
Represión de los traficantes	32,0	26,2
Represión de los consumidores de drogas	2,4	3,1
Campañas de información en los medios de comunicación sobre las consecuencias de las drogas	9,8	15,5
Despenalización de las drogas	4,9	4,5
Mejorar las condiciones de vida (trabajo, ocio, etc.)	21,3	19,9
Crear estímulos y motivar a la gente	6,1	7,3
Educación sobre la droga en las escuelas	7,8	9,6
Más centros de asistencia y tratamiento	4,6	5,1
Programas de orientación y asistencia familiar	2,3	3,2
Actuaciones de los sindicatos	—	0,4
Los servicios médicos de las empresas	—	0,3
NC	2,3	5,2
Total	100,0	100,0
Base	(6.000)	(2.000)

La coincidencia en la demanda de medidas generales por los trabajadores y el conjunto de la población, con ligeras diferencias porcentuales, es plena. La *represión del tráfico* de drogas, la mejora de las *condiciones de vida*, las *campañas de información*, la *educación en las escuelas* sobre la droga y la *creación de estímulos* y la *motivación de las personas* en otros campos (cultura, ocio, deporte, etc.) son las medidas más frecuentemente solicitadas.

Todas estas medidas de carácter general, que deben ser promovidas por el Gobierno y la Administración en sus distintos niveles (central, autonómico y local) podrían ser complementadas, en lo que a los trabajadores y sus familiares se refiere, con una acción de los sindicatos y los servicios médicos de empresa.

De los *sindicatos* reclaman, principalmente, *información* sobre la problemática de las drogas, *servicios de primer contacto* y asesoramiento a los trabajadores con problemas de drogas, ayuda y *asesoramiento a las familias* de trabajadores alcohólicos o drogadictos, y, finalmente, la elaboración de *propuestas a la Administración* sobre estos problemas.

Y de los *servicios médicos de empresa* los trabajadores solicitan, fundamentalmente, *información* a los trabajadores sobre las consecuencias del alcohol y las drogas, *control de la salud* de los que tengan problemas de alcohol y drogas, *orientación* a los trabajadores con problemas de alcohol o drogas a *centros especializados*, y, por último, colaboración con los sindicatos en un *plan conjunto de prevención* del consumo de drogas en el medio laboral.

CONCLUSIONES MAS IMPORTANTES

A modo de recapitulación de todo lo dicho anteriormente, podemos establecer las siguientes conclusiones más importantes:

Desde un punto de vista epidemiológico, resulta evidente que el *tabaquismo* y el *alcoholismo* son los principales problemas que tienen los trabajadores, en lo que al consumo de drogas se refiere; con un 54,1% de fumadores diarios y algo más de un millón de individuos en grave riesgo de alcoholismo potencial, éste es el reto más importante desde una perspectiva de *salud pública*.

Ciertamente, las *drogas ilegales* más comúnmente relacionadas con el *fenómeno social de las «drogodependencias»* también están presentes en el medio laboral: la *cánnabis* es consumida de modo habitual por un 3,8% de los trabajadores; la *heroína* la toman de un modo más o menos habitual unos 20.000, aunque el uso habitual diario es mucho menor (unos 5.000), sin duda por la gran dificultad de compatibilizar el ejercicio de un trabajo regular con la dependencia de esta droga. Sin embargo, la más preocupante de este tipo de drogas empieza a ser la *cocaína*, la cual se encuentra en expansión con un 5,6% de trabajadores que la han usado alguna vez; aunque su uso es más esporádico, su creciente difusión en el medio laboral va a obligar muy pronto a tomar serias medidas ante los problemas que va a provocar.

En lo que se refiere a la estructura de edades en el consumo de drogas, hay dos hechos que revisten cierta gravedad: uno es el *precoz inicio en el consumo* de determinadas drogas, alrededor de los 16 como edad media el tabaco y el alcohol, y entre los 16 y los

20 la cánnabis, heroína, alucinógenos, anfetaminas y cocaína; otro es la *prolongación del hábito del consumo* a lo largo de casi toda la vida del tabaco, el alcohol y determinados psicofármacos. Cualquier plan de lucha contra la droga ha de pasar, entre otras muchas cosas, por intentar *retrasar la edad del inicio en el consumo*, especialmente en las drogas legales, que son las más precoces; así como procurar *quebrar el hábito de consumo crónico*, de modo que a determinadas edades maduras (a partir de los 40 o 45 años) se consiga el abandono del tabaco y el alcohol y un control más ajustado a las necesidades reales de los psicofármacos.

En lo referido al *policosumo* hemos demostrado que, si bien las drogas ilegales son las que alcanzan una media más alta de uso múltiple con dos tipos de policonsumo altamente toxicómano nucleados uno en torno a los opiáceos y otro en torno a la cocaína y los alucinógenos, no obstante la *asociación más generalizada es la formada por el alcohol y el tabaco*, combinación cuyas nocivas consecuencias para la salud humana es bien conocida por la ciencia médica. Ante esto conviene recordar que entre la población trabajadora la *relación entre los potencialmente alcohólicos y los que consumen heroína, de un modo más o menos regular, es de 50 a 1*.

Relacionado con esto último, y en lo que a las *motivaciones* se refiere, hemos podido comprobar que las de *carácter social*: «costumbre social», «porque facilita el contacto social», etc..., son las que están en la base del consumo de las drogas legales culturalmente integradas. Las drogas ilegales tienen otros motivos par su consumo, fundamentalmente de carácter *hedonista o experimental* (pasar el rato, gusto por lo prohibido, deseo de sensacio-

nes nuevas, etc.), o de *respuesta social* (escapar a problemas personales, sentirse libre, rechazo en la familia o el trabajo, estar a disgusto con la sociedad, etc.). Sin duda, otro dato importante para un plan de acción ante las drogas sería esta tipología básica de motivaciones, lo cual implica orientar la *acción preventiva* desde tres ejes: *progresivo control del expansionismo de las drogas legales* (eliminación o drástica restricción de su publicidad, acotación de espacios públicos permitidos, desarticulación de sus discursos simbólicos y subliminales...); *ofrecer ante las motivaciones hedonistas y experimentales nuevos objetos gratificantes que permitan una reorientación de la libido* (ocio más atractivo, abundantes instalaciones deportivas, promoción de la cultura, mayor participación social y sobre todo de los jóvenes...); finalmente, la *desactivación de muchas de las motivaciones de respuesta social*, comportaría dos tipos de actuaciones: una a largo plazo, orientada a la *construcción de una sociedad menos conflictiva y frustrante capaz de integrar mejor a sus miembros*; otra a plazo más inmediato, consistente en la *creación de condiciones objetivas más favorables*: empleo juvenil, erradicación de la pobreza y la marginación, servicios sociales adecuados, mejores condiciones en el trabajo, etc.

Otra cuestión clave para entender cabalmente el problema de las drogas es *superar el prejuicio de considerarlas exclusivamente desde la óptica de las conductas desviadas y la inseguridad ciudadana*. Ciertamente esta es la consecuencia más llamativa, pero no la única ni la que incide en un mayor número de personas. *Otras muchas consecuencias afectan a la mayoría de los trabajadores que consumen drogas*: problemas laborales (absentismo, sanciones, despidos...), conflictos en la fa-

milia, accidentes de trabajo y de tráfico, etc. Un plan adecuado de asistencia y reinserción de trabajadores con problemas de alcohol y drogas debe tener esto en cuenta y ofrecer los servicios de atención y asistencia que cada problemática específica requiera.

Finalmente, queremos señalar que la lucha contra la droga y el tratamiento de las drogodependencias es una tarea de gran magnitud y complejidad y que requiere la *suma e integración de todos*

los esfuerzos posibles. En este sentido habría que descubrir el gran *potencial de colaboración existente en el medio laboral*; por una parte, a través de los *sindicatos*, que podrían convertirse en poderosos *cauces de información y mentalización de los trabajadores en una amplia acción preventiva*; así como los *servicios médicos de las empresas*, que podrían realizar una *labor formativa más a fondo en cada centro de trabajo* y una acción de *orientación y asesoramiento* a los trabajadores con problemas de este tipo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA EN EL ESTUDIO

30

- BARTHES, R. *Elementos de semiología*. Comunicación, 1971.
- COMAS, D. *El uso de drogas en la juventud*. Madrid, Ministerio de Cultura, 1985.
- DOUGLAS, F. M.; KHAVARI, K. A. *The drug use index: A measure of the extent of polydrug usage*. *Int J Addic* 1978; 13: 981-93.
- DOUGLAS, F. M.; KHAVARI, K. A.; FABER, P. D. *Three types of extreme drug users identified by a replicated cluster analysis*. *J Abnormal Psychol*, 1980; 89: 240-9.
- E. D. I. S. *La población española ante las drogas*. Madrid. Documentación Social, 1981.
- E. D. I. S. *El consumo de drogas en España*. Dirección General de Acción Social, Cruz Roja Española. Madrid, 1985.
- FREIXA, J. *El fenómeno de la droga*. Madrid. Salvat, 1982.
- FREIXA, J. *Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona. Fontanella, 1981.
- HUGUES, P. H. CANAVAN, K. P.; JARVIS, G.; ARIF, A. Extent of drug abuse: An international review with implications for health planners. *World Health Statistic Quarterly*, 1983; 36: 394-497. WHO Geneva.
- HAMBURG, B. A. y COLS. A hierarchy of drug use in adolescence: Behavioral and attitudinal correlates of substantial drug use. *AM J Psychiat*, 1975; 132: 155-63.
- IBÁÑEZ, J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*. Siglo XXI Editores, 1979.
- KAUFMAN, E. The abuse of multiple drug. Definition, classification and extent of problem. *AM J Drug Alcohol Abuse*, 1976; 2: 379-92.
- KHAVARI, K. A.; DOUGLAS, F. M. The polydrug assessment scale: A psychometric technique indirect measurement of drug use. *J Consult Clin Psychol*, 1978; 6:1566-8.
- KORNBLITH, A. B. Multiple drug abuse involving non opiate non alcoholic substances. I) Prevalence. II) Physical damage. Long-term psychological effects and treatment: approaches and success. *Int J Addic* 1981; 16: 197-232, 527-40.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol en la población adulta española*. Madrid, 1984.
- OLIVENSTEIN, C. *La toxicomanía*. Ed. Fundamentos, 1975.
- PIZARRO, N. *Metodología sociológica y teórica lingüística*. Alberto Corazón editor, 1979.
- SANTODOMINGO CARRASCO, J. *Epidemiología del alcoholismo en España*. Documentación Social. Madrid N.º 35 (1979) págs. 9-25.
- SINGLE, E. y COLS. Patterns of multiple drug use in school. *J Health Sor Dehav*, 1974; 15:344-57.
- VARO, J. R.; MADOZ, V.; AGUINAGA, M.; URZAINQUI, M. *Metodos standard de detección y estudio clínico de alcohólicos*. VII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Diputación Foral de Navarra. Pamplona, 1979.
- WHITEHEAD, P. C. Multidrug use. Supplementary perspectives. *Int J Addic*, 1974; 9: 185-204.

Jordi Camí*

Farmacología de la Cannabis**

RESUMEN

Se revisan los aspectos más relevantes de la farmacología de la cannabis. Se hace un breve repaso de la historia de esta planta y de su introducción en la sociedad occidental como droga psicoactiva. Se analizan algunos detalles de su botánica con el fin de precisar las preparaciones más utilizadas en nuestro medio (marihuana y haschish) y la amplia serie de principios activos identificados. Se exponen las características farmacocinéticas de los cannabinoles. También se detallan los aspectos farmacodinámicos, con especial énfasis en los efectos depresores. Tras repasar la toxicidad aguda se describen las interacciones con otras drogas psicoactivas. Se exponen y discuten las consecuencias físicas y psíquicas de su consumo a largo plazo, así como la supuesta participación de la cannabis en la escalada al consumo de otras drogas. Finalmente, se resumen las principales conclusiones de dos informes internacionales publicados hacia 1982.

SUMMARY

This reviews the most relevant aspects of the pharmacology of cannabis. There is a brief review of the history of this plant, and of its introduction into western society as a psychoactive drug. Some botanical details are analyzed, with the purpose of specifying the preparations most used in our environment (marijuana and hashish) and the wide range of active principles identified. The pharmaco-kinetic characteristics of cannabinols are set out. Pharmaco-dynamic aspects are also detailed, with a special emphasis on depressant effects. After reviewing acute toxicity, interactions with other psychoactive drugs are described. The physical and psychic consequences of long term use are set forth and discussed, as well as the supposed role of cannabis in the ladder of other drug use. Finally, the major conclusions of the two international reports published since 1982 are summarized.

INTRODUCCION

La *Cannabis sativa* es la planta a partir de la cual se obtiene la marihuana y el haschís, drogas de uso no médico que en la actualidad son objeto de gran controversia. Si bien

el consumo no médico de la planta se conoce desde hace centenares de años, la importancia de su consumo contemporáneo no tiene precedentes en la historia. Su introducción masiva en el mundo occidental a finales de 1960 originó grandes discusiones cuya magnitud e importancia en Estados Unidos han sido comparadas al tema de la Guerra de Vietnam¹. Actualmente sus partidarios aducen que los riesgos para la salud no son elevados y posiblemente menores que los que compor-

(*) Correspondencia: Instituto Municipal de Investigaciones Médicas. Paseo Marítimo s/n. 08003. Barcelona.

(**) Este texto fue elaborado en 1981 y revisado en 1983 y tuvo sólo difusión interna. Dada la actualidad del tema y de su contenido, se reproduce íntegramente tal como fue escrito en su día.

ta el consumo de alcohol y de tabaco y que, por este motivo, su utilización debería estar permitida. Los que están en contra hacen referencia a los riesgos desconocidos que supone el acumular otra droga de «uso social» a dos que ya comportan suficientes problemas sanitarios (alcohol y tabaco), así como también hacen referencia a la eventual aparición de efectos indeseables a largo plazo. En cualquier caso, la mayoría de los estudiosos sobre el tema se muestran cautelosos en sus conclusiones².

HISTORIA E IMPORTANCIA DE SU CONSUMO

32 La *Cannabis sativa* probablemente es originaria de las estepas de las regiones que van del Asia Central al Norte del Himalaya, Africa y Europa Meridional (donde fue difundida por los griegos y especialmente los romanos). El cultivo de la *Cannabis* se extendió notablemente para la producción de fibra (el cáñamo), fibra empleada para hacer cuerda, alpargatas, sacos, tejidos, etc..., además de las semillas se extraía un aceite secante utilizado para hacer pinturas y jabón, para quemar, etc... Pero a su vez también se ha ido seleccionando una variedad de la planta que se caracteriza por tener una riqueza especial en sustancias psicoactivas. De hecho, la producción industrial de cáñamo, que alcanzó su máximo hacia la segunda mitad del siglo XIX, ha ido disminuyendo gradualmente a causa, sobre todo, de la competencia de las fibras artificiales, y al contrario, actualmente en determinadas zonas, ha incrementado el cultivo de la variedad rica en principios psicoactivos para su consumo como droga.

Un mito perpetuado por muchos escritores modernos¹ consiste en referir-

se a su utilización milenaria con fines terapéuticos: Shen Nung, emperador chino y médico, lo detallaría en una «farmacopea» escrita unos 2.700 años a. C.³. Se conoce la referencia de la cannabis en un tratado de medicina chino del siglo II d. C.⁴, y quizá la referencia más antigua se encuentra en documentos asirios de unos 800 años a. C. En el mundo contemporáneo son clásicos los trabajos de O'Shaughnessy, médico irlandés de la era pre-científica que hacia 1840 usaba el hashís en la India para hacer frente a dolores, espasmos y un caso de tétanos⁵.

El consumo tradicional de cannabis en la India probablemente tiene tanta antigüedad como las prácticas de los Veda en celebraciones dedicadas a Shiva, así como las de las meditaciones de los místicos. En las regiones musulmanas del Oriente Medio y del Norte de Africa, la cannabis ejerce las funciones de «intoxicante social» sustituyendo al alcohol del mundo occidental sin duda por la prohibición religiosa de éste; si bien su utilización es ilegal en la mayoría de estas regiones, el consumo regular está ampliamente extendido.

El uso no médico de la cannabis en Europa Occidental fue introducido probablemente por las tropas de Napoleón, cuando volvieron de la campaña de Egipto a principios del siglo XIX. Su uso tuvo una adopción minoritaria en círculos intelectuales (este sería el caso del grupo de escritores franceses que, como Balzac, Baudelaire, Dumas y Gautier, se reunían bajo el signo del «Club des Haschischins» en París en el período 1840-1860); no obstante, su uso social en Europa Occidental no tuvo importancia hasta finales de 1960. En el Sur de Africa y en las regiones del Caribe, el uso de cannabis se ha confinado casi exclusivamente a las clases

trabajadoras y a los núcleos de población autóctonas más pobres. Como medicina, la cannabis y sus derivados se mantuvieron en diversas farmacopeas de todo el mundo hasta principios del siglo XX; por ejemplo, en el momento de su prohibición en Estados Unidos (1937), existían unos 30 específicos de libre dispensación en las farmacias, específicos destinados a aliviar dolores y malestares de todo tipo⁶. Su reconocimiento en diversas farmacopeas prosiguió hasta que en 1915 se produce el primer intento internacional de control de la cannabis, y su consideración como elemento terapéutico desapareció a partir de la segunda guerra mundial. El despegue importante en el consumo de cannabis, en Europa Occidental y sobre todo en los Estados Unidos, se produce a partir de 1960; de su forma rápida y gradual cambian totalmente los patrones de su utilización: la cannabis se introduce de una forma masiva entre la juventud, se asocia inicialmente a actitudes contestatarias, marginales, los denominados movimientos contraculturales y la «subcultura de la droga», para pasar luego a ser una droga más de consumo y entretenimiento para la juventud.

Actualmente una buena parte de todas las clases sociales del mundo conocen los efectos de esta planta y sus derivados. Una encuesta de las Naciones Unidas realizada en uno de los momentos punta (1967-1968) estimó que en el mundo existían de 200 a 300 millones de consumidores regulares (es decir, un 7-10% de la población mundial), la mayoría de ellos en regiones donde su uso es ilegal (Asia y Norte de Africa). Los Estados Unidos tienen datos epidemiológicos más completos sobre el problema en su medio: en 1977 se calculó que el número de consumidores habituales (al menos una vez al día) era superior a los tres millones;

más de 30 millones de norteamericanos la habían probado alguna vez, y tres de cada cinco jóvenes norteamericanos entre 18 y 25 años conocían sus efectos⁷.

En España no existen datos suficientes, aunque algunos estudios sugieren que por lo menos un 35% de nuestra juventud conoce sus efectos. Si bien la proximidad con el Norte de Africa ha permitido que en España nunca se desconociera la «grifa», tras el «boom» observado en Estados Unidos y en Europa del Norte, también se ha asistido a un incremento considerable de su consumo entre la juventud española en los últimos años y de una forma progresiva⁸.

LA PLANTA Y SUS PREPARACIONES

La *Cannabis sativa* (L.) forma parte de la familia de las cannabáceas junto con el *Humulus lupulus*, el lúpulo de la cerveza. El nombre de *Cannabis indica* que aparece en muchas farmacopeas, es un nombre atribuido a la variedad de uso medicinal pero de hecho indica la variedad cultivada en la India. Se trata de una planta herbácea anual con tallo erecto que crece de uno a tres metros de altura; las hojas son palmiformes, de cinco a siete segmentos largos y profundamente dentadas. Es dioica, las plantas masculinas (que crecen y duran menos que las femeninas) producen racimos laxos de flores verdosas y las femeninas tienen las flores en forma de ampolla, reunidas en las sumidades de las ramas o las axilas de las hojas. Para un cultivo óptimo se requieren climas cálidos y húmedos; por esto las zonas ideales son las sierras y montañas de regiones semitropicales como Méjico, Colombia, Líbano, picos bajos del Himalaya y las montañas del Rif de Marruecos.

La variedad que se utiliza como droga contiene en los brotes florales pegajosos una cantidad especialmente elevada de principios psicofarmacológicamente activos, los denominados «cannabinoides». En la planta, la riqueza de cannabinoides varía según la parte que se trate (brácteas > flores > hojas > tallos > raíces y semillas); contrariamente a lo que se ha divulgado, las plantas macho y hembra de una misma variedad contienen cantidades similares de cannabinoides.

Además, el material empleado como droga varía en potencia y efectos (por variación de las cantidades y proporciones relativas de cannabinoides) según factores climáticos y estacionales, según el método de cultivo y de acuerdo con el origen geográfico; probablemente existen diferencias genéticamente determinadas entre las variedades de la planta (es conocido, por ejemplo, que la variedad que crece en Méjico o en los Estados Unidos, es menos potente que la de Asia u Oriente Medio). Finalmente el tiempo de crecimiento, la forma de procesar los productos y la duración y las condiciones de almacenamiento son factores críticos para la producción y conservación de los cannabinoides⁹⁻¹³.

1. Preparaciones

La resina de las plantas de cannabis es la principal fuente de principios activos responsables de la acción psicoactiva. Las brácteas glandulares de las hojas y de las terminaciones de los tallos exudan una resina pegajosa que cubre las flores y hojas adyacentes. La planta hembra segrega más resina que la macho, así como segregan más las plantas cultivadas en climas cálidos y secos.

La marihuana («grifa», «maría», «hierba») es el término por el que se conoce la preparación seca y triturada de flores, hojas y pequeños tallos; generalmente se fuma sola en forma de cigarrillos o mezclada con tabaco y es la principal forma de consumo en Norteamérica. El hashís («chocolate», «mierda», «costo», «goma») es un término árabe que hace referencia explícita a un exudado resinoso, labor concentrada de las partes más ricas de la planta que, una vez prensada, se presenta en forma de pastillas para su consumo; se deshace al calor y se fuma mezclada con tabaco, tratándose del principal sistema de consumo de la cannabis en nuestro país («porro», «canuto», «petardo»). Al contrario, en Estados Unidos se consume principalmente marihuana, y en la India, tradicionalmente, han existido tres tipos de preparaciones algo distintas: el *bhang*, equivalente a la marihuana; el *charas*, equivalente al hashís de alta calidad, y el *ganja*, producto intermedio. El *kif*, preparación típica de consumo en Marruecos sería una preparación similar al *ganja*. Mientras la marihuana se adultera con hierba-paja, orégano u hojas de estramonio, el hashís también ha sido objeto de fraude a lo largo del tiempo, por ejemplo, a base de pienso o a base de jena; en algunas regiones del Oriente, como en Afganistán, es corriente la mezcla de hashís con pequeñas cantidades de opio. Existe también una preparación mucho más concentrada, el aceite de hashís, que se obtiene por un proceso de filtración.

2. Los cannabinoides

La farmacología de la cannabis se empezó a estudiar de una forma sistemática a finales del siglo pasado; hay que destacar desde los trabajos de Wood y cols. en 1896¹⁴, hasta los del

Dr. R. Adams que en 1942¹⁵, aislaría los primeros principios activos y, los de Gayner y Loewe que posteriormente ensayarían y demostrarían su actividad farmacológica.¹⁶⁻¹⁸.

En la actualidad se han descrito e identificado más de 30 cannabinoles distintos, entre los que hay que destacar el Δ^9 -tetrahidrocannabinol, el Δ^8 -tetrahidrocannabinol, el cannabidiol, el cannabinol, el cannabiciclol, el cannabinozem, todos ellos con sus ácidos correspondientes, y la tetrahidrocannabidivarina y los ácidos cannabielsoicos, entre otros principios activos; también se han identificado otras sustancias, alcaloides y productos aromáticos que nada tendrían que ver con la actividad farmacológica de los cannabinoles.

De todos los cannabinoles hay que destacar el Δ^9 -tetrahidrocannabinol (en adelante THC) que se trata del principal componente psicoactivo. Aunque ya fue identificado a principios de 1940, no se aisló y caracterizó hasta 1964 por el equipo del profesor Mechoulam en Israel¹⁹. Isbell y cols. en 1967²⁰ realizaron la primera demostración cuidadosa en humanos de que los efectos de la marihuana podrían reproducirse con la administración de THC sintético. Hasta el momento se conocen por lo menos cuatro formas de síntesis estereoespecíficas de THC^{19, 21-23}. El THC puro es una resina sólida a 0° que se licua en forma de aceite viscoso a temperatura ambiente; es insoluble en agua y sólo se disuelve en algunos disolventes orgánicos. La cantidad de THC de la planta puede variar del 0,02 al 3,5%; una marihuana de razonable calidad contiene de 0,5-1% o más de THC por gramo, sobre todo cuando está fresco, puesto que las prestaciones de cannabis se deterioran al exponerlas a la luz y el calor y al almacenarlas, con pérdida de THC que en su

mayoría se descarboxila hacia cannabinol, compuesto de degradación que también posee propiedades psicoactivas. El cannabinol en general no está presente en el material fresco de la planta y se considera un producto catabólico del THC, ya sea por la oxidación del aire, ya sea tras el metabolismo humano del THC. El Δ^8 -THC es un isómero bastante potente aunque menos que el THC; en algunas variedades no siempre está presente. Un 90% del THC y del cannabinol que se encuentra en el material fresco de la planta, está en forma de ácidos; los ácidos tetrahidrocannabinólicos son inactivos como tales, pero tras la combustión se convierten en THC, contribuyendo así a los efectos de la cannabis cuando se fuma, a diferencia de cuando se ingiere por vía oral. El cannabidiol probablemente es el precursor de la biosíntesis del THC en la planta, su concentración en la planta en general es inversamente proporcional a la de THC y tras la combustión se convierte parcialmente en THC²³.

Si bien los efectos de la cannabis son debidos fundamentalmente a su contenido de tetrahidrocannabinoles, estos contenidos no siempre se presentan en la misma cantidad y proporción con respecto al resto de cannabinoles y además existen efectos que son el resultado de interacciones entre los cannabinoles por distintas razones farmacodinámicas y farmacocinéticas. Por lo tanto no existe necesariamente una correspondencia cuantitativa entre los efectos de la preparación y su contenido en THC.

FARMACOCINETICA DE LOS CANNABINOLES

Tras los incipientes estudios de principios de nuestro siglo, en 1914 se con-

fecciona el informe «La Guardia», primer estudio sistemático sobre una intoxicación aguda con marihuana²⁴ y años después Weil y cols. (1968)²⁵ realizarían el primer estudio controlado con marihuana en voluntarios sanos utilizando controles y muestras placebo a doble ciego. Fue en esta época que se iniciaron los estudios clínicos controlados de la cannabis debido a la dimensión social que alcanzaba el tema y debido a la preocupación de las autoridades sanitarias sobre la toxicidad potencial del consumo a gran escala de esta planta. La administración norteamericana destinó un presupuesto de investigación muy notable, el NIMH (National Institute of Mental Health) se ocupó de sintetizar y controlar el THC, y hasta que no se completaron los estudios toxicológicos en animales de laboratorio, no se iniciaron los estudios a gran escala en humanos.

En los últimos 20 años han aparecido más trabajos sobre la acción y la toxicidad de los cannabinoles que en toda la historia de su farmacología. Comparar los estudios recientes con los más antiguos no es tarea fácil puesto que las condiciones de experimentación han progresado mucho y en cualquier caso, cuando se usan preparaciones de la planta es muy difícil estandarizar una dosis determinada para cada uno de los componentes. Además, en estudios psicofarmacológicos es más difícil recoger datos de forma objetiva. Con el uso de productos de síntesis se avanzó notablemente a pesar de que estos estudios se han visto siempre dificultados por la preparación y administración del THC, a raíz de su insolubilidad acuosa.

Aún así, los trabajos de investigación han aparecido a una media de más de un artículo al día, y aproximadamente un tercio de ellos hacen referencia a

los efectos humanos. Existen muchas revisiones sobre los efectos agudos y crónicos de la cannabis, sobre sus efectos indeseables, sobre los aspectos legales y sociopolíticos de su consumo. De acuerdo con Jones,²⁶ proceder a una exhaustiva revisión de toda la literatura aparecida sobre el tema puede considerarse una tarea prácticamente imposible.

1. Absorción y distribución

La principal forma de consumo de la cannabis es por vía pulmonar. Tras inhalar el humo de un cigarrillo de marihuana los efectos son casi inmediatos²⁷, de manera que los principios activos se absorben rápida y eficazmente por inhalación, probablemente por la elevada liposolubilidad de los cannabinoles. Los efectos tienen su máximo entre 30 minutos y 1 hora para durar unas dos o tres horas; cuando se fuman preparaciones de cannabis, parte de THC se pierde por pirólisis y parte se forma a partir de los ácidos precursores; el resultado final o cantidad de THC liberada del cigarrillo sin transformarse puede ser un 15-50% del original²⁸; además debe tenerse en cuenta que la rentabilidad puede variar del 20 al 80 % según el fumador y su propia experiencia²⁹. Vía oral se requieren de 1 a 3 horas para que se desarrollen al máximo los efectos, los cuales a su vez duran más tiempo; todo ello se refleja perfectamente en el perfil farmacocinético. Se ha estimado que para obtener la misma intensidad de efectos se requieren dosis unas tres o más veces superiores a las usadas por vía pulmonar. En estudios clínicos se ha utilizado el Δ^9 -THC sintético por vía intravenosa, observándose que por esta vía es unas 10 veces más potente que por vía oral.

Tras el ingreso del THC en el organismo los niveles plasmáticos declinan rápidamente, apreciándose un fenómeno de redistribución; el THC circula unido en elevada proporción a las lipoproteínas y pobremente a la albúmina³⁰⁻³². Esta elevada unión proteica explicaría el porqué sólo una pequeña proporción de THC pasa al sistema nervioso central (de acuerdo con estudios efectuados en animales de laboratorio). Al final lo más relevante es el paso de THC hacia el tejido adiposo donde se almacena y se elimina de allí lentamente. Otros depósitos de cierta relevancia son el pulmón y el hígado. Al igual que la mayoría de fármacos liposolubles, el THC atraviesa la barrera placentaria³³.

2. Metabolismo y eliminación

El tetrahidrocannabinol se metaboliza principalmente en el hígado por el sistema microsomal, aunque también puede metabolizarse en otros lugares como el SNC y la mucosa del intestino delgado³⁴⁻³⁵. Se producen gran variedad de metabolitos más polares, de entre los cuales el principal y más importante es el 11-hidroxi-THC, sustancia con actividad farmacológica semejante a la de su precursor; este metabolito circula unido en elevada proporción a la albúmina de la sangre y podría ser el principio activo responsable de la mayoría de efectos en los consumidores crónicos.

Otro metabolito de interés es el cannabinol, aunque tal sustancia se produce en pequeña proporción. Un nuevo paso metabólico por el hígado transforma estos metabolitos en compuestos conjugados sin actividad farmacológica. Los otros cannabinoles de interés como el Δ^8 -THC, el cannabinol y el cannabidiol también sufren transformaciones metabólicas similares, siendo

su primer paso el de la transformación en derivados hidroxilados³⁶⁻³⁸.

Estudios del equipo de Lemberger en humanos usando THC marcado permitieron caracterizar definitivamente la farmacocinética del THC³⁹⁻⁴³. Tras la administración de una dosis por vía intravenosa en sujetos no experimentados se observó que el THC tenía una vida media de unas 56 horas; la eliminación se realizó un 45% por las heces y un 22% por la orina y al cabo de una semana se había eliminado sólo un 67% del total de la dosis inicial administrada. Estudios posteriores en fumadores crónicos revelaron que en ellos la vida media era mucho más corta, de unas 28 horas y proporcionalmente se eliminaba más cantidad de orina. Las diferencias entre consumidores crónicos y sujetos no experimentados se deberían en parte a la existencia de inducción enzimática en los primeros. Respecto a la prolongada vida media en cualquiera de los casos deben tenerse presente dos factores: por un lado, la existencia de circulación enterohepática que facilita el reingreso de los cannabinoles al organismo y explica la elevada excreción fecal detectada, y por otro lado, la existencia de un secuestro en tejidos grasos debido a la elevada liposibilidad de los cannabinoles⁴⁴⁻⁴⁹. Esta circunstancia ha motivado el estudio de los posibles efectos indeseables consecutivos a su eventual acumulación en el organismo.

EFFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

1. Efectos psicológicos.

Una persona que ingiere o fuma cannabis experimenta una clara secuencia predecible de cambios físicos y psíquicos que duran unas horas y que desa-

parecen gradualmente. Pero si bien existen unos cambios fisiológicos bastante invariables (ligera taquicardia y enrojecimiento conjuntival), la respuesta psicológica es más variable y está sujeta a factores subjetivos. Quizá una de las primeras descripciones de los efectos de la cannabis se encuentra en la monografía «Des haschisch et de l'alienation mentale» publicada en 1845 por el psiquiatra francés Joseph Moreau de Tours. Pero este autor, como muchos otros del período previo a la era científica, reseñó toda una serie de cambios en los que los aspectos subjetivos y las distintas preparaciones usadas distorsionaron notablemente los efectos reales de la cannabis. En cualquier caso resulta difícil detallar en qué consiste una intoxicación aguda por cannabis. A continuación reproducimos la descripción de Jaffe y cols., 1980, que se encuentra en la excelente monografía de divulgación «Addictions»⁷:

«Si usted fuma un cigarrillo medio (que contenga unos 10 mg de THC) notará en seguida cómo le incrementa el pulso, quizá inicialmente tendrá una vaga sensación de que el tiempo se entelece... si continúa fumando se encontrará más relajado; las sensaciones auditivas, del gusto, del olfato y del tacto le parecerán más vivas... a veces unas cosas alegres le producirán hilaridad... usted quizá se preocupará por la memoria o la capacidad de concentración, siendo a veces incapaz de recordar aquello que acaban de decirle o no pudiendo terminar una explicación que había iniciado... incluso puede llegar a tener sensaciones desagradables o espantosas, sintiendo sospechas irracionales ante su entorno... con dosis elevadas, o si usted es excepcionalmente sensible a la droga, los cambios en la percepción y en las sensaciones pueden producirle ansia, pánico e in-

cluso parecerle que se está volviendo loco...»

En definitiva, la respuesta farmacológica a la cannabis depende, por un lado, del tipo de preparación (y su riqueza en cannabinoles), de la dosis utilizada, de la forma de administración (inhalaciones prolongadas, por ejemplo), de las circunstancias metabólicas del individuo y del uso concomitante de otros fármacos (como el alcohol); pero por otro lado, los efectos de la cannabis dependen en gran medida de la personalidad, expectativas y experiencia del consumidor así como de las circunstancias (lugar, ambiente, amigos) bajo las que se realiza la experiencia.

Efecto eufóricodistórico

La inhalación de dosis de 25-50 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de THC (dosis oral equiefectiva de 50-200 $\mu\text{g}/\text{kg}$) produce una sensación de euforia inicial y bienestar acompañada de un cierto grado de trastornos de la coordinación (es el ir «colgado», «pasado», «ciego» del argot).

Estudios experimentales han comprobado que los consumidores experimentales presentan más efectos eufóricos que trastornos de otras funciones mentales o psíquicas, mientras que en individuos sin experiencia previa, la cannabis produce unos efectos a la inversa. Las circunstancias bajo las que se consume la cannabis tienen especial importancia en las características de este efecto eufórico: por ejemplo, en un ambiente social apropiado, el efecto eufórico puede manifestarse en logorrea, gregarismo y aparente hilaridad. El cannabinoles presenta una potencia euforizante por vía intravenosa de aproximadamente 1/3 la del THC, en cambio el cannabidiol puede llegar a disminuir la actividad del THC. En al-

gunos casos, los cambios perceptuales y somáticos que se irán describiendo pueden convertirse en sensaciones de temor o ansiedad, particularmente en individuos no experimentados o en sujetos bajo circunstancias excepcionales de «stress» (p. ej., por un arresto, etc.)²⁵⁻²⁷.

Efecto sedante

Un efecto repetidamente comprobado tanto en humanos como en el animal de experimentación es la depresión generalizada que el THC ejerce sobre el sistema nervioso central. Tras los efectos eufóricos y los cambios en la percepción de, por ejemplo, una dosis oral de 0,4-1,0 mg/kg, el THC produce una marcada sedación y abatimiento con cierto grado de relajación, pérdida de la capacidad de concentración, y según la dosis, letargia y somnolencia. En este sentido la cannabis se parece al alcohol; en un ambiente determinado, el alcohol también presenta este efecto eufórico inicial (por acción desinhibidora sobre el SNC) que va seguido invariablemente de sedación y somnolencia. Y al igual que otros depresores del SNC, el THC también afecta el ritmo fisiológico normal del sueño, alterando fundamentalmente la fase REM, a pesar que el trazado electroencefalográfico es distinto al producido por el alcohol⁵⁰⁻⁵².

Efectos sobre la percepción y la función sensorial

Cantidades de cannabis 5-10 veces superiores a las necesarias para producir euforia, pueden afectar la percepción visual y auditiva así como la apreciación subjetiva del tiempo (el tiempo parece que pasa más lentamente). Pue-

den aparecer alteraciones momentáneas de la agudeza visual y de la discriminación de los colores, alteraciones similares a las que aparecen bajo los efectos agudos del etanol.

De todas formas es difícil cuantificar estos cambios en el laboratorio, y sólo se han confirmado de una forma regular los cambios en la apreciación subjetiva del tiempo mientras que no se han constatado cambios objetivamente medibles de la percepción auditiva, visual o táctil. Otros cambios sobre la sensación dolorosa se discutirán más adelante.

Sobre los cambios en la esfera sensorial, la mayoría de autores han constatado que fundamentalmente se trata de una sobreestimación, un sentimiento de incremento inespecífico de las sensaciones que, a pesar de ser una impresión meramente subjetiva, sería común entre todos los experimentadores⁵³⁻⁵⁶. En algunos sujetos, dosis de 2-3 mg/kg de THC por vía pulmonar o de 3-5 mg/kg por vía oral pueden producir cambios suficientemente marcados en la percepción como distorsiones visuales o incluso pseudoalucinaciones; la presentación de estas reacciones es poco común y se consideran manifestaciones de una sobredosificación tóxica; en cualquier caso, los efectos observados no podrían catalogarse como verdaderas alucinaciones químicas del tipo de las que producen el LSD o dosis elevadas de anfetaminas. En consecuencia, la cannabis sólo es una sustancia alucinógena en circunstancias muy excepcionales, ante sujetos con una predisposición determinada y tras el consumo de dosis muy elevadas o el consumo conjunto de otros fármacos; la cannabis debe clasificarse como una sustancia esencialmente depresora del sistema nervioso central⁵⁷⁻⁵⁸.

Trastornos en la función intelectual y en la conducta.

Estudios de experimentación en la mayoría de especies animales han comprobado que los efectos de los cannabinoles sobre la conducta abierta son una combinación de propiedades depresoras y estimulantes; los efectos depresores son más evidentes en experimentos en los que se emplean técnicas operacionales (el THC deprime la actividad inducida por distintos esquemas de reforzamiento, fenómeno que desarrolla tolerancia); a pequeñas dosis en algunas especies los cannabinoles producen un pequeño incremento en la velocidad de respuesta y, en procedimientos de aversión, los cannabinoles generalmente presentan efectos distorsionadores. La mayoría de fármacos activos sobre el sistema nervioso central incrementan la velocidad de respuesta a dosis bajas y la deprimen a dosis elevadas; los cannabinoles presentan unos efectos distintos y específicos (generalmente deprimen la velocidad de respuesta independientemente de la dosis establecida); en definitiva, el THC presenta unas características diferenciales del resto de psicofármacos que impiden generalizar una respuesta típica^{1, 59-62}.

Los trabajos en farmacología humana describen múltiples alteraciones de las tareas de ejecución y cognoscitivas bajo los efectos de la cannabis, alteraciones relacionadas con la dosis; investigaciones más sofisticadas han puesto en evidencia que las alteraciones entre la dosis y la dificultad de ejecución son variables: el desarrollo de determinadas tareas cognoscitivas puede incluso mejorar cuando se utilizan dosis bajas. En este sentido, muchos sujetos experimentados creen que pueden, si es necesario (y si no se

ha ingerido una cantidad excesiva), volver a la «normalidad» con el fin de realizar una tarea determinada o «aparentar» estar normal, fenómeno que se trata de una impresión subjetiva pero que se ha podido constatar en el laboratorio^{26, 63}. En definitiva, los efectos en las tareas de desarrollo pueden variar notablemente no sólo en función de la dosis, sino también de la tarea exacta que se trate; la experiencia previa en una determinada tarea puede minimizar los efectos distorsionadores de la cannabis en consumidores crónicos; la aplicación de incentivos ante el buen desarrollo de una prueba (por ejemplo, dar dinero ante cada respuesta correcta) puede hacer disminuir notablemente los efectos de la cannabis⁶⁴⁻⁶⁶. Estas observaciones ayudan a interpretar el porqué muchos consumidores habituales de cannabis pueden esforzarse en un momento dado a estar en condiciones aparentemente normales si las circunstancias lo exigen.

En general, existen dos alteraciones que la mayoría de autores han descrito como reproducibles tras el consumo de pequeñas dosis de cannabis: trastornos en la memoria inmediata y disminución de la capacidad de realización de determinadas funciones (como aquellas en las que se involucra el tiempo de reacción, la formación conceptual, el aprendizaje, la coordinación motora perceptual, la capacidad de atención y la detección de señales o estímulos)⁶⁷⁻⁷⁸.

Determinaciones no farmacológicas de la respuesta subjetiva

Jones y cols. han realizado muchos estudios sobre los determinantes no farmacológicos de la respuesta subjetiva, sobre todo acerca de la importancia de las expectativas previas del sujeto ante la intoxicación y de las con-

diciones bajo las que se realiza la experiencia⁷⁹.

Por ejemplo, se ha demostrado que los individuos experimentados presentan una elevada reactividad al placebo, de forma que existe un grado de irrealidad en la autovaloración de los efectos de una dosis determinada de cannabis, fenómeno que diferenciaría notablemente en calidad los efectos de la cannabis, respecto de los del alcohol. Pero al igual que el alcohol, en muchos casos, la cannabis produce una hipermanifestación del estado de ánimo del sujeto previo a la intoxicación; ello sería particularmente importante en sujetos no experimentados con un elevado grado de depresión, por ejemplo⁸⁰⁻⁸¹. En estudios experimentales con animales de laboratorio, se ha observado que los efectos de la cannabis difieren en función de las condiciones solitarias o de grupo con que se dispone a los animales de estudio⁸², ello también se ha reproducido en humanos de tal forma que los efectos eufóricos son más pronunciados cuando los consumidores están en grupo mientras que los efectos disfóricos son más frecuentes en consumidores solitarios⁷⁹.

La influencia de las expectativas individuales es un factor importante en la acción de cualquier fármaco psicoactivo; pero en el caso de la cannabis el ambiente y los factores socioculturales, sobre todo en el consumo crónico de dosis bajas, pueden modificar sustancialmente los efectos globales de esta droga^{79, 83-86}. Los condicionantes sociales, políticos y culturales de la juventud norteamericana influyeron notablemente en el desarrollo de una filosofía «contracultural» que nada tiene que ver con los consumidores crónicos de Jamaica, los cuales casi nunca experimentan este «bienestar» especial, sino que consumen marihuana con el

fin de que el trabajo les sea menos pesado o gravoso.

2. Otras acciones sobre el sistema nervioso

Efectos neurológicos

La cannabis produce en el hombre una disminución de la fuerza muscular aunque existan datos contradictorios respecto a las alteraciones en los reflejos tendinosos. Estudios realizados con dosis elevadas de THC por vía oral han demostrado la aparición de hiperreflexia, movimientos anormales, incoordinación, ataxia y nistagmus⁸⁷⁻⁸⁹.

En otro orden de cosas hay que destacar la actividad anticonvulsionante de algunos cannabinoles, fundamentada en su actividad depredadora sobre el sistema nervioso central. Esta actividad ya fue observada por Loewe en 1946 y ha sido reproducida en múltiples estudios experimentales.

En este sentido se han desarrollado productos análogos a los cannabinoles con el fin de explorar su interés terapéutico en distintas formas de epilepsia, aunque los resultados actuales aún son preliminares. Ello contrasta con el hecho de que en sujetos predispuestos con patología previa, la ingestión de cannabis podría precipitar una crisis comicial aguda⁹⁰⁻⁹⁵.

Existen también muchos estudios acerca del perfil electroencefalográfico de la intoxicación aguda por cannabis; si bien algunos efectos son característicos de este fármaco y difíciles de interpretar, la cannabis se comporta como cualquier otro fármaco psicoactivo, predominando los efectos depresores, los cuales se manifiestan de una forma reversible y relacionada con la dosis⁹⁶⁻¹⁰¹.

Un aspecto de considerable interés ha sido el estudio de eventuales lesiones orgánicas cerebrales tras el consumo crónico de cannabis. Quizá el toque de atención partió con las observaciones del grupo de Campbell en 1971, los cuales presentaron un estudio realizado en un grupo de 10 jóvenes fumadores habituales de marihuana y a los que tras pruebas pneumo-encefalográficas se les diagnosticó la existencia de atrofia cerebral. Este estudio fue después criticado tanto por la agresiva metodología utilizada como por el hecho de que la población estudiada presentaba también una larga historia de consumo de otras drogas, en las que se incluía el alcohol. Estudios posteriores mejor diseñados no han podido demostrar la existencia de lesiones neurológicas permanentes, es decir, la presencia de cambios macroscópicos relevantes en grupos de fumadores crónicos examinados por tomografía transaxial computerizada. No obstante, ello tampoco descarta la eventual existencia de cambios más sutiles en la función cerebral a pesar de que los estudios neuropsicológicos efectuados hasta la actualidad, en amplias muestras de fumadores habituales, no han permitido demostrar nada con certeza ¹⁰²⁻¹⁰⁴.

Efectos analgésicos, hipotérmicos y antieméticos

Se han constatado efectos analgésicos y antipiréticos del THC en el animal de experimentación; la demostración de estos efectos antinociceptivos requiere generalmente dosis elevadas y el efecto analgésico tendría unas propiedades más comparables a la morfina que a la aspirina; por este motivo se ha propuesto que los efectos analgésicos podrían ser debidos en parte a las acciones depresoras inespecíficas de la cannabis que algún autor ha califi-

cado de ansiolíticas. Esta acción farmacológica, también desarrolla tolerancia con relativa rapidez.

Por otro lado, los cannabinoles también presentan «in vitro» propiedades inhibitoras de la síntesis de prostaglandinas, lo cual explicaría parte de los efectos antiflogísticos observados en los animales. No obstante, este efecto observado en animales tiene poca transcendencia clínica; algunos autores no han podido reproducir estos efectos en humanos, otros han descrito que dada la hipersugestibilidad inducida por la cannabis, en algunas circunstancias se manifestaría una exageración por el dolor, otros autores han reproducido este efecto paradójico y han comprobado su eventual utilidad en pacientes neoplásicos aunque creen que el beneficio debe atribuirse a las propiedades depresoras y sobre la conciencia de la cannabis. En cualquier caso, también se están desarrollando productos análogos con el fin de introducirlos en la terapéutica antiálgica ¹⁰⁵⁻¹¹¹.

Otra acción con relativa transcendencia clínica es el efecto hipotérmico observado repetidamente en experimentación animal; se trata de un efecto reproducible con el Δ^8 -THC y metabolitos del THC, relacionado con la dosis y que también desarrolla tolerancia; en humanos se ha observado este efecto sólo a dosis orales muy elevadas y se ha propuesto que sería debido a una interferencia del THC con los mecanismos serotoninérgicos reguladores de la temperatura ¹¹²⁻¹¹⁴.

Un aspecto de indudable interés y de actual transcendencia clínica es la actividad antiemética diferencial del THC; si bien el estudio de las aplicaciones terapéuticas de la cannabis no es objeto de esta revisión, debe reseñarse que en la actualidad, de todas las propuestas para uso terapéutico de la can-

nabis que se han realizado a lo largo de los últimos veinte años, la más consistente y la que cuenta con estudios clínicos más convincentes, es la de su uso en pacientes oncológicos tratados con fármacos citostáticos con el fin de reducir las náuseas y vómitos inducidos por el tratamiento quimioterapéutico (ver la reciente revisión de Poster y cols. 1981¹¹⁵). Esta actividad farmacológica no tendría que ver con los eventuales efectos irritativos que se han descrito en intoxicaciones agudas por cannabis; al parecer si tras una ingesta importante de bebidas alcohólicas y bajo sus efectos se fuma cannabis es casi invariable la presentación de vómitos.

3. Mecanismo de la acción psicoactiva

Los cannabinoles psicoactivos ejercen distintas acciones en el sistema nervioso central que a pesar de haber sido profundamente estudiadas, no han permitido aún ser debidamente interpretadas o comprendidas.

En general, los cannabinoles no pueden identificarse propiamente como sedantes-hipnóticos ni como alucinógenos o psicotomiméticos, puesto que comparten acciones comunes de cada uno de estos grupos. De acuerdo con la teoría de WDM Paton, los cannabinoles actuarían por sus propiedades lipofílicas al igual que los anestésicos generales, interfiriendo de una forma inespecífica con las membranas celulares. Pero paralelamente, los cannabinoles también producen sustanciales alteraciones en los principales sistemas de neurotransmisión central, fundamentalmente en aquellos situados en la región del sistema límbico del encéfalo, lugar donde se sitúan estructuras que regulan el comportamiento emocional; por ejemplo, aunque inter-

fieran con la velocidad de síntesis no producen cambios importantes en los índices basales de noradrenalina y dopamina, incrementan el tono serotoninérgico y algunas acciones del comportamiento son debidas a efectos de tipo anticolinérgico¹¹⁶⁻¹²⁰.

EFFECTOS FISICOS

1. Efectos pulmonares

Los cannabinoles y principalmente el THC, ejercen una acción inespecífica en el árbol bronquial de tipo broncodilatadora; este efecto no es interferido ni por la atropina ni por el propranolol, sugiriéndose que estaría mediatizado por distintos mecanismos a los de la regulación adrenérgica y colinérgica pulmonar; el efecto broncodilatador del THC ha despertado interés por sus posibles implicaciones terapéuticas, de forma que se ha ensayado con relativo éxito en pacientes asmáticos y en diversos tipos de broncoespasmos; no obstante, tras varias semanas de consumo continuado, el efecto broncodilatador del THC desarrolla tolerancia¹²¹⁻¹²³.

Sin duda los efectos indeseables derivados de la principal y más popular forma de consumo de la cannabis (vía pulmonar) revisten mucha más transcendencia que los posibles efectos beneficiosos antes mencionados. Ya en 1894, el «Indian Hemp Drugs Commission Report» alertó sobre la posibilidad de que los fumadores crónicos de marihuana desarrollasen trastornos pulmonares. En efecto, el consumo crónico por inhalación disminuye la capacidad vital y altera los principales signos del funcionalismo pulmonar; los efectos persisten durante tiempo y los autores sugieren que tras un largo período de consumo de cannabis pueden aparecer

cambios de importancia clínica, tales como bronquitis, trastornos obstructivos y tos crónica¹²⁴⁻¹³³.

Los cambios serían cualitativamente semejantes a los atribuidos a un fumador moderado de tabaco con años de experiencia, contribuiría a ello no sólo el que generalmente se fuma la cannabis con tabaco, sino que también el que la técnica de inhalación es más agresiva (inhalaciones más profundas y prolongadas, humo más caliente por el hecho de «compartir» el cigarrillo) y la existencia de más irritantes en los componentes del humo de un cigarrillo de cannabis. Estudios «in vitro» han demostrado que la cannabis produce alteraciones microscópicas comparablemente tóxicas a las del tabaco, afectando la división y el material genético de células pulmonares en cultivo¹³⁴⁻¹³⁵; a nadie se le escapa que, al igual que el tabaco, el consumo prolongado de cannabis también conlleva alteraciones carcinogénicas.

2. Efectos cardiovasculares y oculares

Tras una dosis única aguda de cannabis, la respuesta farmacológica más prominente es la aparición de taquicardia leve; este incremento de la frecuencia cardíaca ha sido reproducido en todos los estudios controlados, en algunos casos los sujetos no experimentados han sentido palpitaciones; a dosis muy elevadas puede aparecer bradicardia. La taquicardia debe atribuirse fundamentalmente al THC, puede bloquearse con antagonistas beta-adrenérgicos (aunque otros estudios no han podido corroborar esta interacción) y el cannabidiol disminuye los efectos del THC. Sobre la presión arterial o bien no se han observado efectos relevantes, o bien se han determinado descensos que explicarían la rara presentación de

hipotensión ortostática; se piensa que la hipotensión sería por un mecanismo central. Dosis muy elevadas de cannabis pueden producir vasoconstricción cutánea y sensación de frío en las extremidades por un reflejo compensador a los cambios hemodinámicos. El mecanismo de acción de los efectos cardiovasculares parece ser distinto al de los efectos psicológicos. Se ha sugerido que el THC tiene una acción bifásica en humanos en función de dosis; a dosis bajas ocasionaría un ligero incremento de la actividad simpática sobre el corazón y los vasos sanguíneos, a dosis elevadas se presentaría una inhibición simpática de origen central (este sería el mecanismo principal de los efectos cardiovasculares); en cualquier caso, en consumidores habituales los efectos cardiovasculares también desarrollan tolerancia. Otro aspecto de interés es que la cannabis condiciona el trabajo cardíaco y el proceso hemodinámico global, de tal forma que existe una sumación de efectos, por ejemplo, entre la cannabis y el ejercicio físico, pudiendo ocasionar efectos indeseables de gravedad en sujetos con cardiopatía previa. Por último, reflejar que el THC no induce cambios electrocardiográficos sustanciales^{133, 136-141}

Efectos oculares

Otro de los efectos farmacológicos que tras la administración de cannabis aparece de forma casi invariable es una dilatación de los vasos sanguíneos conjuntivales y de la esclerótica que da lugar a un enrojecimiento ocular característico; este efecto se observa indistintamente tras la administración oral o pulmonar y parece ser que no tiene relación con el efecto irritativo directo del humo. El enrojecimiento conjuntival se acompaña regularmente de ptosis palpebral; estos efectos son dosis-dependientes y no van acompañados de cam-

bios significativos en el diámetro de la pupila. Por otra parte, la administración de cannabis puede disminuir la presión intraocular en pacientes con glaucoma, se han realizado ensayos clínicos en este sentido con resultados poco precisos; al parecer, esta actividad no estaría relacionada con la dosis y en ella influiría en mayor grado los efectos sedantes y depresores de la cannabis

142-147

3. Efectos endocrinológicos, sobre el metabolismo y la reproducción

Se han publicado bastantes trabajos sobre diversos efectos de la cannabis sobre las principales funciones endocrinológicas; hasta el momento presente, los resultados son contrapuestos e impiden elaborar conclusiones definitivas. Por una parte, es conocido que la cannabis puede estimular el apetito, de forma subjetiva y no comparable a otros fármacos (el efecto no siempre se presenta y destaca la especial apetencia para los dulces); en este sentido, el grupo de Hollister describió una intolerancia a la glucosa en un pequeño grupo de sujetos tras serles administrada una dosis de THC por vía intravenosa; otros estudios no han podido relacionar estos cambios del apetito con trastornos de la glucemia o del metabolismo de los hidratos de carbono¹⁴⁸⁻¹⁵⁰. En otro orden de cosas, se han realizado algunos estudios experimentales que sugieren la existencia de trastornos del eje hipotálamo-hipofisario, tras la administración de cannabis, desconociéndose en la actualidad la transcendencia de estos hallazgos en consumidores crónicos¹⁵¹⁻¹⁵².

Por otra parte, comentaremos lo que se conoce de los efectos de la cannabis sobre la fertilidad. El punto de refe-

rencia clínico parte de la observación de algunos casos de ginecomastia relacionados con el consumo crónico de cannabis; ello indujo a estudiar al equipo de Kolodny los efectos de la cannabis sobre los índices hormonales basales, encontrando una disminución de los niveles de testosterona en fumadores crónicos de marihuana; este trabajo fue contestado por el grupo de Mendelson y por Cushman, los cuales no pudieron reproducirlo en un grupo de sujetos sometidos durante 21 días a los efectos de la marihuana y en una muestra universitaria de consumidores habituales; el significado biológico de estos cambios no está aún debidamente interpretado, aunque en estos estudios clínicos los cambios hormonales aparecen entre los límites aceptados de la normalidad¹⁵³⁻¹⁵⁶. Otro aspecto de interés que ha sido ampliamente debatido por el equipo de Nahas hace referencia a los efectos de la cannabis sobre la función testicular: algunos estudios experimentales sugieren que la cannabis inhibiría de forma reversible la espermatogénesis; también se han demostrado recientemente este tipo de efectos en grupos de fumadores habituales de tabaco, no existiendo, por ahora, datos suficientemente amplios que permitan llegar a una conclusión definitiva; no obstante, si estos efectos tienen relevancia afectarán fundamentalmente a personas con edades prepuberales o puberales o en pacientes con trastornos preexistentes del funcionamiento sexual. Debe destacarse que hay estudios prospectivos que no han demostrado efectos significativos sobre los cromosomas¹⁵⁷⁻¹⁶¹. Otro tema sería el eventual peligro a que están sometidas las mujeres embarazadas cuando consumen cannabis; si bien estudios experimentales demuestran tanto la existencia del paso de fármaco a través de la barrera placentaria como la aparición de malformaciones en la des-

cendencia, no hay casos descritos de terotogenia en humanos atribuibles a la cannabis; es obvio que lo más prudente consiste en evitar el riesgo y aconsejar encarecidamente que no se consuma cannabis durante el embarazo¹⁶²⁻¹⁶⁴.

Cannabis y función sexual

Muchas publicaciones, la mayoría de ellas de índole no estrictamente científica, describen un incremento de la actividad sexual asociado al uso de cannabis, como si produjera un efecto «afrodisiaco». Es conocido que en la actividad sexual interaccionan tanto los factores psicológicos y sociales como los factores farmacológicos y, en este sentido, al igual que sucede con el alcohol, es posible que dosis moderadas de cannabis en determinadas personas incrementen el interés sexual por razones de su acción desinhibidora, simplemente otros autores creen también que contribuyen los efectos de la cannabis sobre la apreciación subjetiva del tiempo y sobre la percepción en general; en cualquier caso parece que los efectos de la cannabis sobre la actividad sexual radican en los efectos subjetivos que se derivan de su acción farmacológica. Ahora bien, también debe hacerse hincapié que el consumo crónico de dosis elevadas de cannabis pueden disminuir el interés sexual en sujetos predisuestos¹⁶⁵⁻¹⁶⁶.

4. Efectos sobre la inmunidad

Hasta el momento presente, los trabajos acerca de los posibles efectos de la cannabis sobre la inmunidad presentan resultados conflictivos. Estudios «in vitro» dan un soporte parcial a la hipótesis de que consumidores crónicos presentarían una alteración de la inmu-

nidad celular, basados en la presencia de una depresión de los linfocitos T y B; otros trabajos sugieren que los consumidores crónicos presentarían índices más elevados de infección que la población control; para ambos casos otros autores han precisado que se desconoce hasta qué punto pueden influir tanto las impurezas o adulteraciones de la cannabis obtenida ilegalmente o el uso concomitante de otros fármacos o drogas en la aparición de trastornos inmunológicos, como los hábitos de vida o el hecho de «compartir» el cigarrillo en el incremento de los índices de infección, por ejemplo. No obstante estas alteraciones, si existen, aún no se han investigado debidamente en estudios longitudinales y por lo tanto ante la sospecha de alteraciones del sistema inmunitario, debe destacarse la existencia de una influencia debida a otros factores asociados al hábito del abuso de drogas^{133, 167-175}.

TOXICIDAD AGUDA, TOLERANCIA Y DEPENDENCIA

1. Dosis letal e índice terapéutico

En estudios de experimentación animal el THC se caracteriza por presentar una DL50 (dosis letal 50) extraordinariamente elevada que incluso en algunas especies por vía oral ha sido imposible determinar¹; ello lo diferencia de todas las sustancias psicoactivas pero no supone que esté desprovisto de toxicidad aguda, sino simplemente que el THC posee un índice terapéutico muy elevado (relación entre dosis efectiva y dosis letal o tóxica). Sin duda estos hallazgos experimentales se correlacionan con los datos que se poseen actualmente de la clínica; afortunadamente no existe ningún registro de muerte atribuida única y exclusivamente a la ingestión aguda de cannabis por

vía oral o pulmonar; los pocos casos descritos de administración intravenosa de infusiones acuosas de material procedente de la cannabis refieren la presentación de cuadros sistemáticos muy graves que sólo responden a tratamientos de mantenimiento agresivos, atribuyéndose repetidamente gran parte del síndrome a la presencia de los extractos de múltiples componentes extraños¹⁷⁶⁻¹⁸².

2. Tolerancia

Por los datos farmacológicos y clínicos que se disponen actualmente se puede afirmar que las personas que consumen diariamente cannabis desarrollan tolerancia hacia los efectos tanto fisiológicos como psicológicos. En animales, se desarrolla tolerancia a los efectos letales, hipotérmicos y a muchos de los efectos de los cannabinoles sobre el comportamiento; mientras en algunas especies el grado de tolerancia es muy importante, ésta no siempre se desarrolla a todos los efectos del fármaco; la mayoría de estos fenómenos de tolerancia son debidos fundamentalmente a factores farmacodinámicos de adaptación a nivel del SNC y en menor grado a una base farmacocinética relacionada con la inducción enzimática. La tolerancia además es un fenómeno relacionado con la dosis y con el tiempo, en este sentido para algunos autores los hábitos de consumo no estarían directamente relacionados con el grado de tolerancia. En efecto, el consumo diario de dosis bajas puede ser insuficiente para inducir un grado notable de tolerancia; los consumidores experimentados pueden describir más efectos subjetivos que los no experimentados tras el consumo de cannabis; no obstante, aquellos presentan con más frecuencia menos trastornos de las funciones motoras y per-

ceptuales así como un menor incremento de la frecuencia cardíaca. Existe tolerancia cruzada entre el THC y el alcohol y los opiáceos aunque no se presenta entre el THC y los alucinógenos del tipo LSD y mescalina¹⁸³⁻¹⁸⁷.

3. Dependencia

Al igual que toda sustancia que es objeto de abuso, la cannabis en su consumo continuado desarrolla dependencia psicológica en mayor o menor grado dependiendo de las características individuales y sociales del individuo. Pero a diferencia de las observaciones realizadas en algunas especies animales, la supresión brusca de la administración de cannabis en individuos consumidores crónicos no precipita una sintomatología de abstinencia característica o análoga a la que se presenta con la heroína o el alcohol. Los síntomas observados en estudios clínicos de laboratorio después de un consumo de dosis elevadas durante días son relativamente leves (ansiedad, irritabilidad, temblores, insomnio, disminución del apetito y rebote de las fases REM del sueño) y aparecen a las pocas horas para durar unos 4-5 días. En este sentido, la dependencia de la cannabis se parece a la de los sedantes tipo benzodiazepinas y se diferencia de la de los barbitúricos o del alcohol. Estudios sobre amplias poblaciones de consumidores crónicos no han descrito la existencia de una verdadera dependencia física¹⁸⁸⁻¹⁹².

47

INTERACCIONES CON OTRAS DROGAS PSICOACTIVAS

1. Interacciones entre cannabinoles

Entre los distintos cannabinoles que pueden hallarse en las preparaciones

de cannabis existen dos: el cannabinoil y el cannabidiol, que interactúan con los efectos de la principal sustancia psicoactiva, el THC; la significación clínica de estas interacciones es relativa aunque está en función de las distintas proporciones que presenta la preparación que se consume; en todo caso esto explica los efectos diferenciales que pueden presentar distintas preparaciones de cannabis según el origen geográfico, la calidad y la antigüedad de las preparaciones. El cannabidiol es psicofarmacológicamente inactivo pero puede disminuir los efectos máximo y residuales del THC, sobre todo los psicomotores; al contrario, proporciones suficientes de cannabinoil pueden incrementar algunos de los efectos fisiológicos y psicológicos del THC, fundamentalmente los sedantes¹⁹³⁻¹⁹⁶

2. Interacciones con otros fármacos

El THC interactúa principalmente con los fármacos depresores del sistema nervioso central, desplazando los efectos hacia su predominio depresor de forma aditiva o incluso sinérgica; esto ha sido demostrado experimental y clínicamente con los opiáceos, barbitúricos, algunos anestésicos y el alcohol; la interacción se manifiesta también de una forma clara con los efectos subjetivos y con los trastornos psicomotores (el mecanismo de acción sería análogo a cómo los anestésicos reducen los efectos estimulantes y aumentan la acción bloqueante de los bloqueantes neuromusculares, y refuerza la hipótesis de que el THC actúa de una forma semejante a los anestésicos generales). Bajo otro punto de vista, al igual que el alcohol, el consumo crónico de THC puede reducir la eficacia de algunos hipnóticos por razones derivadas de la existencia de inducción enzi-

mática para el metabolismo de estos fármacos. La combinación de anfetamina y marihuana produce una ligera potenciación de los efectos cardiovasculares y de los síntomas subjetivos aunque no interfiere con los efectos psicomotores; en estudios con ratas se ha observado que el THC deprime la hiperactividad motora y la hipertemia inducida por anfetamina, mientras que a su vez prolonga la inducción de movimientos estereotipados y no interfiere con la actividad anorexígena.

El propranolol, que en algunos estudios ha demostrado antagonizar la taquicardia inducida por el THC, no interfiere con los efectos psicológicos de la cannabis. Basados en el principio de que el THC interfiere con los mecanismos colinérgicos centrales, estudios realizados con fisostigmina han demostrado pocos cambios en los efectos psicológicos¹⁹⁷⁻²⁰⁴.

3. Cannabis, alcohol y conducción de automóviles

Actualmente se dispone de suficiente información para afirmar que la cannabis puede interferir con la destreza y otras habilidades propias del complicado proceso psicomotor que supone la conducción de un automóvil. Además se ha podido constatar que los consumidores de cannabis presentan cierta tendencia a conducir bajo los efectos del fármaco, una proporción de los cuales le adiciona los efectos del alcohol; como se ha comentado anteriormente, la combinación de alcohol con cannabis a dosis elevadas y sobre todo en sujetos no experimentados presenta efectos sinérgicos. La cannabis en general, tiene un efecto distorsionador para hacer frente a la mayoría de situaciones conflictivas que pueden presentarse bajo la conducción de un automó-

vil, pero, al igual que sucede con el alcohol, los efectos no son uniformes en todos los conductores puesto que algunas personas, particularmente a dosis bajas, pueden incluso mejorar su habilidad. En reproducciones experimentales, se ha observado cómo algunos conductores se toman más tiempo para tomar determinadas decisiones y parecen mucho menos agresivos que los individuos sometidos a los efectos del alcohol; por el contrario, con la cannabis se presentaría una reducción de la capacidad de reacción ante situaciones inesperadas. Debido a las dificultades de extrapolación de estas simulaciones experimentales no se podrá tener una opinión bien formada del problema hasta que se conozcan con detalle los diversos factores toxicológicos que están actualmente asociados a los accidentes de tráfico. Si conducir bajo los efectos del alcohol es peligroso, no resulta absurdo pensar que lo es aún más conducir bajo los efectos del alcohol y de la cannabis a la vez²⁰⁵⁻²¹¹.

CANNABIS Y TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

La información referente a la asociación entre el consumo de cannabis y la aparición de trastornos psiquiátricos es contradictoria; a ello se le suma la confusión originada por el uso de distintas definiciones y clasificaciones diagnósticas sobre los trastornos mentales producidos.

Actualmente se da gran valor a la hipótesis de que estos trastornos aparecen en personas especialmente predisuestas, pero al estar todo ello inmerso dentro de muchas otras variables, se desconoce si el consumo de cannabis es un antecedente, una consecuencia o una coincidencia de la psicopatología. Un gran inconveniente para valorar estos problemas radica en que se

desconoce la incidencia y la prevalencia de estos fenómenos²¹²⁻²²⁰.

1. Reacción aguda de pánico y delirio tóxico

La crisis de ansiedad aguda por ingesta de cannabis es quizá uno de los efectos indeseables más común. Los signos y síntomas generalmente son exageraciones de los efectos descritos para esta droga; la ansiedad se dirige a veces hacia el sentimiento de «volverse loco» y su severidad depende en mayor grado de la personalidad y del momento psicológico del individuo; aparece con más frecuencia en personas no experimentadas o en intoxicaciones no deseadas. Los síntomas disminuyen al cabo de pocas horas conforme desaparecen los efectos farmacológicos de la cannabis y pueden atenuarse notablemente con el restablecimiento de la confianza y la tranquilidad. Para algunos autores, los factores psicológicos preexistentes tendrían mayor importancia que los factores ambientales bajo los que se realiza el consumo. También se ha descrito otro síndrome semejante al producido por otras toxinas exógenas; es poco frecuente y ha sido catalogado de delirio tóxico; consiste en un cuadro de gran alteración de las funciones mentales, con desorientación, confusión y trastornos importantes de la memoria; la mayoría de autores coinciden en señalar que se trata de un cuadro de sobredosificación aguda, puesto que es un síndrome relacionado con la dosis, que se presenta tras el consumo de dosis muy elevadas o preparaciones muy potentes^{212, 214, 216, 217,}

221, 222.

2. Psicosis crónicas y «flashbacks»

En la literatura aparecen trabajos que describen la aparición de psicosis cró-

nicas de larga duración atribuibles al consumo de cannabis; estos trabajos generalmente proceden de regiones geográficas donde el consumo es más antiguo, más frecuente y a dosis más elevadas que en Europa o en los Estados Unidos. Según estas descripciones, la psicosis presenta una fase aguda con una duración de 1-6 semanas y se diferencia en bastantes aspectos de la sintomatología que presenta la esquizofrenia paranoide, es decir, los trastornos de desintegración son raros y en cambio son más frecuentes las conductas extrañas con pánico y ansiedad; tras hospitalización y tratamiento antipsicótico desaparece el cuadro, y las recaídas siempre se asocian a la reincidencia del consumo. Por el contrario, estudios más amplios y recientes efectuados en Jamaica, Grecia y Costa Rica ante grupos de consumidores de preparaciones de alta potencia, no han documentado la existencia de una psicosis específica. Es posible que existan consumidores que han padecido estos trastornos pero la prevalencia puede ser relativamente rara ²⁴,
25, 124, 188, 189, 216, 219, 221, 223-226.

Por otro lado, se ha informado de casos de «flashbacks» atribuibles únicamente a la cannabis, es decir, recurrencias espontáneas de sensaciones y percepciones similares a las producidas por la droga, pero no relacionadas con su consumo inmediato previo; la etiología de este fenómeno aún se desconoce y los sujetos que la padecen requieren, si lo necesitan, tratamiento mínimo²²⁷⁻²²⁹.

TRASTORNOS NO PSICOTICOS ATRIBUIDOS A LA CANNABIS

Un tema de gran preocupación y controversia en constante debate se refiere a los posibles efectos psicológicos

a largo plazo consecutivos al consumo crónico de cannabis así como a la supuesta aparición de otras reacciones como cambios en la personalidad, en el estilo de vida, el «síndrome amotivacional» y la posible relación causal entre el consumo de cannabis y la escalada al consumo de otras drogas. Muchos trabajos en este sentido carecen desgraciadamente de una metodología adecuada y describen fenómenos tan relativos que impiden sacar conclusiones firmes; el análisis del problema también presenta dificultades al no existir una relación temporal entre el consumo y la aparición de los efectos indeseables, y en consecuencia es más difícil establecer una relación de causalidad. Existen pocos estudios prospectivos o longitudinales sobre estos problemas; Culver y King en 1974²³⁰ no encontraron diferencias sobre grupos de consumidores y no consumidores al cabo de un año ante una sofisticada batería de tests psicológicos; otro estudio similar de Bruhn y Maage²³¹ llegó a conclusiones semejantes. Otros estudios han presentado la existencia de cambios en la adaptación escolar o describen a los consumidores como sujetos más insatisfechos, alienados o desilusionados, más orientados hacia el pasado o con más tendencia hacia la realización de actividades creativas y aventureras; otros trabajos realizados en consumidores de cantidades importantes detectan una tendencia al rápido abandono del perfeccionamiento escolar; de acuerdo con la hipótesis de Soueif²³²⁻²³³ la afectación se observaría fundamentalmente en poblaciones urbanas, jóvenes y con un elevado grado de culturalización.

Son pocos los estudios que permiten diferenciar bien estos cambios, ya que la variedad de drogas utilizadas por el grupo de consumidores crónicos impiden establecer una relación causal úni-

ca; para algunos autores estas alteraciones se presentarían sólo en grupos de población polidependiente²³⁴⁻²⁴⁰.

1. Cannabis y conducta criminal y agresiva

Uno de los tópicos de los primeros trabajos de revisión y de algunos artículos de divulgación consiste en afirmar que la cannabis induce a una conducta agresiva y hostil y es causa de conducta criminógena. Si exceptuamos todo lo delictivo que en una sociedad determinada conlleva la obtención de cannabis por razones de su ilegalidad, debe tenerse en cuenta que los estudios experimentales y clínicos consideran que esta relación es virtualmente inexistente. Ya en 1893, el «Indian Hemp Drug Commission Report» indicó que el consumo de cannabis no inducía o incrementaba de forma convincente la agresividad humana. En el animal de experimentación el THC produce el patrón excitación/depresión que se observa en humanos, aunque reduce la agresividad intrínseca del mono rhesus y la conducta agresiva y muricida de ratas y ratones. Estudios en adolescentes con conducta agresiva han demostrado una asociación más frecuente de ésta con la intoxicación etílica aguda, incluso dentro del subgrupo estudiado de consumidores habituales de marihuana. Si bien en la India se ha asociado la presencia de conducta violenta con los casos de psicosis cannábrica, el consumo de cannabis en la sociedad occidental lleva con mucha más frecuencia a actitudes pasivas de auto-marginación social²⁴⁰⁻²⁴⁵.

2. El síndrome amotivacional

Algunos estudios sugieren que el consumo prolongado de cannabis pue-

de disminuir la iniciativa personal y afectar el rendimiento laboral de los individuos, más en términos de cantidad que de eficacia. Pero existen muchos escritos que describen la aparición del denominado «síndrome amotivacional»; se trata de una conducta atribuida al consumo de cannabis que se caracteriza por el desarrollo de fenómenos de apatía, regresión, fantasismo, infantilismo, relajación en el estilo de vida, pérdida de interés por los estudios, por el trabajo remunerado, por el progreso, es decir, pérdida de las motivaciones convencionales. Existen grandes dificultades para atribuir únicamente al consumo de cannabis todo un síndrome social que, sin distinción de fronteras o de clase social, incumbe a toda nuestra sociedad moderna: el «pasar de todo» de nuestra juventud.

Probablemente existe un síndrome amotivacional generalizado donde el consumo de cannabis es un factor prevalente en esta población; como si el síndrome amotivacional fuera la expresión de un síndrome depresivo latente y el consumo de cannabis (y de otras drogas como el alcohol) fuera una forma de auto-medicación. Como sucede con muchos tópicos atribuidos a la cannabis, sólo estudios longitudinales bien diseñados podrán establecer de una forma definitiva la aparición o no de estos trastornos en una población determinada²⁴⁶⁻²⁴⁹.

3. Cannabis y escalada al consumo de otras drogas

Se trata también de otro tema de actualidad, de gran preocupación y muy controvertido, puesto que el consumo de cualquier droga puede preceder al uso de sustancias más potentes y peligrosas; en el caso de la cannabis, si bien es cierto que se trata de un ante-

cedente en una gran proporción de adictos a la heroína, afortunadamente sólo una minoría de consumidores de cannabis terminan utilizando otras drogas más nocivas. El análisis de este problema reviste una gran dificultad al no existir aún una metodología adecuada que permita cuantificar objetivamente el tema de la «escalada»; como diría Tec en 1974²⁵⁰, la hipótesis de la progresión es un buen ejemplo de cómo un argumento teórico repetido tantas veces por tante gente, termina dándose por verificado y existente más por su mera repetición que por constataciones objetivas. De acuerdo con la opinión de muchos autores los patrones de consumo y selección de drogas están determinados más por razones de disponibilidad (la oferta), de presión de grupo y de moda de consumo (el «encanto» de la ilegalidad) que por razones farmacológicas o individuales; además en grupos de grandes consumidores se ha establecido que la progresión se establece con un patrón de polidependencia; pero en definitiva, en nuestro medio, lo más importante es tener en cuenta que la historia natural de la dependencia de drogas nunca empieza con la cannabis, sino con el tabaco y el alcohol; si resulta cierta la hipótesis de la escalada, lo que favorece el consumo de otras drogas es la existencia de antecedentes de consumo de tabaco y de alcohol, con peor pronóstico cuanto más precoz sea la edad de inicio²⁵¹⁻²⁵⁵.

MARIHUANA Y SALUD 1982

«La marihuana ha ganado popularidad en parte porque es barata y relativamente fácil de adquirir y fundamentalmente porque no hay consenso sobre sus peligros». Así se concluía en un informe pedido por el Departamento de Sanidad Norteamericano en 1980 al

Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, trabajo hecho público el 26 de febrero de 1982. Junto a este informe, otra de las revisiones críticas más importantes realizadas en los últimos años es el informe encargado en 1981 por la Organización Mundial de la Salud a la Addiction Research Foundation (Canadá). En ambos informes se constata la existencia de pruebas evidentes, según las cuales el uso de marihuana puede causar riesgos graves para la salud. La prevalencia en el consumo de marihuana sigue incrementándose en el mundo occidental. La mayoría de consumidores son adolescentes y adultos jóvenes, grupos de edad más vulnerables a los efectos de la droga; además, la edad de inicio declina progresivamente al paso del tiempo.

La marihuana disponible es cada vez más potente. En la intoxicación aguda, la marihuana interfiere con el aprendizaje y la capacidad de concentración, disminuyendo el rendimiento escolar. La marihuana altera la percepción y la capacidad de ejecución de tareas rutinarias o complejas. Los principales efectos para la salud parecen estar relacionados con su consumo crónico. Se ha descrito su acción tóxica sobre la función pulmonar, de forma similar a los efectos del consumo de tabaco. Los efectos endocrinológicos pueden ser potencialmente graves. Los principios activos de la marihuana atraviesan la barrera placentaria y pueden ocasionar alteraciones en el desarrollo prenatal.

Existen datos suficientes para pensar que la marihuana contribuye al «síndrome amotivacional» así como predispone al consumo de otras drogas. No existen datos concluyentes sobre los efectos de la marihuana sobre la inmunidad, los principios activos de

la marihuana permanecen acumulados largo tiempo en los depósitos grasos del organismo de sus consumidores; ello puede suponer una interferencia permanente con determinados sistemas funcionales, si bien aún no hay pruebas definitivas de sus efectos a largo plazo.

INVESTIGACIONES FUTURAS

Con la información que se ha obtenido hasta la actualidad sólo puede concluirse que la cannabis no es la droga más peligrosa de las existentes en nuestro país. Deben proseguir las investigaciones sobre la toxicidad cerebral a largo plazo, sobre los efectos de la fertilidad, el funcionalismo pulmonar y la inmunidad²⁵⁶⁻²⁵⁷.

Pero también deben realizarse estu-

dios longitudinales cuidadosos que descifren la real existencia de trastornos psicóticos y de otro tipo (como el síndrome amotivacional) en grupos de consumidores crónicos; deben estudiarse las diferencias entre culturas, deben tomarse muestras representativas de población consumidora; en este sentido resaltamos que los escasos estudios de campo hasta la actualidad (véase^{188, 189}) no han confirmado la existencia de los trastornos hasta ahora descritos. Pero por razones de prudencia y hasta que no se disponga de información más completa es recomendable desaconsejar su consumo en adolescentes en fase de desarrollo de sus funciones fisiológicas y de su capacidad intelectual, en mujeres en gestación y en individuos con tendencia o predisposición a alteraciones mentales.

53

BIBLIOGRAFIA

- HARRIS, L. S.; DEWEY, W. L.; RAZDAN, R. K.: Cannabis. Its chemistry, pharmacology and toxicology en *Drug Addiction II*. Ed. por W. R. Martin. Handbook of Experimental Pharmacology, vol. 45/II. Berlín, Heidelberg, New York, Springer-Verlag, 1977.
- CAMI, J.: Cannabis: aspectos sanitarios. *Cuadernos de Pedagogía*, 1981; 73: 14-17.
- GRISPOON, L.: Marihuana. *Sci Amer*, 1969; 221: 17-25.
- LI, N. C.: An archaeological and historical account of cannabis in China. *Econ Bot*, 1974; 28: 437-448.
- O'SHAUGNESSY, W. B.: Case of tetanus cured by a preparation of hemp. *Trans Med Psychiat Soc Calif*, 1842; 8: 462-469.
- SASMAN, M.: Cannabis indica in pharmaceuticals. *J Med Soc N.J.*, 1938; 35: 51-52.
- JAFFE, J.; PETERSEN, R.; HODGSON, R.: Marihuana-drug for all seasons. En *Addictions, Issues and Answers*. Harper & Row, Publish, 1980.
- CAMI, J.; de TORRES, S.: El consum il. legal de drogues (ponencia). XIº Congrés de Metges i Biòlegs de llengua catalana. Reus, 1980.
- MECHOULAM, R.; GAONI, Y.: A total synthesis of di-tetrahydrocannabinol, the active constituent of hashish. *J Amer Chem Soc*, 1965; 87: 3273-3275.
- VALLE, J. R.; LAPA, A. J.; BARROS, G. G.: Pharmacological activity of Cannabis according to the sex of the plant. *J Pharm Pharmacol*, 1968; 20: 798-799.
- DOORENBOS N. J.; FETTERMAN P. S.; QUIMBY, M. W.; TURNER, C. E.: Cultivation, extraction and analysis of Cannabis sativa L. *Ann N Y Acad Sci*, 1971; 191: 3-14.
- FETTERMAN, P. S.; KEITH, E. S.; WALLER, C. W.; GUERRERO, O.; DOORENBOS, N. J.; QUIMBY, N. W.: Mississippi-grown Cannabis sativa L.: preliminary observations on chemical definition of phenotype and variations in tetrahydrocannabinol content versus, age, sex and plant part. *J Pharm Sci*, 1971; 60: 1246-1269.
- OHLSSON, A.; ABOU-CHAAR, C. I.; AGURELLS.; NILSSON, I. M.; OLOFSSON, K.; SANBURG, F.: Cannabinoid constituents of male and female Cannabis sativa. *Bull Narcotics*, 1971; 23: 29-32.
- WOOD, T. B.; SPIVEY, W. T. N.; EASTERFIELD, T. H.: Charas; the resin of Indian hemp. *J Chem Soc*, 1896; 69: 539.
- ADAMS, R.: Marihuana. *Bull N Y Acad Med.*, 1942; 18: 705-730.
- GAYER, H.: Pharmacologische wertbestimmung von orientalischem haschisch und herbe Cannabis indica. *Arch F Expert Path u Pharm*, 1928; 129: 312.
- LOEWE, S.: Principle of «bioassay by approximation» and its application to the assay of marihuana (dog) and laxatives (monkey). *J Pharmacol Exp Ther*, 1939; 66: 23.
- LOEWE, S.: The chemical basis of marihuana activity. *J Pharmacol Exp Ther*, 1945; 84: 78-81.
- GAONI, Y.; MECHOULAM, R.: Isolation, structure and partial synthesis of an active component

- of haschisch. *J Amer Chem Soc*, 1964; 86: 1646-1647.
20. ISBELL, H.; GORODETSKY, S. W.; JASINSKI, D.; CLAUSSEN, U.; SPULAK, F.; KORTE, F.: Effects of (-)-d9-trans-tetrahydrocannabinol in man. *Psychopharmacologia*, 1967; 11: 184-188.
 21. PETRZILCA, T.; HAEFLIGER, W.; SIKEHERIER, C.: Synthese von Haschis-Inhaltsstoffen. *Helv Chim Acta.*, 1969; 56: 1102-1134.
 22. MECHOULAM, R.: Marihuana chemistry. *Science*, 1970; 168: 1159-1166.
 23. RAZDAN, R. K.; DALZELL, H. C.; HANDRICK, G. T.: Haschisch a simple one-step synthesis of (-)-dl-tetrahydrocannabinol (THC) fromp-Menthe-2,8-dien-1-ol and olivetol. *J Amer Chem Soc*, 1974; 96: 5860-5865.
 24. MAYOR'S COMMITTEE ON MARIJUANA (LA GUARDIA Study): *The marijuana problem in the city of New York; sociological, medical, psychological and pharmacological studies*. Lancaster. Jacques Cattell Press, 1944.
 25. WEIL, A. T.; ZINBERG, N. E.; NELSON, J. M.: Clinical and psychological effects of marihuana in man *Science*, 1968; 162: 1234-1242.
 26. JONES, R.T.: Marihuana: Human effects. En *Drugs of abuse*. Ed. L. I. Iversen y S. H. Snyder. Handbook of *Psychopharmacology* Vol. 12, New York y London, Plenum Press, 1978.
 27. HOLLISTER L. E.; RICHARDS, R. K.; GILLESPIE, H. K.: Comparison of tetrahydrocannabinol and synhexil in man. *Clin Pharmacol Ther*, 1968; 9: 783-791.
 28. TRUITT, E. B.: Biological disposition of tetrahydrocannabinols. *Pharmacol Rev*, 1971; 23: 273-278.
 29. MANNO, J. E.; KIPLINGER, G. F.; HAINE, S. E.; BENNETT, I. F.; FORNEY, R. B.: Comparative effects of smoking marihuana or placebo in human motor and mental performance. *Clin Pharmacol Ther*, 1970; 11: 808-815.
 30. AGURELLS.; NILSSON, I. M.; OHLSSON, A.; SANDBERG, F.: On the metabolism of tritium-labelled delta-1-tetrahydrocannabinol in the rabbit. *Biochem Pharmacol*, 1970; 19: 1333-1339.
 31. DINGELL, J. V.; WILCOX, H. G.; KLAUSNER, H. A.: Biochemical interactions of delta-9-tetrahydrocannabinol. *Pharmacologist*, 1971; 13: 296.
 32. WIDMAN, M.; NILSSON, I. M.; NILSSON, J. L. G.; AGURELL, S.; BORG, H.; GRANSTRAND, B.: Plasma protein binding of 7-hydroxy-dl-tetrahydrocannabinol: an active dl-tetrahydrocannabinol metabolite. *J Pharm Pharmac*, 1973; 25: 453-457.
 33. DEWEY, W. L.; MARTIN, B. R.; HARRIS, L. S.; BECKNER, J. S.: Disposition of H³-d9-tetrahydrocannabinol in brain of pregnant dogs and their fetuses. *Pharmacologist*, 1974; 16: 260.
 34. GREENE, M. L. and SAUNDERS, D. R.: Metabolis of tetrahydrocannabinol by the small intestine. *Gastroenterology*, 1974; 66: 365-372.
 35. WALL, M. E.; BRINE, D. R.; PEREZ-PEYES, M.: Metabolism of cannabinoids in man. *Pharmacology of Marihuana*. Ed. por S. Szara y M. Braude. New York, Raven Press, 1976.
 36. LEMBERGER, L.: The metabolism of tetrahydrocannabinols. En *Avances in Pharmacology and chemotherapy*, vol. 10. London, Academic Press, 1972.
 37. HOLLISTER, L. E.; GILLESPIE, H. K.: Interactions in man of delta-9-tetrahydrocannabinol. II. Cannabinol and cannabidiol. *Clin Pharmacol Ther*, 1975; 18: 80-83.
 38. PEREZ-REYES, M.; WAGNER, D.; BRINE, D.; CHRISTENSEN, H. D.; WALL, M. E.: The rate of plasma disappearance of tetrahydrocannabinols in humans and their rate of penetration to the brain of mice. En *Pharmac of Marihuana*, Ed. S. Szara y M. Braude, New York, Raven Press, 1976.
 39. LEMBERGER, L.; SILBERSTEIN, S. D.; AXELROD, J.; KOPIN, I. J.: Marihuana: Studies on the disposition and metabolism of delta-9-tetrahydrocannabinol in man. *Science*, 1970; 170: 1320-1322.
 40. LEMBERGER, L.; TAMARKIN, N. R.; AXELROD, J.; KOPIN, I. J.: Delta-9-tetrahydrocannabinol: metabolism and disposition in longterm marihuana smokers. *Science*, 1971; 173: 72-74.
 41. LEMBERGER, L.; WEISS, J. L.; WATANABE, A. M.; GALANTER, I.M.; WYATT, R. J.; CARDON, P. V.: Delta-9-tetrahydrocannabinol; Temporal correlation of the psychologic effects and blood levels after various routes of administration. *New Eng J Med*, 1972; 256: 685-688.
 42. LEMBERGER, L.; RUBIN, A.: The physiologic disposition of marihuana in man. *Life Sci*, 1975; 17: 1637-1742.
 43. LEMBERGER, MCMAHON, R.; ARCHER, R.: The possible role of metabolic conversion on the mechanism of action of cannabinoids. En *Pharmacology of Marihuana*, Ed. S. Szara y M. Braude New York, Raven Press, 1976.
 44. MCISSAC, W. M.; FRITCHIE, G. W.; IDANPAAN-HEIKKILA, J. E.; HO, B. T.; ENGLERT, L. F.: Distribution of marihuana in monkey brain and concomitant behavioral effects. *Nature*, 1971; 230: 593-594.
 45. KENNEDY, J. S.; WADDELL, W. J.: Whole body autoradiography of the pregnant mouse after administration of C 14-d9-tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC). *Fed Proc*, 1971; 30: 279.
 46. KLAUSNER, H. A.; DINGELL, J. V.: The metabolism and excretion of d9-tetrahydrocannabinol in the rat. *Life Sci*, 1971; 10: 49-59.
 47. HO, B. T.; ESTEVEZ, V. S.; ENGLERT, L. F.: The uptake and metabolic fate of cannabinoids in rat brains. *J Pharm Pharmac*, 1973; 25: 488-490.
 48. KREUZ, D. S.; AXELROD, J.: Delta-9-tetrahydrocannabinol: localization in body fat. *Science*, 1973; 179: 391-393.
 49. TURK, R. F.; DEWEY, W. L.; HARRIS, L. S.: Excretion of trans-d9-tetrahydrocannabinol and its metabolites in intact and bileduct-cannulated rats. *J Pharm Sci*, 1973; 62: 737-740.
 50. HOLLISTER, L. E.; SHERWOOD, S. L.: Marihuana and the human electroencephalogram. *Pharmac Res Commun*, 1970; 2: 305-308.
 51. PIVIK, R. T.; ZARCONI, V.; DEMENT, W. C.; HOLLISTER, L. E.: Delta-9-tetrahydrocannabinol and synhexil: effects on human sleep pa-

- terns. *Clin Pharmacol Ther*, 1972; 13: 426-435.
52. TINKLENBERG, J. R.: Marihuana and alcohol. *Bull Psychopharm*, 1972; 8: 9-10.
 53. CAPPEL, H.; WEBSTER, C. D.; HERRING, B. S.; GINSBERG, R.: Alcohol and marihuana: a comparison of effects on a temporally controlled operant in humans. *J Pharmacol Exp Ther*, 1972; 182: 195-203.
 54. RAFAELSEN, L.; CHRISTUP, H.; BECH, P.; RAFAELSEN, O. J.: Effects of cannabis and alcohol on psychological tests. *Nature*, 1973; 242: 117-118.
 55. CARLINI, E. A.; KARNIOL, I. S.; RENAULT, P. F.; SCHUSTER, C. R.: Effects of marihuana in laboratory animals and in man. *Br J Pharmacol*, 1974; 50: 299-309.
 56. ADAMS, A. J.; BROWN, B.; HAGERSTROM-PORTNOY, G.; FLOM, M. C.; JONES, R. T.: Evidence for acute effects of alcohol and marihuana on color discrimination. *Percept Psychophys*, 1976; 20: 119-124.
 57. WEIL, A. T.: Adverse reactions to marihuana: classification and suggested treatment. *New Eng J Med*, 1970; 282: 997-1000.
 58. DOMINO, E. F.; RENNICK, P.; PEARL, J. H.: Dose-effect relations of marihuana smoking on various physiological parameters in experienced male users. *Clin Pharmacol Ther*, 1974; 15: 514-520.
 59. KUBENA, R. K.; BARRY, H. III: Interactions of di-tetrahydrocannabinol with barbiturates and methamphetamines. *J Pharm Exp Ther*, 1970; 173: 94-100.
 60. JARBE, T. V. C.; HENRIKSSON, B. G.: Vocalization: A characteristic Cannabis-induced behavior in the rat? *Physiological Psychol*, 1973; 1: 351-353.
 61. JARBE, T. V. C.; HENRIKSSON, B. G.: Open-field behavior and acquisition of discriminative response control in Δ^9 -THC tolerant rats. *Experientia*, 1973; 19: 1251-1253.
 62. JARBE, T. V. C.; HENRIKSSON, B. G.: Discriminative response control produced with hashish, tetrahydrocannabinols (Δ^8 -THC and Δ^9 -THC), and other drugs. *Psychopharmacologia*, 1974; 40: 1-16.
 63. WECKOWICZ, T. E.; FEDORA, O.; MASON, J.; RADSTAAK, D.; BAY, K. S.; YONGE, K. A.: Effect of marihuana on divergent and convergent production cognitive tests. *J Abnorm Psychol*, 1975; 84: 386-398.
 64. CASSWELL, S.: Cannabis intoxication: Effects of monetary incentive on performance, a controlled investigation of behavioral tolerance in moderate users of cannabis. *Percept Mot Skills*, 1975; 41: 423-434.
 65. BEAUTRAIS, A. L.; MARKS, D. F.: A test of state dependency effects in marihuana intoxication for the learning of psychomotor tasks. *Psychopharmacologia*, 1976; 46: 37-40.
 66. PEEKE, S. C.; JONES, R. T.; STONE, G. C.: Effects of practice on marihuana induced changes in reaction time. *Psychopharmacology*, 1978; 48: 159-163.
 67. ABEL, E. L.: Marijuana and memory. *Nature*, 1970; 227: 1151-1152.
 68. TART, CH. T.: Marijuana intoxication: Common experiences. *Nature*, 1970; 226: 691-704.
 69. TINKLENBERG, J. R.; MELGES, F. T.; HOLLISTER, L. E.; GILLESPIE, H. K.: Marijuana and immediate memory. *Nature*, 1970; 226: 1171-1172.
 70. ABEL, E. L.: Retrieval of information after use of marihuana. *Nature*, 1971; 231: 58.
 71. ABEL, E. L.: Marihuana and memory: Acquisition of retrieval? *Science*, 1971; 173: 1038-1040.
 72. CASSWELL, S.; MARKS, D. F.: Cannabis and temporal disintegration in experienced and naive subjects. *Science*, 1973; 779: 803-805.
 73. PAUL, M. I.; CARSON, I. M.: Marihuana and communication. *Lancet*, 1973; II: 270-271.
 74. COHEN, M. J.; RICKLES, W. H. Jr.: Performance on a verbal learning task by subjects of heavy past marijuana usage. *Psychopharmacologia*, 1974; 37: 323-330.
 75. BORG, J.; GERSHON, S.: Dose effects of smoked marihuana on human cognitive and motor functions. *Psychopharmacologia*, 1975; 42: 211-218.
 76. COHEN, M. J.; RICKLES, W. H.; NAUBOFF, B. D.: Marijuana influenced changes in GSR activation peaking during paired-associate learning. *Pharmacol Biochem Behav*, 1975; 3: 195-200.
 77. ROTH, W. T.; ROSENBLUM, M. J.; DARLEY, C. F.; TINKLENBERG, J. R.; KOPELL, B. S.: Marijuana effects on TAT form and content. *Psychopharmacology*, 1975; 43: 261-266.
 78. DOMINO, E. F.; RENNICK, P.; PEARL, J. H.: Short term neuropsychopharmacological effects of marijuana smoking in experienced male users. *Pharmacology of Marihuana*, Ed. por S. Szara y M. Braude, New York, Raven Press, 1975.
 79. JONES, R. T.: Marihuana-induced «high»: Influence of expectation, setting and previous drug experience. *Pharmacol Rev*, 1971; 23: 359-369.
 80. CAPPEL, H.; HUCAR, E.: Pharmacologic and nonpharmacologic factors in marijuana intoxication. *Clin Toxicol*, 1974; 7: 315.
 81. PILLARD, R. C.; MCNAIR, D. M.; FISHER, S.: Does marijuana enhance experimentally induced anxiety? *Psychopharmacology*, 1974; 40: 205-210.
 82. SOFIA, R. D.: The lethal effects of di-tetrahydrocannabinol in aggregated and isolated mice following single dose administration. *European J Pharmacol*, 1972; 20: 139-142.
 83. CARLIN, A. S.; POST, R. D.; BAKKER, C. B.; HALPERN, J. M.: The role of modeling and previous experience in the facilitation of marijuana intoxication. *J Nerv Ment Dis*, 1974; 159: 275-281.
 84. ORCUTT, J. D.; BIGGS, D. A.: Recreational effects of marijuana and alcohol: Some descriptive dimensions. *Int J Addict*, 1975; 10: 229-239.
 85. ADAMEC, C.; PIHL, R. O.; LEITER, L.: An analysis of the subjective marijuana experience. *Int J Addict*, 1976; 11: 295-307.

86. KLONOF, H.; CLARK, C.: Drug patterns in the chronic marijuana user. *Int J Addict*, 1976; 11: 71-80.
87. DOMINO, E. F.: Neuropsychopharmacologic studies of marijuana. Some synthetic and natural THC derivatives in animals and man. *Ann N Y Acad Sci*, 1971; 191: 166-191.
88. HOLLISTER, L. E.; GILLESPIE, H. K.: Delta-8 and delta-9-tetrahydrocannabinol. Comparison in man by oral intravenous administration. *Clin Pharm Ther*, 1973; 14: 353-357.
89. KAYAALP, S. O.; KAYMAKALAN, S.; VERIMER, T.; ILHAN, M.; ONUR, R.: In vitro neuromuscular effects of Δ^9 -trans-tetrahydrocannabinol (THC). *Arch Int Pharmacodyn*, 1974; 212: 67-75.
90. LOEWE, S.: Studies on the pharmacology and acute toxicity of compounds with marijuana activity. *J. Pharmacol Exp Ther*, 1946; 88: 154-161.
91. SOFIA, R. D.; SOLOMON, T. A.; BARRY, H. III: The anticonvulsant activity of delta-1-tetrahydrocannabinol in mice. *Pharmacologist*, 1971; 13: 246.
92. CONSROE, P. F.; MAN, D. P.; CHIN, L.; PICCHIONI, A. L.: Reduction of audiogenic seizure by Δ^8 and Δ^9 tetrahydrocannabinol. *J Pharm Pharmacol*, 1973; 25: 764-765.
93. KARLER, R.; CELY, W.; TURKANIS, S.: Anticonvulsant properties of Δ^9 -tetrahydrocannabinol and other cannabinoids. *Life Sci*, 1974; 15: 931-947.
94. SEGAL, M.: Central implantation of cannabinoids: induction of epileptiform discharges. *Europ J Pharmacol*, 1974; 17: 40-45.
95. TURKANIS, S. A.; CELY, W.; OLSEN, D. M.; KARLER, R.: Anticonvulsant properties of cannabidiol. *Res Commun Chem Pathol Pharmacol*, 1974; 8: 231-246.
96. FEINBERG, I.; JONES, R.; WALKER, J. M.; CAVNESS, C.; MARCH, J.: Effects of high dosage delta-9-tetrahydrocannabinol on sleep patterns in man. *Clin Pharmacol Ther*, 1975; 17: 458-464.
97. FEINBERG, I.; JONES, R. T.; WALKER, J.; CAVNESS, C.; FLOYD, T.: Marijuana extract and THC: Similarity of effects on EEG sleep patterns in man. *Clin Pharmacol Ther*, 1975; 19: 782-794.
98. FINK, M.; VOLAVKA, J.; PANAGIOTOPOULOS, C. P.; STEFANIS, C.: Quantitative EEG studies of marijuana, delta-9-THC and hashish in man. *Pharmacology of Marijuana*. Ed. por M. Braude y S. Szara, New York, Raven Press, 1976.
99. HEATH, R. G.: Marijuana and delta-9-THC: Acute and chronic effects on brain function of monkeys. *Pharmacology of Marijuana*. Ed. por S. Szara y M. Braude. New York, Raven Press, 1976.
100. TASSINARI, C. A.; AMBROSETTO, G.; GASTAUT, H.: Clinical and polygraphic studies during wakefulness and sleep of high doses of marijuana and delta-9-THC in man. *Pharmacology of Marijuana*. Ed. por S. Szara y M. Braude. New York. Raven Press, 1976.
101. ROTH, W. T.; TOINKLENBERG, J. R.; KOPELL, B. S.: Etranol and marijuana effects on event potentials in a memory retrieval paradigm. *Electroencephalogr Clin Neurophys*, 1977; 42: 381-388.
102. CAMPBELL, A. M. G.; THOMPSON, J. L. G.; EVANS, M.; WILLIAMS, M. J.: Cerebral atrophy in young cannabis smokers. *Lancet*, 1971; I: 1219-1224.
103. CO, B. T.; GOODWIN, D. W.; GADD, M.; MIKHAEL, M.; HILL, S. Y.: Absence of cerebral atrophy in chronic cannabis users by computerized transaxial tomography. *J A M A*, 1977; 237: 1229-1230.
104. KUEHNLE, J.; MENDELSON, J. H.; DAVIS, K. R.; NEW, P. F. J.: Computerized tomography examination of heavy marijuana smokers. *J A M A*, 1977; 237: 1231-1232.
105. KAYMAKALAN, S.; DENEAU, G. A.: Some pharmacological effects of synthetic delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). *Pharmacologist*, 1971; 13: 247.
106. DEWEY, W. L.; HARRIS, L. S.; KENNEDY, J. S.: Some pharmacological and toxicological effects of Δ^8 and Δ^9 -tetrahydrocannabinol in laboratory rodents. *Arch Int Pharmacodyn Ther*, 1972; 196: 133-145.
107. BURSTEIN, S.; LEVIN, E.; VARANELLI, C.: Prostaglandin and cannabis-II. Inhibition of biosynthesis by the naturally occurring cannabinoids. *Biochem Pharm*, 1973; 22: 2905-2910.
108. HILL, S. Y.; SCHWIN, R.; GOODWIN, D. W.; POWELL, B. J.: Marijuana and pain. *J Pharmacol Exp Ther*, 1973; 188: 415-418.
109. KOSERSKY, D. S.; DEWEY, W. L.; HARRIS, L. S.: Antipyretic, analgesic and antiinflammatory effects of d9-tetrahydrocannabinol in the rat. *Europ J Pharmacol*, 1973; 24: 1-7.
110. SOFIA, R. D.; NALEPA, J. D.; HAKAKAL, J. J.; VASSAR, H. B.: Anti-edema and analgesic properties of d9-tetrahydrocannabinol (THC). *J Pharmacol, Exp Ther*, 1973; 186: 646-655.
111. SOFIA, R. D.; NALEPA, S. D.; VASSAR, H.; KNOBLOCH, L. C.: Comparative anti-phlogistic activity of Δ^9 -tetrahydrocannabinol, hydrocortisone and aspirin in various rat paw edema models. *Life Sci*, 1974; 15: 251-260.
112. HOLTSMAN, D.; LOVELL, R. A.; JAFFE, J. H.; FREEDMAN, D. X.: (1)-d9-tetrahydrocannabinol: Neurochemical and behavioral effects in the mouse. *Science*, 1969; 163: 1464-1467.
113. LOMAX, P.: Acute tolerance to the hypothermic effect of marijuana in the rat. *Res Commun Chem Path Pharmacol*, 1971; 2: 159-167.
114. HAAVIK, C. O.; HARDMAN, H. F.: Evaluation of the hypothermic action of tetrahydrocannabinols in mice and squirrel monkeys. *J Pharmacol Exp Ther*, 1973; 187: 568-574.
115. POSTER, D. S.; PENTA, J. S.; McDONALD, J. S.: Δ^9 -tetrahydrocannabinol in clinical oncology. *J A M A*, 1981; 245: 2047-2051.
116. SOFIA, R. D.; ERTEL, R. J.; DIXIT, B. N.; BARRY, H. III.: The effect of dl-tetrahydrocannabinol on the uptake of serotonin by rat brain homogenates. *Europ J Pharmacol*, 1971; 16: 257-259.
117. TRUITT, E. B.; JR.; ANDERSON, S. M.: Biogenic

- amine alterations produced in the brain by tetrahydrocannabinols and their metabolites. *Ann N Y Acad Sci*, 1971; 191: 68-72.
118. CAVERO, I.; BUCKLEY, J. P.; JANDHAYALA, B. S.: Parasympatholytic activity of (-)-d9-tetrahydrocannabinol in mongrel dogs. *Europ J Pharmacol*, 1972; 19: 301-304.
 119. HO, B. T.; TAYLOR, D.; ENGLERT, L. F.: The effect of repeated administration of (-)-d9-tetrahydrocannabinol on the biosynthesis of brain amines. *Res Commun Chem Pathol Pharmacol*, 1973; 5: 851-854.
 120. DREW, W. G.; MILLER, L. L.: Cannabis: Neural Mechanisms and Behavior - a theoretical review. *Pharmacology*, 1974; 11: 12-32.
 121. SHAPIRO, B. J.; TASHKIN, D. P.: Effects of beta-adrenergic blockage and muscarinic stimulation upon cannabis bronchodilatation. En *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude. New York, Raven Press, 1976.
 122. TASHKIN, D. P.; SHAPIRO, B. J.; FRANK, I. M.: Acute effects of marihuana on airway dynamics in spontaneous and experimentally induced bronchial asthma. *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude. New York, Raven Press, 1976.
 123. VACHON, L.; MIKUS, P.; MORRISSEY, W.; FITZGERALD, M.; GAENSLER, E.: Bronchial effect of marihuana smoke in asthma. En *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude. New York, Raven Press, 1976.
 124. BENABUD, A.: Psychopathological aspects of the cannabis situation in Morocco: statistical data for 1956. *Bull Narcot*, 1957; 9: 1-16.
 125. SOUEIF, M. I.: Hashish consumption in Egypt with special referene to psychological aspects. *Bull Narcot*, 1967; 19: 1-12.
 126. TENNANT, F. S.; PREBLE, M.; PRENDERGAST, T. J.; VENTRY, P.: Medical manifestations associated with hashish. *J A M A*, 1971; 216: 1965-1969.
 127. HENDERSON, R. L.; TENNANT, F. S.; GUERRY, R.: Respiratory manifestations of hashish smoking. *Arch Otolaryn*, 1972; 95: 248-251.
 128. ABRAMSON, H. A.: Respiratory disorders and marihuana use. *J Asthma Res*, 1974; 11: 97.
 129. MENDELSON, J. H.; ROSSI, A. M.; MEYER, R. E. (Eds.) *The use of Marihuana. A Psychological and Physiological Inquiry*. New York, Plenum Press, 1974.
 130. BACKHOUSE, C. I.: Peak expiratory flow in youths with varyng cigarette smoking habits. *Brit Med J*, 1975; 1: 360-362.
 131. BELLVILLE, J. W.; SWANSON, G. D.; KAMELL, A. A.: Respiratory effects of delta-9-tetrahydrocannabinol. *Clin Pharmacol Ther*, 1975; 17: 541-548.
 132. TASHKIN, D. P.; SHAPIRO, B. J.; LEE, Y. E.; HARPER, C. E.: Subacute effects of heavy marihuana smoking on pulmonary function in healthy men. *N Eng J Med*, 1976; 294: 125-129.
 33. TASHKIN, D. P.; SOARES, J. R.; HEPLER, R. S.; SHAPIRO, B. J.; RACHELKY, G. S.: Cannabis, 1977. UCLA conference. *Ann Int Med*, 1978; 89: 539-549.
 34. LEUCHTENBERGER, C.; LEUCHTENBERGER, R.: Morphological and cytochemical effects of marihuana cigarette smoke on epitheloid cells of lungs explants from mice. *Nature*, 1971; 234: 227-229.
 135. LEUCHTENBERGER, C.; LEUCHTENBERGER, R.; RITTER, J.; INUI, N.: Effects of marihuana and tobacco smoke on DNA and chromosomal complement in human lung explants. *Nature*, 1973; 242: 403-403.
 136. JOHNSON, S.; DOMINO, E. F.: Some cardiovascular effects of marihuana smoking in normal volunteers. *Clin Pharmacol Ther*, 1971; 12: 762-786.
 137. BEACONSFIELD, P.; GINSBURG, J.; RAINSBURG, R.: Marihuana smoking. Cardiovascular effects in man and possible mechanisms. *N Eng J Med*, 1972; 187: 209-212.
 138. PEREZ-REYES, M.; LIPTON, M. A.; TIMMONS, M. C.; WALL, M. E.; BRINE, D. R.; DAVIS, K. H.: Pharmacology of orally administered d9-tetrahydrocannabinol. *Clin Pharmacol Ther*, 1972; 14: 48-85.
 139. CAVERO, I.; LOKHANOWALA, M. F.; BUCKLEY, J. P.; JANAHYALA, B. S.: The effect of (-)- Δ^9 -trans-tetrahydrocannabinol on myocardial contractility and venous return in anesthetized dogs. *Europ J Pharmacol*, 1974; 29: 74-82.
 140. SCHAEFER, C. F.; GUNN, C. G.; DUBOWSKI, K. M.: Marihuana dosage control through heart rate. *N Engl J Med*, 1975; 293: 101.
 141. HARDMAN, H. F.; HOSKO, M. J.; LAHIRI, P. K.: Cardiovascular pharmacology of cannabis. *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude. New York, Raven Press, 1976.
 142. KIPLINGER, C. F.; MANNO, J. E.; RODDA, B. E.; FORNEY, R. B.: Dose-response analysis of the effects of tetrahydrocannabinol in man. *Clin Pharmacol Ther*, 1971; 12: 650-657.
 143. HEPLER, R. S.; FRANK, I. M.: Marihuana smoking and intraocular pressure. *J A M A*, 1971; 217: 1392.
 144. HEPLER, R. S.; FRANK, I. M.; UUNGERLEIDER, J. T.: Pupillary constriction after marihuana smoking. *Amer J Ophthalmol*, 1972; 74: 1185-1190.
 145. FLOM, M. C.; ADAMS, A. J.; JONES, R. T.: Marihuana smoking and reduced pressure in human eyes: Drug action or epiphenomenon. *Invest Ophthalmol*, 1975; 14: 52-55.
 146. PURNELL, W. D.; GRECC, J. M.: Delta-9-tetrahydrocannabinol, euphoris and intraocular pressure in man. *Ann Ophthalmol*, 1975; 7: 921-923.
 147. HEPLER, R. S.; FRANK, I. M.; PETRUS, R.: Ocular effects of marihuana. *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude. New York, Raven Press, 1976.
 148. PODOLSKY, S.; PATTAVINA, C. G.; AAMARAL, M. A.: Effects of marihuana on glucose tolerance test. *Ann N Y Acad Sci*, 1971. 191: 54-60.
 149. HOLLISTER, L. E.; REAVEN, G. M.: Delta-9-tetrahydrocannabinol and glucose tolerance. *Clin Pharmacol Therap*, 1974; 16: 297-302.
 150. PERMUTT, M. A.; GOODWIN, D. W.; SCHWIN, R.; HILL, S. Y.: The effect of marihuana on carbohydrate metabolism. *Am J Psychiat*, 1976; 133: 220-221.

151. DEWEY, W. L.; TAI-CHAN PENG; HARRIS, L. S.: The effect of l-trans-d9-tetrahydrocannabinol on the hypothalmo-hypophyseal-adrenal axis of rats. *Europ J Pharmacol*, 1970; 12: 382:384.
152. PERTWEE, R. G.: Tolerance to the effect of dl-tetrahydrocannabinol on corticosterone levels in mouse plasma produced by repeated administration of cannabis extract of dl-tetrahydrocannabinol *Br J Pharm*, 1974; 51: 391-397.
153. HARMON, J.; ALIAPOLIOS, M. A.: Gynecomastia in marihuana users. *New Engl J Med*. 1972; 287: 936.
154. KOLODNY, R. C.; MASTERS, W. H.; KOLODNER, R. M.; TORO, G.: Depression of plasma testosterone levels after chronic intensive marihuana use. *N Engl J Med*, 1974; 290: 872:874.
155. MENDELSON, J. H.; KUEKLE, J.; ELLINGBOE, J. BABOR, T. F.: Plasma testosterone levels before, during and after chronic marihuana smoking. *N Engl J Med*, 1974; 291: 1051-1055.
156. CUSHMAN, P. Plasma testosterone levels in healthy male marihuana smokers. *Am J Drug Abuse*, 1975; 269-275.
157. MATSUYAMA, S. S.; YEN, F. S.; JARVINK, L. F.; FU, T. K.: Marihuana and human chromosomes, *Genetics*, 1973. 74: 5175.
158. DIXIT, V. P.; SHARMA, V. N., LOHIYA, N. K.: The effect of chronically administered cannabis extract on the testicular function of mice. *Europ J Pharmacol*, 1974; 26: 111-114.
159. NICHOLS, W. W.; MILLER, R. C.; HENEEN, W.; BRANDT, C.; HOLLISTER, L.; KANTER, S.: Cytogenetic studies on cultured human subjects receiving marihuana and delta-9-tetrahydrocannabinol. *Mutation Res*, 1974; 26: 413-417.
160. HEMBREE, W. C.; NAHAS, G. G.; ZEIDENBER, P.; DYRENFURTH, I.: Marihuana effects upon human testis. *Clin Res*. 1976; 24: 272 A.
161. EVANS, H. J.; FLETCHER, J.; TORRANCE, M.; HARGREAVE, T. B.: Sperm abnormalities and cigarette smoking. *Lancet*, 1981; I: 627-629.
162. PERSAUD, T. V. N.; ELLINSTON, A. C.: Cannabis in early pregnancy. *Lancet*, 1967; II: 1306.
163. IDANPAAN-HEINKILA, J.; FRITCHIE, G. E.; EENGLERT, L. F.; HO, B. T.; McISAAC, W. M.: Placental transfer of tritiated-1-d9-tetrahydrocannabinol. *New Engl J Med*. 1966; 281: 330.
164. BORGES, L. A.; DAVIS, W. M.: Effects of chronic d-9-tetrahydrocannabinol on pregnancy in the rat. *Pharmacologist*, 1970; 12: 259.
165. KOFF, W.: Marihuana and sexual activity. *J Sex Res*, 1974; 10: 194-204.
166. HOLLISTER, L.: Drugs and sexual behavior in man. *Life Sci*, 1976; 17: 661-668.
167. CUSHMAN, P.; GRIEGO, M.; GUPTA, S.: Impaired rosette forming T-cells in chronic marijuana smokers. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol*, 1974; 10: 154.
168. NAHAS, G. G.; SUCIU-FOCA, N.; DESOIZE, B.; ARMAND, J. P.; MORISHIMA, A.: Inhibition of cellular mediated immunity in marihuana smokers. *Science*, 1974; 183: 419-420.
169. SEGELMAN, A. B.; SEGELMAN, F. P.: Possible ni-marihuana smokers. *Science*, 1974; 185: 543-544.
170. SHAPIRO, CH. M.; ORLINA, A. R.; UUNGER, P.; BILLINGS, A. A.: Antibody response to cannabis. *J A M A*. 1974; 230: 81-82.
171. DRACHLER, D. H.: Hashish and the transmission of hepatitis. *New Eng J Med*, 1975; 293: 667.
172. PETERSEN, B. H.; GRAHAM, J.; LEMBERGER, L.: Marihuana tetrahydrocannabinol and T-cell formation. *Clin Res* 1975; 23: 477A.
173. LAU, R. J.; TUBERGEN, D. G.; BARR, M.; DOMINO, E. F.; BENOVIK, N.; JONES, R. T.: Phytohemagglutinin-induced lymphocyte transformation in humans receiving delta-9-tetrahydrocannabinol. *Science* 1976; 192: 805-807.
174. NAHAS, G. G.; DESOIZE, B.; AARMAND, J. P.; Hsu, J.; MORISHIMA, A.: Natural cannabinoids: Apparent depression of nucleic acid and protein synthesis in cultured human Lymphocytes. *Pharmacology of Marihuana*. Ed S. Szara y M. Braude, New York, Raven Press.
175. SILVERSTEIN, M. J.; LESSIN, P. J.: DNCB skin in chronic marijuana users. *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude, New York, Raven Press, 1976.
176. HENDERSON, A. H.; PUGSELEY, D. J.; ROBINSON, A. E.; PAGE, M. R.; CAMPS, F.E.: Collapse after intravenous injection of hashish. *Br Med J*, 1968; 3: 229-230.
177. BAKER, A. A.; LUCAR, E. G.: Some hospital admissions associates with Cannabis. *Lancet*, 1969; I: 148.
178. GARY, N. E.; KEYLON, V.: Intravenous administration of marihuana. *J A M A*, 1970; 211: 501.
179. GOURVES, J.; VIALARD, C.; IELVAN, D.; GIRARD, J. P.; AURY, R.: Case of coma due to Cannabis Sativa. *Presse Med*. 1971; 79: 1389-1390.
180. LOPEZ, H. H.; GOLDMAN, S.M.; LIBERMAN, I. I.; BARNES, D. T.: Cannabis-Accidental peroral intoxication. *J A M A*, 1974; 227: 1041-1042.
181. PAYNE, R. J.; BRAND, S. N.: The toxicity of intravenously used marijuana. *J A M A*, 1975; 223: 351-354.
182. FARBER, B. J.; HUERTAS, V. E.: Intravenously marihuana syndrome. *Arch Int Med*, 1976; 136: 337-339.
183. ISBELL, H.; JASINSKI, D. R.: A comparison of LSD-25 with d9-THC and attempted cross tolerance between LSD and THC. *Psychopharmacology*, 1969; 14: 115-123.
184. McMILLAN, D. E.; HARRIS, L. S.; FRANKENHEIN, J. M.; KENNEDY, J. S.: (1)- Δ^9 -tetrahydrocannabinol in pigeons: Tolerance to the behavioral effects. *Science*. 1970; 169: 501-503.
185. McMILLAN, D. E.; DEWEY, W. L.; HARRIS, L. S.: Characteristics of tetrahydrocannabinol tolerance. *Ann N Y Acad Sci*, 1971; 191: 83-89.
186. BABOR, T. F.; MENDELSON, J. H.; GREENBERG, I.; KUEHNLE, J. C.: Marihuana consumption and tolerance to physiological and subjective effects. *Arch Gen Psychiat*, 1975; 32: 1548-1552.
187. WIKLER, A.: Aspectos of tolerance to and dependence on Cannabis. *Ann N Y Acad Sci*,

188. RUBIN, V.; COMITAS, L.: *Ganja in Jamaica: A medical anthropological study of chronic marihuana use*. Paris, Mouton & Co. Publishers, 1975.
189. GOGGINS, W. J.: The general health status of chronic cannabis smokers in Costa Rica. *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude. New York, Raven Press, 1976.
190. GRENBERG, I.; KUENHLE, J.; MENDELSON, J. H.; BERNSTEIN, J. G.: Effects of marihuana use on body and calorie intake in humans. *Psychopharmacology*, 1976; 49: 79-84.
191. JONES, R. T.; BENOWITZ, N.: The 30-day trip-Clinical studies of cannabis tolerance and dependence. *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude, New York, Raven Press, 1976.
192. NAHAS, G. G.: Aspectos biomédicos del consumo de Cannabis. En *Avances en Terapéutica-10*. Ed. J. Laporte y J. A. Salva; Barcelona, Salvat Editores, 1980.
193. KARNIOL, I. G.; CARLINI, E. A.: Pharmacological interaction between cannabidiol and d9-tetrahydrocannabinol. *Psychopharmacologia*, 1973; 33: 53-70.
194. KARNIOL, I. G.; SHIRAKAMA, I.; JASINSKI, N.; PFERMAN, A.; CARLINI, E. A.: Cannabidiol interferes with the effects of delta-9-tetrahydrocannabinol in man. *Europ J Pharmacol*, 1974; 28: 172-177.
195. KARNIOL, I. G.; SHIRAKAWA, I.; TARAHASHI, R. N.; KNOBEL, E.; MUSTY, R. E.: Effects of delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol in man. *Pharmacology*, 1975; 13: 502-512.
196. DALTON W. S.; MARTZ, R.; LEMBERGER, L.; RODDA, B. E.; FORNEY, R. B.: Influence of cannabidiol on delta-9-tetrahydrocannabinol effects. *Clin Pharmacol Ther*, 1976; 19: 300-309.
197. DREW, W. G.; GLENN, F. K.; MILLER, L. L.; MARX, M.: Effects of propranolol on marihuana-induced cognitive dysfunctioning. *Clin Pharmacol Ther*, 1972; 13: 526-533.
198. EVANS, M. A.; MARTZ, R.; LEMBERGER, L.; RODDA, B. E.; FORNEY, R. B.: Clinical effects of marihuana dextroamphetamine combination. *Pharmacologist*, 1974; 16: 281.
199. JOHNSTONE, R. E.; LIEF, P. L.; KULP, R. A.; SMITH, T. C.: Combination of delta-9-tetrahydrocannabinol with oxymorphone or pentobarbital: Effects on ventilatory control and cardiovascular dynamics. *Anesthesiology*, 1974; 42: 674-684.
200. DALTON, W. S.; MARTZ, R.; LEMBERGER, L.; RODDA, B. E.; FORNEY, R. B.: Effects of marijuana combined with secobarbital. *Clin Pharmacol Ther*, 1975; 18: 298-304.
201. FREEMAN, F. R.; ROSENBLATT, J. E.; EL-YOUSEF, M. K.: Interaction of physostigmine and delta-9-tetrahydrocannabinol in man *Clin Pharmacol Ther*, 1975, 17: 121-126.
202. McAVOY, M. G.; MARKS, D. F.: Divided attention performance of cannabis users and nonusers following cannabis and alcohol. *Psychopharmacologia*, 1975; 44: 147-152.
203. PRYOR, G. T.: Acute and subacute behavioral and pharmacological interactions of delta-9-THC with other drugs. En *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude, New York, Raven Press, 1976.
204. HATTENDORG, C. G.; HATTENDORF, M.; COPER, H.; FERNANDES, M.: Interactio between Δ^9 -tetrahydrocannabinol and d-amphetamine. *Psychopharmacology*, 1977; 54: 177-182.
205. CRANCER, A.; DILLE, J. M.; DELAY, J. C.; WALLACE, J. E.; HAYKIN, M. D.: Comparison of the effects of marihuana and alcohol on simulated driving performance. *Science*. 1969; 164: 851-854.
206. KALANT, H.: Marihuana and simulated driving. *Science*, 1969; 166:640.
207. MANNO, J. E.; KIPLINGER, G. F.; SCHOLZ, N. FORNEY, R. B.: The influence of alcohol and marihuana on motor and mental performance. *Clin Pharmacol Ther*, 1971; 12: 202-211.
208. KLONOFF, H.: Marijuana and driving in real-life situations. *Science*, 1974; 186: 317-324.
209. KLONOFF, H.: Effects of marijuana on driving in a restricted area and on city streets: Driving performance and physiologic changes. En *Marijuana: Effects on Human Behavior*. Ed. por L. L. Miller, New York, Academic Press, 1974.
210. DOTT, A. B.: Effect of marijuana on aggression and risk acceptance in an automotive simulator. *Clin Toxicol*, 1974; 7: 289.
211. MOSKOWITZ, H.; HULVERT, S.; McGLOTHLIN, W. H.: Marihuana: Effects on simulated driving performance. *Acc Anal Prevent*, 1976; 8: 45-50.
212. HALIKAS, J. A.: Marijuana use and psychiatric illness. En *Marihuana: Effects on Human Behavior*. ed. L. L. Miller. New York, Academic Press, 1974.
213. ABRUZZI, W.: Drug-induced psychosis-or schizophrenia? *Am. J. Psychoanal*, 1975; 35: 329-342.
214. JONES, R. T.: Does cannabis affect the mind of people? En *Marihuana and Health Hazards: Methodological Issues in Current Marihuana Research*, Ed. por J. R. Tinklenberg, New York, Academic Press, 1975.
215. KROLL, P.: Psychoses associated with marijuana use in Thailand *J Nerv Ment Dis*, 1975; 161: 149-156.
216. MEYER, R. E.: Psychiatric consequences of marihuana use: The estate of the evidence. En *Marijuana and Health Hazards: Methodologic Issues in Current Research*. Ed. J. R. Tinklenberg, New York, Academic Press, 1975.
217. NADITCH, M. P.; ALKER, P. C.; JOFFE, P.: Individual differences and setting as determinants of acute adverse reaction to psychoactive drugs. *J Nerv Ment Dis*, 1975; 162: 326-335.
218. TENNANT, F. S.; DETELS, R.; CLARK, V.: Some Childhood antecedents of drug and alcohol abuse. *Am J Epidemiol* 1975; 102: 377-385.
219. WESTERMAYER, J.; WALZER, V.: Sociopathy and drug use in a young psychiatric population. *Dis Nerv Syst*, 1975; 36: 673-677.
220. STEFANIS, C.; LIARKOS, A.; BOULOUGOURIS, J.; FINK, M.; FREEDMAN, A. M.: Chronic hashish

- use and mental disorder. *Am J Psychiat*, 1976; 133: 225-227.
221. TALBOTT, J. A.; TEAGUE, J. E.: Marihuana psychosis: acute toxic psychosis associated with the use of cannabis derivatives. *J A M A*, 1969; 210: 299-302.
 222. GEORGE, H. R.: Two psychotic episodes associated with cannabis. *Brit J Addict*, 1970; 65: 119-121.
 223. KAPLAN H. S.: Psychosis associated with marijuana. *N Y State J Med*, 1971; 71: 433-435.
 224. CHOPRA, G. S.: Marihuana and adverse psychotic reactions. *Bull Narc*. 1976; 28: 15-22.
 225. TENNANT, F. S.; GROESBECK, C. J.: Psychiatric effects of hashish. *Arch Gen Psychiat*, 1972; 27: 133-136.
 226. STEFANIS, C; BOULOUNGOURIS, J.; LIAKOS, A.: Clinical and psychophysiological effects of cannabis in long term users. En *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude, New York, Raven Press, 1976.
 227. KEELER, M. H.; EWING, J. A.; ROUSE, B. A.: Hallucinogenic effects of marihuana as currently used. *Am J Psychiat*, 1971; 128: 105-108.
 228. STANTON, M. D.; MINIZ, J.; FRANKLIN, R. M.: Drug flashbacks. II. Some additional findings. *Int J Addict*, 1976; 11: 53-69.
 229. BROWN, A.; STICKGOLD, A.: Self-diagnosed marihuana flashbacks. *Clin Res*, 1974; 22: 31 A.
 230. CULVER, C. M.; KING, F. W.: Neuropsychological assesment of undergraduate marihuana and LSD users. *Arch Gen Psych*, 1974; 3: 707-711.
 231. BRUHN, P.; MAAGE, N.: Intellectual and neuropsychological functions in young men with heavy long-term patterns of drug abuse. *Am J Psychiat*, 1975; 132: 397-401.
 232. SOUEIF, M. I.: Chronic cannabis users: Further analysis of objective test results. *Bull Narc*, 1975; 27: 1-26.
 233. SOUEIF, M. I.: Some determinants of psychological deficits associated with chronic cannabis consumption. *Bull Narc*, 1976; 28: 25-42.
 234. BRILL, N. Q.; CHRISTIE, R. L.: Marihuana use and psychosocial adaptation. Follow study of a collegiate population. *Arch Gen Psychiat*, 1974; 31: 713-719.
 235. CARLIN, A. S.; POST, R. D.: Drug use and achievement. *Int J Addict*, 1974; 9: 401-410.
 236. CUNNINGHAM, W. H.; CUNNINGHAM, I. C. M.; ENGLISH W. D.: Sociopsychological characteristics of undergraduate marijuana users. *J Genet Psychol*, 1974; 125: 3-12.
 237. GROSSMAN, J. C.; GOLDSTEIN, R.; EISENMAN, R.: Undergraduate marijuana and drug as related to openness to experience. *Psych Quart*, 1974; 48: 86-92.
 238. KAHN, M.; KULICK, F.: Relationship of drug involvement to dropping out of college. *Psychol Rep*, 1975; 37: 1095-1098.
 239. RICHK, H. G.; ANGLE, J. F.; McADAMS, W. S.; D'ANGELO, J.: Personality-mental health correlates of drug use by high school students. *J Nerv Ment Dis*, 1975; 160: 435-442.
 240. SMITH, G. M.; FOGG, C. O.: High school performance and behavior before and after initiation of illicit drug use. *Fed Proc*, 1975; 35: 564.
 241. DUBINSKY, B.; ROBICHAUD, R. C.; GOLDBERG, M. E.: Effects of (-)-9-trans-tetrahydrocannabinol in several animal models of aggression. *Fed Proc*, 1973; 32: 725.
 242. DUBINSKY, B.; ROBICHAUD, R. C.; GOLDBERG, M. E.: Effects of d9-trans-tetrahydrocannabinol and its selectivity in several models of aggressive behavior. *Pharmacology*, 1973; 9: 204-206.
 243. TINKLENBERG, J. R.: Marijuana and human aggression. En *Marijuana: Effects on Human Behavior*. Ed. L. L. Miller, New York, Academic Press, 1974.
 244. TAYLOR, S. P.; BARDARIS, R. M.; RAWTICH, A. B.; GAMMON, C. B.; CRANSTON, J. W.; LUBERTKIN, A. I.: The effects of alcohol and delta-9-tetrahydrocannabinol on human physical aggression. *Agress. Behav*. 1976; 2: 153-161.
 245. THAGORE, V. R.; SHUKLA, S. R. P.: Cannabis psychosis and paranoid schizophrenia. *Arch Gen Psychiat*, 1976; 33: 383-386.
 246. MILES, C. G.; CONGREVE, G. R. S.; GIBBINS, R. J.; MARSHMAN, J.; DEVENYI, P.; HICKS, R. C.: An experimental study of the effects of daily cannabis smoking on behavior patterns. *Acta Pharmacol Toxicol*, 1974; 34: 1-44.
 247. SHARMA, B.P.: Cannabis and its users in Nepal. *Br J Psychiat*, 1975; 127: 550-552.
 248. MENDELSON, J. H.; KUEHNLE, J. C.; GREENBERG, I.; MELLO, N.: Operant acquisition of marihuana in man. *J Pharmacol Exp Therap*, 1976; 198: 42-53.
 249. MENDELSON, J. H.; KUEHNLE, J. C.; GREENBERG, I.; MELLO, N.: Marihuana, use, work and motivation. En *Pharmacology of Marihuana*. Ed. S. Szara y M. Braude, New York, Raven Press, 1976.
 250. TEC, N.: Marihuana and other illegal drugs. *Int J Soc Psych*, 1974; 20: 173-179.
 251. GOULD, L. C.; KLEBER, H. D.: Changing patterns of multiple drug use among applicants to a multimodality drug treatment program. *Arch Gen Psychiat*, 1974; 31: 408-413.
 252. MULLINS, C. J.; VITOLA, B. M.; MICHELSON A. E.: Variables related to cannabis use. *Int J Addict*, 1975; 10: 481-502.
 253. NACE, E. P.; MEYERS, A. L.; ROTHEBERG, J. M.; MALEON, F.: Addicted and nonaddicted drug users — A comparison of drug usage patterns. *Arch Gen Psychiat*, 1975; 32: 77-80.
 254. TZENG, D. C. S.; SKAFIDAS, T.: Differentiation of psychoactive drug users and non-users and prediction of their using intention. *J Drug Ed*, 1975; 5: 261-273.
 255. TENNANT, F. S.; DETELS, R.: Relationship of alcohol, cigarette, and drug abuse in adulthood with alcohol and coffee consumption in childhood. *Prevent Med*, 1976; 5: 70-77.
 256. *Marihuana: Biological effects-analysis, metabolism, cellular responses reproduction and brain*. Ed. G. G. Nahas y W. D. M. Paton, New York, Pergamon Press, 1979.
 257. NAHAS, G. G.: Currents status of Marijuana research. *J A M A*, 1979; 242: 2775-2778.

Eusebio Megías*

Prevención del SIDA en drogodependientes y en grupos de riesgo afines

RESUMEN

Se analizan las principales dificultades para enfrentar la prevención del SIDA en los grupos de drogodependientes, así como las posibles estrategias de intervención. Tras fijar los diferentes objetivos que puedan ser abordados y en función del análisis anterior, se hace una propuesta genérica de diez actuaciones en diversos ámbitos.

SUMMARY

AIDS Prevention for those with Drug Dependency and in Groups of Similar Risk

The major problems in coping with the prevention of AIDS in drug dependent groups, as well as possible intervention strategies, have been analyzed. After setting the different objectives that can be taken on, based on the earlier analysis, a generic proposal with ten actions in various fields has been made.

61

1. INTRODUCCION

La prevención del contagio por el HIV en la población de drogodependientes de nuestro medio es de una importancia incuestionable. Es sobradamente conocido el hecho de que nuestro país, junto con Italia, constituyen la única muestra de una situación invertida en la que los toxicómanos por vía endovenosa forman el grueso de los enfermos de SIDA. Cuando en todo el entorno europeo y en los países americanos afectados (el mapa epidemiológico en África ya tiene características diferenciales) los grupos de población fundamentalmente sometidos a factores de riesgo son los de homosexuales y bisexuales, en España e Italia la prevalencia y la incidencia se alimentan muy prioritariamente de usuarios de drogas intravenosas. Basta con repasar unas ci-

fras, de dominio común, para ratificar estas apreciaciones. La administración parental de drogas es el factor de riesgo presente en el 59,77% del total de casos de SIDA, significando el 60,13% para los adultos y el 50% para los niños. Por otro lado, las estimaciones de positividad en los estudios de portadores en cohortes de drogadictos oscila entre el 40-70% de todos los casos, llegando en los subgrupos más expuestos (más años de toxicomanía, comportamiento consumista más desorganizado, mayor deterioro físico) hasta unas cotas cercanas al 90%.

Probablemente no hacen falta mayores argumentaciones para estimar que el futuro epidemiológico del SIDA va a depender muy fundamentalmente de cómo evolucionen las curvas de transmisión dentro del grupo de personas sometidas a este factor de riesgo. Esto significa que las tareas de prevención

(*) Correspondencia: Avda. de Baviera 3, 4.º izda. 28028 MADRID.

del SIDA en el colectivo de drogodependientes aparecen como esenciales y, esto, en un doble sentido: esenciales para la contención del SIDA y esenciales para el futuro de los programas sobre las toxicomanías. En relación con este último aspecto, no hace falta argumentar muy extensamente para entender que la aparición de una variable de peso tan aplastante como la presencia del SIDA obliga a replantearse el proceso de indicación terapéutica, altera sustancialmente el pronóstico y crea nuevas y difíciles circunstancias en el manejo profesional.

Por todos estos motivos resulta imprescindible el enfrentar las exigencias preventivas y hacerlo con carácter de urgencia. Lo cual, en ningún caso, debe entenderse como hacerlo en un régimen de «palos de ciego», antes guiados por un voluntarismo angustiado que por las resultantes de un planteamiento lógico de la actuación. Los profesionales de los programas de intervención sobre drogas tienen la suficiente experiencia vivida de lo que puede ser la «prevención salvaje» y no sería justificable que, otra vez, caigan en los mismos errores de partida.

2. DIFICULTADES PARA EL ABORDAJE PREVENTIVO

Para plantear cualquier política de prevención es necesario partir del análisis de la realidad sobre la que se pretende actuar y, acaso, de los múltiples aspectos de ese análisis, nos convenga fijar particularmente la atención en las dificultades. Si, junto con el «qué pretendemos», tenemos una idea clara de «qué se opone a nuestras pretensiones», probablemente estaremos en mejores condiciones de determinar cómo deberemos planificar nuestro proyecto.

Las dificultades que, en principio, pueden hacer que el prevenir del contagio por HIV entre la población de drogadictos no sea una tarea sencilla, podrían agruparse en tres grandes categorías de problemas. Unos, emanados de las características propias del colectivo sobre el que se quiere intervenir, otros, que se derivan de las particularidades de los individuos integrantes del colectivo y, por fin, otros, que se refieren a las insuficiencias de los instrumentos desde los que tendremos que actuar.

Dificultades derivadas del colectivo

Quizá no sea pertinente en este momento extenderse sobre las características diferenciales de la población de drogodependientes. Sin embargo, no podemos evadir el señalamiento de algunas de ellas que crean especiales dificultades de comunicación en un doble sentido: comunicación como «contacto», primer paso ineludible para cualquier intervención, y comunicación como «intercambio dialéctico», situación exigida para la promoción de modificaciones de actitudes y comportamiento.

La población de drogodependientes es difícilmente delimitable. Está, en gran parte, construida con grupos más o menos (frecuentemente mucho) marginalizados, de los que se puede asegurar que no sólo se encuentran escasamente institucionalizados, sino que, en buena medida, se oponen activamente a la institucionalización.

Además, se trata de un colectivo que presenta dificultades severas para ser contactado; al menos, para ser contactado de forma que permita operar sobre él. Esto, por diversas razones más allá de su marginalidad. Está sujeto a

un dinámica intergrupala marcadamente ambivalente, mezcla de gregarismo y de individualismo, que condiciona agregaciones y desagregaciones continuas y una movilidad interna muy intensa. Por otro lado, estamos haciendo referencia a poblaciones con una subcultura grupal propia caracterizada por la presencias de una ideología peculiar, un alejamiento de los estímulos sociales compartidos, un relativo distanciamiento de los «mass media» y una entronización de lo marginal con presencia de hábitos y rituales autóctonos y, puntualmente, contrarios a los de la sociedad de la que sus sujetos forman parte y desde la que se pretende influir.

Dificultades referentes a lo individual

La situación personal de drogadicción entraña unas condiciones que pueden dar lugar a severas distorsiones en el contacto con las persona que la viven. No sólo es muy difícil comunicar con los drogodependientes como grupo, sino que, también lo es hacerlo con los integrantes individuales de dicho grupo.

El individuo toxicómano evidencia lo que se podría denominar como un empobrecimiento, o estrechamiento, del campo de los intereses: vive por y para la droga y lo que inmediatamente la rodea y está ajeno a cualquier cosa que no tenga que ver con ello. Esto condiciona la ausencia de un proyecto vital personal, que queda obligadamente acotado a lo inmediato y carente de perspectiva. La forma de interactuar está entramada sobre este rango de inmediatez; la percepción del mundo, las posiciones reactivas, las actitudes interpersonales, se ven igualmente marcadas.

En estas condiciones, con lo que conllevan de ineficacia en los movi-

mientos defensivos (activos y pasivos) de cara a un proyecto existencial, no es difícil entender cómo la intervención modificadora dista mucho de ser una tarea complaciente. Aún más si se tiene en cuenta que la presencia de seropositividad al HIV, que va a darse en muchos de los sujetos que tratamos, introducirá, quizá, un nuevo elemento que complicará más las cosas: el factor de la desesperanza.

Dificultades estructurales

En el apartado de cuestiones que se oponen al trabajo preventivo no sólo hay que considerar las derivadas del objeto sobre el que se trata de actuar. También es preciso tener en cuenta aquellas otras que tienen que ver con el instrumento que va a intervenir, con el terreno desde el que se opera.

En este sentido, es obligado señalar la actual insuficiencia de los dispositivos asistenciales en cualquiera de los niveles y de las áreas de atención.

Los programas asistenciales para toxicómanos, independientemente de su mayor o menor insuficiencia según qué Comunidades Autónomas, plantean una debilidad básica bastante generalizada: hay importantísimos núcleos de población que quedan al margen de ellos. Es muy frecuente, por no decir habitual, que grupos de personas, plenamente incluidas en el universo a tratar, se mantengan fuera del espectro de intervenciones. Así, los colectivos más marginalizados, los de personas que no demandan atención, los de corta historia de consumo, los de menores o muy jóvenes, los de reclusos. Todos ellos y, circunstancialmente, alguno más, tan importante como el formado por familiares directos —sobre todo, parejas— de toxicómanos, son

subgrupos sobre los que las redes de atención a los problemas de toxicomanías o no actúan, o actúan irregularmente.

Además de la señalada, los equipos que atienden a drogodependientes presentan otra insuficiencia básica: cierta deficiencia en la preparación del personal. En ocasiones, debido a la precipitación con que ha habido que crear redes asistenciales, el personal que las conforma no se encuentra seguro en sus respuestas a una realidad tan variada, multiforme y cambiante como la que les cuestiona. En muchos otros casos, aun tratándose de equipos con experiencia, se puede observar una determinada indefensión en el momento de enfrentar un nuevo factor que, se podría decir, les ha (nos ha) sorprendido. La aparición del SIDA, con nuevas exigencias y nuevos problemas de prevención y de asistencia, no puede saldarse echando mano de los viejos esquemas.

Debemos reconocer un punto de inflexión que cuestiona los objetivos tradicionales y las estrategias más conocidas y que crea una nueva exigencia de conocimientos y actitudes. Un programa de atención a toxicómanos, en el nivel que sea, no puede ignorar una circunstancia tan decisiva como la amenaza de muerte objetivada en una infección concreta y no puede despreocuparse del avance de esa agresión. La inclusión en la persona toxicómana de nuevas variables (la desesperanza, la vivencia de poseer un arma-amenaza contra los otros, el estrechamiento del horizonte vital y otras), la prioridad que hasta cierto punto puede adquirir en algunos casos el «cómo drogarse» sobre el «no drogarse», la presión social que relanza una angustia renovada, etc. Todos estos elementos, para y contra los que el profesional no estaba

preparado, condicionan esa circunstancia de indefensión de la que se hablaba.

En otro ámbito, resulta forzoso apuntar, aun a riesgo de caer en el lugar común, los extensos condicionantes que lastran la atención primaria. Cuando su definición teórica (comunitaria, integral, multifocal, pluridisciplinar, próxima, coordinada...) la acerca al ideal de lo que podría ser el lugar de atención de las drogodependencias y de sus problemas relacionados, la realidad es que se halla muy lejos, en nuestro aquí y ahora, de poder serlo. Sólo haya que señalar las circunstancias de espacio y tiempo en que se desenvuelve la atención primaria, en términos generales, para percibir que la ambición de responsabilizarla de unas tareas para las que estaría llamada es más una fantasía desiderativa que un proyecto de realidad. Más aún si analizamos otras variables que van desde la insuficiente formación del personal y la incoordinación hasta una imagen pública que en buena medida connota negativamente los servicios.

Hay que subrayar una cuestión especialmente preocupante: en muchos casos parece advertirse que los problemas derivados del personal tienen que ver no tanto con un déficit en la información cuanto con unas posiciones actitudinales distorsionadas que más se refieren al «no querer saber» que al «ignorar». Por causa de circunstancias muy complejas (sorpresa de los estamentos/instrumentos sanitarios ante la presencia de los toxicómanos, errores en el manejo de estas patologías, inadecuación de las estructuras asistenciales, trastornos de conducta de los pacientes acentuados por la mala respuesta que se les daba, imagen estereotipada del drogadicto-delincente, etc.) el hecho es que se ha ido crean-

do una posición mixta de rechazo, desprecio, fatalismo y temor, que grava seriamente el encuentro entre la persona drogodependiente y el cuerpo sanitario que tendría que atenderlo. Ni que decir tiene que la presencia sobreañadida del SIDA, con lo que entraña de doble estigmatización, viene a incrementar dramáticamente la distancia terapéutica.

Otro factor estructural que viene a acumular dificultades de abordaje preventivo de los contagios por HIV es el constituido por la clara insuficiencia en nuestro país de los servicios asistenciales para los enfermos de SIDA. Como en el caso de la atención a los problemas de drogadicción, se está muy lejos de suponer que sea precisa una red específica para estos tratamientos. No creemos que haya que montar unos centros privativos para el SIDA, como no creemos que haya que hacerlo para los drogadictos. Pero al igual que para tratar a éstos, por mucho que se apueste por hacerlo en las redes sociosanitarias generales, es precisa una adecuación (en infraestructura, en personal y en programas), de igual forma, para responder correctamente a la nueva infección habrá que proceder a la optimización de los servicios públicos. Esta preparación de los dispositivos sanitarios es una tarea por hacer y, hoy por hoy, las redes de atención al SIDA son exiguas, no integradas, infradotadas y sujetas a un funcionamiento voluntarista y aislado. En esas condiciones mal pueden contribuir con eficacia al desafío preventivo del que estamos hablando.

Como último punto en relación con la dificultades que, desde nuestra estructura actual, se nos plantean para la prevención del SIDA en los grupos de toxicómanos, hay que hablar de las peculiaridades de la red de servicios so-

ciales: tanto de la red de servicios sociales orientada y gestionada desde las distintas administraciones públicas como de la que surge, o debería surgir, del propio entramado social del que se nutre y al que sirve. Hay que hablar de estos dispositivos de apoyo y de intervención social, puesto que ellos tienen un papel fundamental en las intervenciones de cara a los drogodependientes o, al menos, a amplios grupos de los mismos. Son instrumentos de esta índole (servicios sociales generales, grupos de autoayuda, asociaciones de diverso tipo, dispositivos sociales especializados, etc.) los que, en buena medida, van a detentar la responsabilidad de funciones tan trascendentes como la captación, la orientación, la derivación de la demanda, el apoyo puntual, el seguimiento del proceso de atención, la rehabilitación social, la ayuda para la reinserción y otras. Sin la intervención de los instrumentos, equipos y dispositivos sociocomunitarios, no puede haber planes completos de actuación sobre las drogodependencias, y sin ellos no podría haber prevención eficaz de la propagación del SIDA entre los miembros del colectivo de toxicómanos.

Siendo así, hay que reconocer que, pese al esfuerzo de los últimos años, ni contamos con una red de servicios sociales propia de tal nombre ni nuestra sociedad posee una cultura de asociacionismo que permita la autodefensa. Los servicios sociales generales son en buena parte ajenos a las exigencias del trabajo comunitario y están lastrados por el burocratismo y por un barniz ideológico de la «beneficencia» de la que son herederos. Por otro lado, presentan grandes lagunas y bastantes áreas del tejido social tienen una presencia puramente nominal. Los problemas referentes a sus profesionales, igual que en el caso de los sanitarios,

pueden resumirse bajo tres epígrafes generales: insuficiencia, incoordinación y formación inadecuada.

66 Acaso habría que añadir, en este momento, otra cuestión de la que no se puede señalar un responsable evidente pero que es innegable y que dificulta de manera trascendente cualquier intento lógico de actuación: la histórica, antigua e inconclusa disputa entre servicios sociales y sanitarios. Sea por la prepotencia de los estamentos sanitarios o por el irredentismo de los servicios sociales, sea por las confusas y no delimitadas nociones de «salud pública» y de «bienestar social», sea porque, según qué casos, la dejación de unos propicia el voluntarismo invasor de los otros, la cuestión es que, en estos momentos, dos áreas de servicios públicos, que no presentan una clara solución de continuidad y cuyos trabajadores están condenados a entenderse o a fracasar inevitablemente (incluso en las acciones que le serían más propias), prosiguen en su suicida actitud de mirarse con desconfianza y desprecio mutuos. No hay que esforzarse demasiado para hacer ver, a partir de lo anterior, cómo esa política de «ni comer ni dejar que coman», convierte en estériles gran parte de los intentos que se hagan en terrenos, como el que nos ocupa, que suponen simultáneamente responsabilidades de lo social y de lo sanitario.

3. ANALISIS DE POSIBLES ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Las consideraciones apuntadas en el apartado anterior no son ni pueden ser en ningún caso una relación de justificaciones para la inhibición. Los resultados del análisis de unas dificultades no deben convertirse en el apoyo de una inoperancia asumida ni en la racio-

nalización de una conducta ajena a responsabilidades incuestionables. Por otro lado, tampoco es cierto que a partir de las insuficiencias queda justificado cualquier pesimismo ni, mucho menos, una posición de abandono fatalista. Aquellas consideraciones sólo tenían la finalidad que se explicitaba; ver qué cosas fallan para ver cómo logramos funcionar a pesar de todo.

Dicho esto, parece oportuno pasar al estudio de las diversas estrategias globales que podrían ser empleadas para emprender la tarea de prevenir la propagación del SIDA entre y a partir del grupo de personas drogodependientes.

En principio, se podría pensar en tres estrategias válidas: el abordaje de todo el colectivo con técnicas adecuadas para ello, el abordaje de subgrupos separados del colectivo total y el abordaje individualizado de la mayor cantidad posible de miembros constituyentes de la población de referencia.

Abordaje preventivo del colectivo

Debería utilizar unas actuaciones que garanticen que el mensaje iba a llegar a gran parte del colectivo y que iba a promover modificaciones en él. El mensaje debería tener unas características que le permitieran ser compartido por diferentes grupos integrantes de la totalidad, al menos en su esencia, y, además, tendría que ser válido para la consecución de las modificaciones que se quieren obtener. Lógicamente los instrumentos a utilizar, por la dispersión del colectivo de referencia, tendrían que ser casi los mismos que los destinados a influir sobre la población general, y ello supondría que el mensaje debería también ser válido, o al menos no lesivo, para esa población general.

Hay, además, que tener en cuenta lo ya señalado de la grave dificultad de acceso a la población de drogodependientes y la discutible efectividad que para ello presentan los medios de comunicación de masas. Los instrumentos habituales (prensa, radio, televisión, publicidad gráfica...) sólo parcialmente son vehículos de información fiable para los grupos de drogodependientes. Sobre todo es preciso contar con que, más allá de la información, se pretende una modificación de actitudes y comportamientos, y este logro es más bien dudoso si utilizamos unos medios que van a ser vistos por los interesados como teñidos de un matiz descalificador.

Los mensajes preventivos difícilmente van a modificar en profundidad una población que no comparte el lenguaje, la ideología o los valores de quienes los emiten. Quizá haya que concluir que el mensaje preventivo por sí solo (el folleto informativo, el spot televisivo, la «cuña» radiofónica o cualquier otro) no tienen muchas posibilidades de influir sobre una población que, cuando lo recibe, puede descalificarlo fácilmente como algo proveniente de una cultura que no comparte o con la que se encuentra enfrentada.

Abordaje de subgrupos dentro del colectivo

Es claro que algunas de las dificultades que apuntábamos en relación con el colectivo en su conjunto quedarían obviadas si lo que se plantea es la intervención sobre grupos concretos de ese colectivo. Así, éstos serían más fácilmente delimitables y se llegaría con más eficacia a ellos, podría evitarse la contaminación con la población general, podría ajustarse más aproximadamente el contenido que se quisiera

transmitir y sería más factible encontrar un vehículo eficaz de transmisión.

Grupos tales como los constituidos por los reclusos drogodependientes de una prisión, los toxicómanos de una determinada zona, las cohortes de personas que demandan atención en un dispositivo durante un tiempo, las que son atendidas en un servicio médico... Todos ellos serían subgrupos sobre los que, a partir de un mejor conocimiento de su realidad concreta y de las variables esenciales de su subcultura, podría actuarse con una razonable esperanza de éxito.

Ahora bien, hay que apuntar enseguida que esta particular estrategia no deja de presentar problemas e insuficiencias. Por ejemplo, no podemos olvidar que estaríamos tratando de influir sobre la agrupación en su conjunto: acotada, con exclusión de otras colectividades de igual rango, claramente delimitada, pero vista como una unidad total. No se hace referencia a intervenciones puntuales sobre cada individuo, que eso lo veremos luego, sino a una actuación abarcadora del subgrupo que contempla a éste como objeto único y que trata primariamente de modificarlo (secundariamente, esperará modificaciones individuales de los integrantes).

Parece innegable que para estas actuaciones nos faltan instrumentos válidos. Los métodos clásicos, información gráfica y verbal, aparecen como excesivamente «blandos» y, muy probablemente, resulten insuficientes para romper la fuerte e íntima cohesión defensiva de la ideología y de los hábitos de esas agrupaciones. Presumiblemente son precisos agentes más incisivos y de acción más continuada. Y esto exigiría una remodelación de los dispositivos de intervención, que en estos mo-

mentos están pensados y estructurados casi exclusivamente para una acción individualizada. Tanto los recursos sanitarios como los sociales, lo veamos, funcionan cerrados en sí mismos, pudiendo actuar con eficacia sólo con los sujetos que aceptan acercarse a ellos, jugar su juego y hablar su lenguaje.

68 Para el abordaje grupal debía ser justamente al revés: unos recursos abiertos tendrían que poder acercarse a colectivos que les son ajenos, incluirse en su entramado, utilizar sus claves, encajarse en su dinámica para poder modificarla. Esto exige una dinamización del tejido social que materialice en un relanzamiento de la iniciativa privada, en un incremento notable del asociacionismo, en la cristalización de estructuras operativas de autoayuda. Sólo si esto último se consigue, rompiendo el *ghetto* de los recursos públicos pasivos y rigidificados, sería posible plantearse actuar no sobre los individuos que los piden sino sobre los grupos que se mantienen, en buena parte ajenos.

En cualquier caso, queda por hacer una consideración que puede ser decisiva. Se trata de discernir si acciones dirigidas a lo grupal son aptas para promover modificaciones individuales. Si a la cuestión, así generalmente planteada, no se puede más que responder que sí (afirmación avalada por siglos de publicidad en lo práctico y por elementales postulaciones de psicología de masas en lo teórico), es menos claro que también puede ser afirmativa la respuesta cuando encaramos a colectivos tan particulares como los de referencia.

No es seguro que este tipo de intervenciones sean suficientes para superar todas las características negativas acumuladas que se señalaban en su

momento. La sola conexión con el grupo quizá no pueda solventar los problemas impuestos por la alienación, la apatía, la dejación o la desesperanza. Acaso el riesgo es promover modificaciones más aparentes que reales. Sin cambio de lo estructural operativo o con cambios sólo transitorios de lo mismo.

Abordaje individual

Parecería el más eficaz para encarar objetivos personalizados. Al estar estructurado teniendo en cuenta las circunstancias individuales concretas (características y reldades del sujeto, problemas y dificultades de éste), es presumiblemente más modificador de actitudes y comportamientos. Es una forma de aproximación que maneja mucho más que lo puramente informativo, y en ese sentido cuenta con recursos poderosos para la prevención. Individualmente no sólo se informa, sino que puede trabajarse directamente con los afectados, con las identificaciones, se puede ir directamente al núcleo conflictivo o puede demorarse esta maniobra con una estrategia de evitación calculada. El ámbito de lo interpersonal es el más adecuado para la modificación de actitudes si no se cuenta con el factor de presión grupal, y este factor, como veamos en los apartados anteriores, en el campo que nos ocupa, más trabaja contra nosotros que con nosotros.

Por contra, el abordaje individual se ve obligadamente limitado en la extensión de su posible universo de intervención. Podemos actuar más profundamente pero con menos personas. Hay amplias capas de población en riesgo que, en principio, permanecerían ajenas a esta posibilidades. En cierta medida, sólo sería posible hacer algo con

quien previamente estuviera dispuesto a ello.

Además, para ejecutar una tarea de prevención individualizada también es preciso que el personal que vaya a responsabilizarse de ella esté formado en cuanto a lo que va a ser su propósito. Ya se apuntaba en algún momento de este trabajo que no basta la buena voluntad para dar cuenta de un empeño que, en muchas ocasiones, se presenta difícil. El profesional de servicios sociales o de equipos sanitarios, de dispositivos generales o especializados tiene que conocer y saber transmitir conocimientos pero también tiene que saber jugar con factores que en principio se le oponen (la apatía, la desesperanza...); tiene que instrumentalizar unas variables para las que puede no estar prevenido y que le obligan a variar sus objetivos, sus estrategias, sus posiciones de partida. Por último, el profesional debe contar con suficiente bagaje técnico como para poder sentirse protegido personalmente de las emociones que, en él mismo, pueden despertar la necesidad de tratar de continuo con exigencias angustiosas y, frecuentemente, frustrantes.

4. ESTRATEGIAS PROPUESTAS

De todo lo anterior se desprende con fuerza la convicción de que la tarea de prevención del SIDA dentro del grupo de drogodependencias, ni es algo fácil ni puede emprenderse con una política de intervenciones polarizada y restringida. La selección de cualquiera de las posibles estrategias con exclusión de las otras, mucho más la selección de una sola o unas cuantas acciones de las incluidas en un solo paquete estratégico, van a resultar inevitablemente cortas de efectos. Es claro que no se puede hacer todo y, menos, a la vez.

Hay que jerarquizar prioridades y seleccionar los modos de hacer, puesto que los recursos siempre son limitados. Esto es cierto, pero de ninguna manera supone que la posición da entrada no pueda y deba ser comprensiva de los distintos puntos sobre los que incidir para que, aunque forzosamente limitado, el resultado aparezca con mínimas garantías. Una estrategia puede ser, creemos en este caso que debe ser, acotada en sus fines y sus medios pero estructurada multifocalmente y diversificada.

Estimamos que cualquier política preventiva del tipo de la que tratamos tiene que contemplar la inclusión de estrategias de cada uno de los tres grupos que hemos descrito, si bien la finalidad y los objetivos de cada una son diferentes y, probablemente, los ejecutores también deben ser distintos aunque funcionen coordinados.

A modo de esquematización, puede verse el cuadro 1.

Nos parece incuestionable que para conseguir algo tan ambicioso como es el cambio de las conductas individuales y, más aún, el cambio de alguna de las actitudes profundas que marcan el «estar en el mundo», la forma más eficaz está constituida por el acercamiento individualizado. Ya citábamos, en algún momento, que la presión del grupo va en sentido contrario, y con el abordaje grupal lo que se trataría es de invertir ese sentido, y eso no es tarea fácil. Por tanto, sigue siendo la interacción personal lo que más válido nos puede resultar para promover variaciones en el drogodependiente. Ya existen en estos momentos experiencias que lo demuestran, y, además, es fácilmente comprensible. En el círculo de la dialéctica relacional puede modularse la comunicación, adecuarse a la realidad

Cuadro 1.

ESTRATEGIA	FINALIDADES	AMBITO DE INTERVENCION	INSTRUMENTOS DE INTERVENCION
ABORDAJE DEL COLECTIVO	Sensibilización «Infiltración»	Administración Central Adm. Autonómica	Campañas informativas
ABORDAJE DE SUBGRUPOS	Movilización Favorecer contacto Individual	Adm. Autonómica Administración Local Asociacionismo (Sector privado)	Programas específicos Intervenciones comunitarias Grupos autoayuda
ABORDAJE INDIVIDUAL	Modificaciones de actitudes y comportamientos	Administración Local Adm. Autonómica Sector privado	Recursos sociales Recursos sanitarios Programas sobre drogas Grupos autoayuda

70 del sujeto y matizarse o temporalizarse según la percepción de cómo discurre la relación. En este ámbito pueden ponerse voluntaria y conscientemente en juego factores emocionales y recursos de movilización defensiva plenamente adecuadas a la persona con la que se trabaja. También puede instrumentalizarse una inmediatez que va a prestar posibilidades más completas. Es en estas actuaciones donde se puede fundar la esperanza más lógica de éxito de cara al objetivo último: que las actitudes y conductas del drogodependiente cambien en la dirección que interesa a su propia salud y a la salud pública.

El problema grave es que, de esa forma, las intervenciones son forzosamente limitadas. Hay muchos sujetos de riesgo que no permiten ese contacto individualizado. Podría decirse que se interviene más pero en muy pocos. Para obviar esta dificultad estimamos que la salida no está en dar un salto a nivel tratando de contactar con el grupo para conseguir, ampliados por el número, los mismos fines. Creemos que eso no ofrecería soluciones, sino «ilusiones de solución» dada la inadecuación de las actuaciones. Por el contrario, reconociendo la dificultad señalada, postulamos que la superación de la misma debe ir por tres vías complementarias.

Primero, que el contacto sea eficaz en la mayor cantidad de casos posibles: si las relaciones interpersonales son pocas, al menos que sean positivas la mayoría de las veces. Para eso no hay más salida que la adecuación y la formación del personal que es responsable de esos contactos. Segundo, que los contactos se amplíen lo más posible, incrementando los ámbitos, los dispositivos y las personas que puedan realizarlos. Hay que conseguir que en los servicios sociales generales, en la atención sanitaria del primer nivel, en los servicios especializados, en los hospitales, en las asociaciones de autoayuda, en los servicios comunitarios, haya personas capaces de dar respuesta a la necesidad de interacción positiva descrita. Por último, tratar igualmente de incrementar el número de contactos haciendo que haya más demanda de los mismos desde el grupo de drogodependientes y que la demanda sea más precoz, por supuesto.

Creemos que la consecución de esta última finalidad es a donde deben localizarse los esfuerzos de las intervenciones que se dirigen a subgrupos del colectivo total.

Si pensamos que, como en cualquier otros sitio, los toxicómanos de nuestro

medio se mantienen en buen porcentaje al margen de las redes sociosanitarias, al menos mientras pueden hacerlo, y que sólo acuden a ellas después de años de dependencia (entre nosotros, aproximadamente un año más tarde que en otros países), fácilmente entenderemos que, si nos interesa acortar los plazos e incrementar el número de los que se acerquen, habrá que hacer un importante esfuerzo en este campo. Ambas cosas, que lleguen más y que lleguen antes, son fundamentales para la prevención del SIDA y ambas cosas son factibles con un abordaje grupal siempre que éste sea adecuado: con trabajo comunitario, utilizando los recursos propios del medio, empleando el lenguaje inteligible de mediadores válidos y sabiendo despertar las reacciones defensivas del propio entramado social. Parece que, de esa forma y con esa finalidad, las intervenciones sobre núcleos determinados de toxicómanos pueden ser más rentables y más eficaces que cuando, quizás un tanto acriticamente, persiguen otros objetivos menos prudentes o más omnipotentes.

Por otra parte, si bien el grueso del esfuerzo preventivo debe canalizarse por los caminos antedichos, no hay que pensar que huelgan todas las campañas o programas que se dirigen a la totalidad del colectivo. Estimamos que puede ser conveniente, incluso necesario, complementar las acciones referidas con la consecución de un clima de información positiva que las permita, las facilite y mejore su eficacia. Los folletos, la información de prensa, las campañas publicitarias de sensibilización y orientación, acaso no tengan más efectividad general que la de crear un clima propiciador de otras acciones más personalizadas, pero, si al menos sirven para eso, no parece que sean algo desdeñable.

5. OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN

En los Cuadros 2, 3 y 4 queda esquematizada una relación de posibles objetivos que pueden plantearse en una campaña de prevención del SIDA en el grupo de ADVP (adictos a drogas por vía parental) y en los grupos de riesgo afines. Se ha dividido esta relación en las catalogaciones básicas (prevención primaria, secundaria y terciaria) por un afán de clarificación metodológica, aun aceptando que, en el caso del SIDA, estas divisiones pueden ser discutibles. Se ha entendido que la prevención primaria iría dirigida a la evitación del contagio con HIV, el nivel secundario estaría constituido por los esfuerzos para que los seropositivos no evolucionen o evolucionen más tarde y más lentamente hacia estadios de patología declarada y el tercer nivel preventivo integraría las actuaciones asistenciales para los enfermos del SIDA. Como decíamos, esta división no se ajusta a lo preceptuado en la definición clásica, pero la mantenemos así por acotar metodológicamente a los que serían los macroobjetivos esenciales: que las personas no se contagien, que no enfermen o enfermen menos gravemente y que, si enferman, sean bien atendidos.

Hechas estas puntualizaciones, hay que proceder inmediatamente a clarificar otra cuestión. Para cada objetivo, siendo ellos mismos muy heterógenos en cuanto a la amplitud o ambición que representan, se propone una serie de acciones que no son equiparables entre sí en cuanto que unas responden a intervenciones acotadas y puntuales y otras pertenecen al ámbito de las mejoras estructurales. Aunque listar acciones de tan distinto nivel puede inducir a una cierta confusión y, desde luego, quitar operatividad al planteamiento, se ha preferido hacer de ese modo puesto que la finalidad de los esque-

mas no es la programación de una campaña, lo cual exigiría una mucho mayor homogeneidad operativa, sino la explicitación de una articulación lógica entre objetivos e intervenciones o programas, sin que esta correlación lógica pretenda sobrepasar el plano de lo conceptual. Por tanto, es como un esbozo de propuesta teórica como hay que entender lo escrito y, en ningún caso, como modelo de campaña de realizaciones. No hay que aclarar que, si fuese esta última la intención, habría que proceder no sólo a la homogeneización de objetivos y acciones, sino, antes que eso, a la selección, jerarquización y temporalización de los mismos.

Prácticamente las mismas razones antes expuestas nos excusan del análisis pormenorizado de cada una de las intervenciones que se apuntan. Queda entendido que la finalidad de este trabajo nos permite evitar lo que, en otro caso, sería inexcusable: no ya enunciar el qué hay que hacer sino, sobre todo, el cómo, por qué, cuándo, en qué circunstancias y a través de quién hacerlo.

Queden, por consiguiente, los cuadros tal cual están y dejemos las consideraciones más acordes con lo operativo para el último apartado.

Cuadro 2. Nivel de prevención primaria

72

OBJETIVOS	ACCIONES POSIBLES
<p>A. <u>Para ADVP y grupos de riesgo afines</u></p> <p>A.1. Disminuir la incidencia de contactos con HIV en drogodependientes.</p> <p>A.2. Disminuir la incidencia en parejas sexuales.</p> <p>A.3. Disminuir la incidencia en hijos de drogadictos.</p>	<p>A. 1. a) Prevención de la toxicomanía. b) Favorecer el tratamiento precoz de la toxicomanía. c) Propiciar la higiene de la inyección.</p> <p>A.2. a) Introducir el uso del preservativo. b) Detección de anticuerpos en las parejas que quieran. c) Incluir parejas en programas de tratamiento.</p> <p>A.3. a) Programas para embarazadas toxicómanas. b) Abortos preventivos.</p>
<p>B. <u>Para la población general</u></p> <p>B.1. Disminuir contagio a través de contactos sexuales con ADVP</p> <p>B.2. Disminuir contacto a través de prostitución.</p>	<p>B.1. a) Campañas de información general.</p> <p>B.2. a) Programas especiales para grupos de prostitutas. b) Introducir el uso de preservativos.</p>

Cuadro 3. Nivel de prevención secundaria

OBJETIVOS	ACCIONES POSIBLES
<p>C. Para drogodependientes</p> <p>C.1. Facilitar contactos con instancias sociosanitarias.</p> <p>C.2. Facilitar detección precoz de seropositivos.</p> <p>C.3. Facilitar seguimiento de seropositivos.</p> <p>C.4. Coordinar redes de atención al SIDA y a las toxicomanías.</p> <p>C.5. Disminuir incidencia de reinfecciones.</p>	<p>C.1. a) Mejorar eficacia de la red de servicios sociales. — reforzando la red. — formación del personal. b) Desarrollar trabajo comunitario. c) Favorecer grupos de autoayuda. d) Coordinar servicios sociales y sanitarios. e) Formación del personal de atención primaria.</p> <p>C.2. a) Agilizar detección comprobada de anticuerpos. b) Detección ideal en todos los toxicómanos.</p> <p>C.3. a) Organizar red de atención al SIDA. b) Formación del personal de atención a toxicómanos.</p> <p>C.4. a) Colaboración funcional entre redes.</p> <p>C.5. a) Trabajo preventivo multifocal personalizado. — en serv. sanitarios generales. — en programas para toxicómanos. — en serv. sociales y comunitarios. b) Ampliar programas de metadona. c) Cambios de jeringuillas.</p>

73

Cuadro 4. Nivel de prevención terciaria

OBJETIVOS	ACCIONES POSIBLES
<p>D. Para personas enfermas de SIDA</p> <p>D.1. Agilizar contactos con centros sanitarios de segundo y tercer nivel.</p> <p>D.2. Coordinación con programas sobre toxicomanías.</p> <p>D.3. Coordinación con servicios sociales generales</p>	<p>D.1. a) Organizar red de atención al SIDA. b) Zonificar hospitales para atención al SIDA. c) Agilizar contactos atención primaria/equipos atención SIDA/hospitales.</p> <p>D.2. a) Colaboración funcional sobre servicios hospitalarios y programas de atención a toxicómanos.</p> <p>D.3. a) Colaboración funcional entre servicios sanitarios de todos los niveles con servicios sociales generales.</p>

6. PROPUESTA DE INTERVENCIONES PRIORITARIAS

Cualquier propuesta de intervención no tiene sentido si no está extraída de una realidad concreta sobre la que se pretende actuar. Este análisis debe concluir las variables definitorias de

esa realidad concreta, las necesidades prioritarias, los recursos disponibles, la temporalización de las acciones, los objetivos inmediatos y a medio y a largo plazo, los mecanismos de evaluación, etc. Nada de eso va a atenderse aquí, sencillamente porque no se trata en absoluto de diseñar ningún programa

ma. Nuestra única pretensión es, salvando las evidentes diferencias entre las distintas realidades de nuestras poblaciones, tratar de hacer una inferencia global sobre qué intervenciones serían más necesarias en nuestro medio para conseguir algunos de los objetivos señalados anteriormente y en la filosofía de la estrategia que se definió. Nos limitaremos por consiguiente a señalar esas intervenciones, añadiendo alguna reflexión sobre ellas.

Intervenciones estructurales

- a) *Establecer la red de atención al SIDA y coordinarla con la red de atención de las drogodependencias.*

De ninguna manera hay que entender que propiciamos una especificidad a ultranza de la atención del SIDA, ni la creación de centros monográficos para ello. Por supuesto, igual consideración es válida para lo referente a la red de atención de los drogodependientes. Tampoco creemos que nuestro sistema sanitario, tal cual es o tal cual está, sea capaz, espontáneamente, de resolver el nuevo desafío que supone la presencia del SIDA. De forma normalizada, dentro de la red general, sin solapamientos ni duplicidades, con las garantías de planificación que se quiera, habrá que plantearse la exigencia de estimular unos recursos que resuelvan con eficacia lo que, sobre lo anterior, en este momento se pide de ellos.

Esto es válido tanto para el nivel de atención primaria como para los recursos especializados de segundo y tercer nivel. Hay que estimular la organización de una respuesta sanitaria al SIDA y hay que coordinar funcionalmente esta respuesta con la que, en su ámbito, proporcionan los servicios de aten-

ción a drogodependientes. La eficacia del seguimiento mejora notablemente si se aglutinan los esfuerzos provenientes desde las perspectivas de la atención sanitaria de la infección y de la atención integral de la situación de drogadicción. Para optimizar esta colaboración, en los sitios donde sea posible, quizá fuese oportuno establecer una participación cruzada entre los equipos técnicos de coordinación de ambos programas asistenciales (1).

- b) *Facilitar y agilizar la detección fiable de seropositividades*

Parece de una conveniencia elemental tener establecida la posibilidad de decir rápida y fiablemente quién es seropositivo y quién no entre los drogodependientes que quieran saberlo. La exigencia de fiabilidad se comenta por sí sola; la de rapidez viene dada porque la única manera de trabajar constructivamente con este dato (constructivamente en lo preventivo y en lo terapéutico) es hacerlo de una forma personalizada, con intenciones particularizadas y con una técnica de comunicación y actuación adaptada a lo individual y a lo individual coyuntural. El mismo dato no sirve igual en un momento que dos meses después, cuando el paciente se ha perdido o, aunque siga, lo hace en una situación distinta.

En alguna ocasión hemos oído decir que el dato contrastado de la seropositividad es irrevelante, puesto que, en suma, a todos los ADVP habría que tratarles como si la tuvieran. Creemos que esta consideración olvida la exigencia de técnica personalizada que antes ci-

(1) No viene al caso comentar aquí el sentido de los equipos de coordinación de planes asistenciales específicos, su necesidad o inconveniencia, su temporalidad o su fijeza, etc. Nos limitaremos a señalar que, en las parcelas que tratamos, existen y podemos utilizarlos.

tábamos y, dentro de esos imperativos técnicos, también olvida algo tan elemental como que no es en absoluto idéntico trabajar sobre una expectativa o una fantasía temida que sobre la contrastación de esa fantasía, sobre la realización de la misma. Los mecanismos de evitación y negación, las posiciones reactivas, las defensas sobrecompensadoras, no funcionan igual y los instrumentos terapéuticos o correctores también son radicalmente diferentes.

Quizá reste hacer algún comentario sobre la frase «entre los drogodependientes que quieran saberlo». Es esta una cautela que atiende a, por una parte, lo que son derechos elementales de la persona, y, por otra, a la trascendencia, al menos en las circunstancias actuales, de una detección positiva que da a ésta un alcance mayor que el de los análisis de rutina. Ni que decir tiene que, probablemente, una de las primeras tareas del profesional sea conseguir que todos los drogodependientes estén interesados por conocer su situación a este respecto. Esta tarea se justifica tanto por razones terapéuticas individuales como por motivos de salud pública.

c) *Promover la formación complementaria específica entre el personal de los servicios de atención a drogodependientes*

Sobre la presencia del SIDA y las implicaciones de la misma; sobre las exigencias preventivas y terapéuticas; sobre la adecuación de las técnicas a estas nuevas exigencias; sobre las distintas realidades que condicionan o crean. Todos estos son aspectos para los que muchos profesionales pueden no estar preparados y que no van a poder ser eludidos. Por tanto se impone un proceso formativo que proporcione

información, dote de instrumentos de intervención, permita orientarse en una realidad cambiante, aporte seguridad profesional, defienda de la angustia y de la amenaza de frustración, aumente la eficacia y ofrezca una más amplia dimensión al trabajo.

Parecería conveniente que la formación sobre estos aspectos se aborde con distintas metodologías que van desde su inclusión en los recursos sistemáticos de formación continuada hasta la relación escrita y puntual de objetivos y medidas propuestas, pasando por seminarios monográficos (recursos técnicos en prevención a través de programas específicos o manejo de la «desesperanza», por poner dos ejemplos).

d) *Promover la formación complementaria específica entre el personal de atención primaria y de los servicios sociales de base.*

La exigencia de esto viene dada por la importancia de estos servicios en la recepción, captación, orientación y tratamiento de los toxicómanos. Estimamos que es algo que, por su obviedad, ahorra el insistir sobre ello. Las necesidades de formación de este personal deben adecuarse a la presencia e incidencia del SIDA en sus tareas propias habituales, en tanto que las complica y les proporciona una nueva y más compleja dimensión. Sin entrar en la pormenorización de estas responsabilidades, baste señalar que el objetivo fundamental debe estar ordenado por una intención prioritaria: que el drogodependiente se preocupe más por su salud (si es posible, también por la de los demás), que llegue a ver y a creer que no está todo perdido y que puede haber salidas y que las busque y se comprometa con ellas lo más rápida y sinceramente que se pueda conseguir.

Queda añadir que la formación de cada colectivo de profesionales debería abordarse, en lo posible, dentro de sus propias estructuras de actuación para esa finalidad y utilizando, aunque haya que apoyarlos desde fuera, los propios recursos del grupo profesional. Aunque son consideraciones elementales en cualquier plan formativo, no viene mal el traerlas a colación como recurso protector ante las acciones invasivas, e ineficaces casi siempre, de los que pueden pretender la detentación exclusiva del saber y de la posibilidad de repartirlo a los demás.

e) *Propiciar el trabajo comunitario*

76 Con esta formulación hacemos referencia a la necesidad de trabajar en el medio utilizando sus instrumentos sociales naturales, apoyando y desarrollando éstos, de forma integrada en la realidad concreta del lugar y con el discurso técnico adecuado a él. Sólo de esa manera se puede romper el *ghetto* de la institución y, traspasando sus límites, acercarse a todas las capas de población que se mantienen forzosa o voluntariamente ajenas a ella. Decíamos antes que ésta es la forma de hacer posible el trabajo grupal que hará que más personas toxicómanas tomen contacto, antes y con mayor frecuencia, con los dispositivos asistenciales sociosanitarios donde se les pueda ayudar de manera personalizada.

Para realizar esta tarea habrá que romper las fronteras, habitualmente rígidas en exceso, que defienden-marginan nuestros centros de atención y les impiden contactar realmente con el medio. Bien entendido que lo que aquí se propugna es un desarrollo de lo asistencial institucional que, más allá de los límites al uso, suponga una proyección en la trama social. De ninguna

forma creemos que el trabajo comunitario deba desarrollarse al margen o independientemente de la institución ni que pueda aislarse de ésta. Es la misma tarea realizada en ámbitos diferentes y con técnicas diferentes pero con equipos y personas en integración funcional y con una estructura de cohesión e independencia.

f) *Propiciar los recursos sociales naturales*

Aquí se incluye la obligación de favorecer el desarrollo de instrumentos sociales de autodefensa: asociaciones, cooperativas, grupos de autoayuda... Es impensable que todos los problemas sociales puedan ser resueltos por la Administración. El convencimiento paternalista y omnipotente de un estado todopoderoso que soluciona cada una de las necesidades de sus miembros es irrealizable y alienador. Sólo una sociedad movilizadada y responsable puede hacer frente, con el apoyo de la Administración, a los problemas que afectan a todos y a todos interesan.

En el campo que nos ocupa, las asociaciones de familias, los grupos de exadictos, los movimientos ciudadanos organizados, por su conocimiento del medio y su proximidad a él, por el lenguaje que utilizan y por la imagen que representan, pueden desempeñar un papel para el que los recursos de la Administración institucional están invalidados. La iniciativa privada no está lastrada por los convencionalismos o las exigencias de la función pública, tiene más capacidad de reacción y adaptación, carece de una normativa que limita en exceso las actuaciones, puede ser un más válido interlocutor, etc.

La tarea de la Administración y de los profesionales de ésta, sería ayudar

a desarrollar estos recursos y, sin pretender manipularlos, contribuir a orientar sus posiciones para que éstas sean complementarias y coadyuvantes de las que corresponden al área de responsabilidad de lo público.

Intervenciones específicas

a) *Establecer programas destinados a mejorar la higiene de la inyección y al intercambio de jeringuillas*

Esta proposición, tal cual se formula, incluye dos aspectos que pueden y deben ser diferenciados. Por un lado, los intentos de intervención sobre el usuario para que mejore las condiciones higiénicas de la autoadministración parental de la droga. Por otro, la programación específica de unos mecanismos de facilitación de jeringuillas que hagan más sencillo que lo anterior pueda conseguirse.

El primer aspecto debe, en general, cubrirse desde todas aquellas personas, centros o dispositivos, de la índole que sea y cuantos más, mejor, que contacten con drogodependientes. Aunque en ocasiones suene escandaloso, parece realista que en la tarea terapéutica, a cualquier nivel, con estas personas, en ocasiones haya que atender el hecho de que, muy probablemente, van a seguir drogándose. No pretendemos decir, en modo alguno, que hay que renunciar de entrada al objetivo finalista de la abstinencia y del cambio de vida, pero sí estamos convencidos de que hay que compatibilizar esa pretensión irrenunciable con otras, más ajustadas a la experiencia actual, que contemplan objetivos intermedios. Hay que intentar que el drogadicto deje de serlo, pero esto no siempre es posible, y en muchas circunstancias, de forma estable o conyuntural, conviene aceptar que siga siéndolo con el menor cos-

te posible para él y para los demás. Lo que es inaceptable desde una programación de salud pública es el dilema «todo o nada» que a veces se plantea y que si, en ciertos programas o para ciertos instrumentos es necesario, resulta improcedente como planteamiento generalizado. En esta educación del «ser drogadicto» pueden y deben participar todos los programas y todos los sectores: redes sanitarias de cualquier nivel, servicios sociales, servicios específicos para drogodependientes, grupos de autoayuda, etc... Queda implícita la necesidad, articulada anteriormente, de una formación del personal de todos estos grupos para desarrollar con eficacia esta parcela de su tarea.

Dejamos abierto un interrogante sobre la conveniencia de dirigir estas mismas intervenciones no hacia drogodependientes, sino hacia grupos de evidente riesgo (población penitenciaria, menores de instituciones de reforma, por ejemplo). Es claro que muchos de los sujetos de estos grupos son personas que consumen o consumirán drogas por vía parental y, en ese sentido, serían oportunas las acciones. No obstante, el riesgo de que las actuaciones sean contrapreventivas en relación con otros subgrupos de los mismos colectivos es lo suficientemente serio como para exigir una cautela extrema. Aunque tenemos conocimiento de que hay experiencias extranjeras de promoción de la «inyección higiénica» en grupos de gran riesgo, creemos firmemente que se trata de una maniobra suficientemente arriesgada como para que pueda sacarse del ámbito de lo individual. Sólo de la consideración de cada caso puede extraerse la seguridad de no actuar negativamente y, esto sólo es posible si estas intervenciones, en lugar de convertirse en programas grupales, quedan registradas al espacio del contacto personalizado.

Por otro lado, se pueden preparar unas acciones programadas que faciliten el objetivo anterior: nos referimos a los programas de intercambio de jeringuillas. En el estado actual de la cuestión parece obligatorio tener que plantearse acciones de este tipo. No obstante, no puede hacerse sin ciertas precauciones. Hay que tener en cuenta posibilidades tales como que un reparto no suficientemente discriminado fomente el consumo o la gravedad del mismo, que se produzcan derivaciones al mercado negro, que este programa altere la imagen del equipo que lo efectúe invalidándolo para otras intervenciones más ambiciosas, que se provoquen reacciones en el colectivo social, que se intente utilizar demagógicamente y para fines espúreos lo que, en principio, sólo querría ser una maniobra sanitaria, etc. Incluso, que pueda interpretarse como un signo de claudicación e impotencia que afecta a la moral social es algo que debe ser tenido en cuenta.

Se impone, por consiguiente, una gran prudencia a la hora de instrumentalizar estos programas y, acaso, sería lo más conveniente que, si bien la administración pública tiene que promoverlos, controlarlos, lo haga a través de experiencias piloto, evaluadas muy de cerca y ejecutadas por grupos privados que ofrezcan suficientes garantías de seriedad.

b) *Favorecer el uso de preservativos*

Parece que es otra de las precauciones preventivas que deben ser abordadas desde cuantos más dispositivos mejor y a través de la comunicación personalizada con los drogodependientes y sus parejas sexuales. De igual forma que el punto anterior, esta intervención global puede ayudarse de programas específicos de facilitación de pre-

servativos. También, como antes, son diversas las consideraciones a tener en cuenta antes de poner en marcha una actuación así. Una vez más, acaso lo más razonable sea el reparto de responsabilidades entre un grupo privado que ejecuta la acción y la Administración que la favorece y la analiza a través de experiencias acotadas y evaluadas.

c) *Promover programas para drogodependientes embarazadas*

Aunque no tendría razón de ser la pretensión de particularizar los programas de tratamiento de diversos grupos de drogodependientes, nos parece que, en el caso de las embarazadas, las particularidades de la situación, la importancia de la situación biológica de gestación, las características diferenciales de las técnicas de terapia y la trascendencia preventiva de cara al recién nacido justifican de sobra esta programación especial.

El embarazo de una toxicómana siempre es de alto riesgo. La seropositividad del neonato, consecuencia de un porcentaje muy alto de embarazos de este tipo, está en cierto grado condicionado por la evolución del proceso y de las posibles reinfecciones. La higiene de la gestación va a ser definitiva de múltiples complicaciones biológicas para el futuro hijo. Todas estas consideraciones justifican el planteamiento de programas conjuntos entre servicios de toxicología y servicios de atención a las drogadicciones, dirigidos al seguimiento de embarazadas. De cara a la prevención del SIDA en el futuro niño pueden ser importantes estos programas.

Esto sin hablar de que la existencia de los mismos y un acceso ágil a ellos

pueden facilitar la posibilidad del aborto preventivo en las condiciones que técnicamente se estime conveniente y dentro del marco legal vigente.

d') *Ampliar la población atendida en programas de metadona*

Pensar que, puesto que el riesgo del SIDA no es algo directamente relacionado con el hecho de la drogadicción, sino con determinada forma de la misma —la administración parental—, la solución perfecta para este riesgo es cambiar la forma de drogarse a través del suministro de metadona por vía oral, es, en principio, un silogismo irrefutable pero inaceptablemente primario.

La respuesta «metadona para todos y así se acaba el problema» no deja de ser palmariamente simplista y es una formulación que no contempla cuestiones decisivas. Así, no podemos arriesgarnos a, por evitar el SIDA, crear una situación que condicione un aumento explosivo de la incidencia y de la prevalencia de la drogadicción. Por otro lado, esa situación, que entre nosotros ya hemos experimentado, no evita en absoluto el consumo continuado de heroína intravenosa; incluso, es dudoso que lo disminuya.

No obstante, es cierto que, si conseguimos que un programa de metadona no se desvirtúe y siga siendo una forma de tratamiento, puede constituir un buen sistema de prevención.

En nuestro país, tras una prolongada etapa de descontrol en la oferta de metadona, se ha pasado a una situación caracterizada por programas muy estrictos y limitados, con normativa rígida en exceso. Además, razones históricas han hecho que ésta sea una for-

ma de tratamiento desprestigiada entre los profesionales. Por último, en su imagen actual y con las condiciones de dispensación exigidas, tampoco estos programas son solicitados por muchos posibles usuarios. El resultado de todas estas circunstancias es que el número de personas que están tratadas de esta manera resulta ridículamente exiguo.

Nos parece claro que, en cualquier caso, conseguidos los objetivos de ordenación del sector, ya habría llegado el momento de que más sujetos puedan beneficiarse de estas técnicas. Mucho más si se tiene en cuenta que la aparición del SIDA crea una situación de enfermedad grave que refuerza la indicación terapéutica de mantenimiento a través de la sustitución de la droga y que las necesidades preventivas también refuerzan esta indicación. Siempre que, obviamente, el tratamiento no se desnaturalice y cumpla su función.

Si, por tratar a más personas, transigimos con que sea cualquiera el que tome metadona, con que ésta se utilice de cualquier manera (tomándola o desviándola al mercado negro), con que la ingestión de esta droga sea complemento o una solución para cuando falta la heroína (siempre mucho más atractiva), con que los programas de mantenimiento se conviertan en un escape racionalizado que nos desresponsabilice de experiencias más ambiciosas, si transigimos con todo esto, ni estaremos haciendo prevención ni tratamiento. Tan sólo, si acaso, estaremos contribuyendo a tranquilizar la imagen social de la drogadicción; y esto, de una manera peligrosa que puede volverse contra todos.

De lo que se trataría es de que, con todas sus características técnicas y cautelas, los programas de metadona

80 puedan beneficiar a más personas. Para ello habrá que mejorar su imagen entre los profesionales, habrá que descentralizarlos, habrá que trabajar más con los drogodependientes para que acepten las limitaciones de un tratamiento de este tipo, habrá que dar alguna facilidad para seguirlos, habrá que cambiar la normativa que los regula y quitarles lastre burocrático. Habrá que hacer esas cosas pero, en ningún caso, eliminar sus exigencias técnicas propias; en ningún caso, desnaturalizarlos ni pensar que pueden convertirse en una solución indiscriminada y universal. El «metadona para todos», con toda la carga de modernidad y realismo que pretende, no es una proposición cualitativamente distinta de otras aparentemente diversas como «no hay nada que hacer» o «campo de concentración para todos».

Queda, finalmente, apuntar la posibilidad de realizar programas de metadona para colectivos específicos, como los de ciertos reclusos de instituciones penitenciarias o ciertos grupos de prostitutas. Las ventajas de tales planteamientos parecen suficientes (al menos, suficientes para que esté justificado el hacerlos). También son numerosos los riesgos y las dificultades de tales programas. Sólo un análisis en profundidad de su sentido y sus objetivos, una selección cuidadosa de la población a

atender, una metodología rigurosa y planificada, una experimentación prudente y una evaluación crítica justificaría su implantación y ofrecería unas garantías mínimas de beneficio.

BIBLIOGRAFIA

- BUNING, E. C. et al. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam *Lancet*, 1986, 1.435.
- COVELL, R. G. *Control of AIDS in drug abuse in Europe*. OMS (R. O. for Europe), febrero 1987.
- DELEGACION DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *SIDA en ADVP. Un gran problema de salud pública en España*. Informe, diciembre 1987.
- MARMOR, M. et al. The epidemic of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and suggestions for its control in drug abusers. *J of Substance Abuse Treatment*, 1984, (1) 4: 237-47.
- OMS (R. O. for Europe) *AIDS among drug abusers*. Report. Estocolmo, octubre 1986.
- RODRIGO, J. M. et al. *Evolución de la prevalencia de anti-HIV en ADVP de la Comunidad Valenciana*. Comunicación oral. VI Reunión Científica S.E.E. Epidemiología del SIDA. Valencia, junio 1987.
- ROIG, A. *Los programas de metadona a revisión. Una variable más: la infección por HIV*. Ponencia. Reunión internacional de expertos en programas de metadona, Valencia, noviembre 1987.
- ROIG, A. et al. *Uso colectivo de jeringas y otros hábitos de consumo de heroína*. Comunidad y Drogas, 1987, 4: 47-53.
- RUIJTER, P. *El contrato de la drogadicción y el SIDA en Amsterdam. Servicios, experiencias y resultados*. Ponencia, Reunión internacional de expertos en programas de metadona. Valencia, noviembre 1987.
- SERVICIO REGIONAL DE SALUD (Consejería de Salud de la C. A. Madrid). *Plan de actuación frente al SIDA en la C. A. M.* (Primer borrador). Febrero 1987.

Thilo Alexandre Firchow*, Robert Bres
y Alain Rouge.

La política criminal participativa en el tratamiento de las toxicomanías

El ejemplo de los «mediadores sociales»**
en Montpellier (Francia)

RESUMEN

Desde 1983, Francia ha adoptado una política criminal enfocada hacia la participación amplia de los ciudadanos en las acciones de prevención de la delincuencia. Esta orientación se ha plasmado a través de una verdadera descentralización de las estrategias preventivas mediante los Consejos de Prevención. Para la lucha contra las toxicomanías, el sistema de los «mediadores sociales», que se inspira en una institución creada en los centros de enseñanza por el Ministerio de Educación, se revela como un programa tipo que corresponde a las opciones fundamentales de prevención definidas por los poderes públicos. Este sistema, que se ha ido mejorando progresivamente, está organizado en la actualidad por la ciudad de Montpellier en el contrato «acciones de prevención» 1986-1987 y constituye una experiencia original en el campo de la prevención de conductas desviadas en la ciudad.

SUMMARY

Criminal Policy in the Treatment of Drug Addicts

In 1983 France adopted a criminal policy based on the broad participation of citizens in actions to prevent delinquency. This orientation has been shaped through a true decentralization of preventative strategies, using Prevention Councils. For the fight against drug addiction, the system of «social mediators», inspired by an institution created in teaching centers by the Ministry of Education, has been the program that has the fundamental options for prevention, as defined by the public authorities. This system, which has been gradually improved, is currently run by the city of Montpellier with a 1986-1987 «actions for prevention» contract and constitutes a unique experience in the field of the prevention of deviant behavior in the city.

ADOLESCENCIA, violencia, toxicomanías, son temas que suscitan múltiples interrogantes y también múltiples intervenciones, to-

(*) Correspondencia: Equipe de Recherche sur la Politique Criminelle. Faculté de droit et des Sciences Economiques. Université de Montpellier I. 39 rue de l'Université. 34060. MONTPELLIER Cédex.

(**) En el original francés se utiliza la expresión «adultes-relais». Creemos que en el contexto español, el término que puede traducir mejor ese concepto, con todas las salvedades que se quieran, es el de «mediadores sociales», que, por otro lado, goza ya de una cierta aceptación en la literatura especializada. De ahí que hayamos optado por el mismo frente a una traducción más literal.

das ellas en nombre de la prevención, cualesquiera que sean la legitimidad, la competencia o la ideología que las motiva. Este concepto, que raramente se explicita, remite a representaciones muy distintas, incluso divergentes, según sea su origen o el ámbito desde el cual se expresan. Promover una nueva política de prevención es tomar conciencia de esta diversidad y, al mismo tiempo, tratar de ordenarla en torno a una estrategia coherente y pragmática.

El consumo voluntario de productos tóxicos psicotrópicos es una constan-

te básica en las conductas humanas y existirá mientras que la sociedad esté formada por seres humanos. Sin embargo, todas las argumentaciones en torno a las toxicomanías expresan y mantienen la idea de que el problema tiene arreglo y ninguna política de prevención explicita los límites en los que se propone actuar. Paradójicamente, lo que puede abrir la posibilidad de expresar objetivos de prevención es el abandono de la utopía de «acabar con la droga». La investigación en política criminal ha partido del propio concepto de prevención para elaborar nuevos programas de acción en la lucha contra las drogas. Creando el marco de lo que la profesora LAZERGES denomina «la política criminal participativa»¹, la investigación científica aboga por la participación del público en la prevención de las conductas desviadas en aras de la solidaridad.

Así es como nació, sobre la base de ese marco de actuación, la operación «mediadores sociales» de la ciudad de Montpellier. Esta operación, a la vez que asocia a los ciudadanos a una estrategia de prevención, constituye un banco de pruebas sumamente importante para la promoción de una nueva política criminal. La operación «mediadores sociales», que se sitúa en la confluencia de la investigación científica y las experiencias concretas «a pie de obra», tiene la vocación de integrar a los toxicómanos en la ciudad deteniendo los procesos de exclusión.

I. UNA POLÍTICA CRIMINAL LOCAL DE PREVENCIÓN DE LAS TOXICOMANÍAS

En el origen, se elaboraron un concepto y unos objetivos concretos de prevención, con el fin de establecer un programa de acción en el marco de una

política criminal participativa en el tratamiento de las toxicomanías.

1. Un concepto y objetivos de prevención

La prevención de las toxicomanías se diferencia fundamentalmente de los otros modelos médicos de prevención. Las toxicomanías catalizan una parte importante de irracionalidad y constituyen un estigma universal de exclusión. Si tomamos el ejemplo de la caries dental, es evidente que ésta tan sólo nos excluye de las mesas abarrotadas de golosinas. Por el contrario, una conducta toxicomaniaca lleva con mucha frecuencia a una verdadera marginación de una vida social concebida en su normalidad. La forma de prevención que se supone debe «preceder» a este fenómeno debe ser, por consiguiente, radicalmente diferente: a una acción directa y específica (la caries dental, por ejemplo) *se opone una acción indirecta y no específica*. En semejante espacio, debemos tratar con categorías particulares de individuos que han sido situados más bien «socialmente entre paréntesis» que en situación de exclusión propiamente dicha. Esos individuos son, en su mayoría, adolescentes, no integrados socialmente, sino en vías de socialización; la intervención prematura de un especialista podría, en tal circunstancia, reforzar procesos de desviación en los que esos jóvenes correrían el riesgo de seguir hundándose. Con los adolescentes, muchas veces «es urgente esperar», es decir que la prevención debe inscribirse en primer lugar y, en la medida de lo posible, en un contexto de posible reversibilidad. Mientras se considere posible evitar el hacerse cargo de un adolescente, el especialista debe permanecer en segundo plano (éste es una solución «posible», pero no «preferible») y no

correr el riesgo, con su intervención, de acelerar un proceso que tal vez era sólo pasajero, provocando un fenómeno de «sobredeterminación».

2. Un programa: la política criminal participativa

Dos hechos significativos acaecidos en los años precedentes iban a permitir dar un marco conceptual e institucional a los objetivos de prevención expresados.

En el aspecto conceptual, las instancias europeas se mostraron interesadas en la participación del público en la política criminal, tratando de conseguir, allá donde pareciera posible, la adhesión del cuerpo social a las acciones de prevención, e incluso de represión, animadas por los poderes públicos dentro de los Estados miembros²; la profesora Christine LAZERGES ha plasmado un concepto mediante la imagen «... de una política criminal que no descarta la represión, que cree en la prevención y que se apoya en la solidaridad dentro del respeto a los derechos humanos»³. El elemento fundamental de este trabajo teórico parte de una constatación: otros intermediarios, aparte del poder judicial o policial, reúnen condiciones para promover un amplio consenso en la sociedad y, por ende, para reducir los conflictos que actualmente agitan el ámbito de la prevención de las delincuencias. Para que pueda existir la voluntad de consenso, ésta debería apoyarse en estructuras locales ampliamente descentralizadas; un ejemplo de esta voluntad fue la creación, en 1983, de los Consejos de Prevención.

En el terreno institucional, la creación del Consejo Nacional de Prevención de la Delincuencia (CNPD) y, posteriormente, de los Consejos Regionales y Municipales (CDPD-CCPD), ha permitido la descentralización de la políti-

ca criminal. El Consejo Nacional, presidido por el primer ministro, consta de 80 miembros (parlamentarios, ministros, alcaldes, asociaciones y personalidades cualificadas...). Su papel consiste en concretar y clarificar las principales opciones de prevención definidas por los poderes públicos e impulsar la necesaria coordinación de las políticas locales de prevención. El relevo se realiza progresivamente a nivel departamental por el CDPD bajo la presidencia del prefecto (*), y sobre todo, a un nivel más operativo, directamente en los municipios a través de los concejos municipales. Partiendo de misiones de estudio y de proposiciones de acciones por parte del departamento, los concejos municipales están en condiciones de poner en marcha acciones concretas *in situ*⁴. Los agentes locales de prevención, bajo la presidencia del alcalde, se reúnen en comisiones encargadas de determinar las acciones, financiación y proyectos de prevención en el municipio. Para ello, el concejo concierta con el Estado un contrato de «acciones de prevención» (CAP) cada año, lo que le posibilita planificar la gestión de las medidas en relación con la delincuencia dentro del territorio local y le proporciona financiaciones por parte del Estado. Entre todas las acciones emprendidas, la ciudad de Montpellier ha inscrito en el CAP de 1986-1987 la operación «mediadores sociales» en la lucha contra las toxicomanías, programa tipo basado en la participación del público en la política criminal.

II. EL SISTEMA DE LOS «MEDIADORES SOCIALES», DESDE SUS ORIGENES HASTA SU REALIZACION

La operación «mediadores sociales» partió de la voluntad del Ministerio de

(*) Delegado del Gobierno en cada departamento francés.

Educación Nacional de instaurar en los colegios e institutos mediadores para conectar con los adolescentes. Posteriormente, el sistema se ha perfeccionado y ha sido aplicado por el Concejo Municipal de la ciudad de Montpellier en el marco de la acción preventiva.

1. Origen y primeros pasos del sistema «mediadores sociales»

84 Pronto resultó evidente para la institución escolar que los problemas de comunicación entre profesores y alumnos, entre jóvenes y adultos en el aspecto social, podían desembocar en bloqueos, e incluso en conductas toxicománicas. Durante la sesión nacional de formación de personal de dirección de la enseñanza en la Sorbona⁵, el ministro Alain SAVARY subrayó la importancia que su Ministerio concedía a la formación de «mediadores sociales» en los centros de enseñanza. En 1983 y 1985 se emitieron circulares que acabaron de instaurar el sistema. Se trataba de llevar a cabo la formación de «mediadores sociales» que se hicieran cargo de los problemas de toxicomanía en los institutos y colegios. Entonces se contemplaba a los «mediadores sociales» como a personas más o menos especializadas a quienes se recurría cuando se planteaba un problema de drogas. Una «especialización» semejante generaba una práctica desfasada con respecto a los objetivos de prevención que el Ministerio se había fijado. Pero la práctica ha evolucionado a medida que se fueron realizando acciones de prevención, y el concepto mismo de «mediadores sociales» se fue mejorando progresivamente. Se fue adoptando la norma de utilizar fórmulas más flexibles, en particular la de «equipos de mediación social», con objeto de no personalizar una acción de prevención

que, ante todo, pretendía ser no específica.

En la Academia de Montpellier, en 1983-1984 se iniciaron operaciones de prospección con el fin de solicitar una amplia participación de los interlocutores naturales de los adolescentes (profesores, animadores deportivos, médicos escolares...) en un programa de formación sobre la adolescencia y el consumo de drogas. Este programa estaba dirigido a personas agrupadas en equipos informales y susceptibles de poder intervenir ante los jóvenes en los centros de enseñanza. Se trataba de que esos equipos pudieran examinar la situación de las toxicomanías en su ámbito de trabajo, aprovechando una dinámica de comunicación entre profesionales que habían recibido la formación y una información ampliada mediante períodos de prácticas y seminarios.

2. Los «mediadores sociales» en la ciudad

Paralelamente a esta experiencia llevada a cabo en el medio escolar, los promotores de la operación «mediadores sociales» pensaron en ampliar esta acción a nivel de la ciudad. Realizaron previamente un trabajo de observación y de valoración de la experiencia escolar para perfeccionar seguidamente el modelo «mediadores sociales» tal como se utiliza en la actualidad, de conformidad con el contrato «acciones de prevención» 1986-1987 de Montpellier.

Perfeccionamiento del modelo:

Para facilitar al adolescente los medios para encontrar su lugar en la sociedad, se consideró que el «mediador

social» debería en adelante, tras haber recibido la formación necesaria, crear una dinámica de comunicación con los jóvenes para ayudarles a integrarse, y también con el resto del cuerpo social proponiendo modificaciones y mejoras en las estrategias de prevención. Para dar vida a este modelo, los promotores de la operación esbozaron el perfil del «mediador social»: un adulto que se asume como tal, dedica el tiempo necesario a informarse de lo que es la adolescencia hoy en día, lo que es un producto tóxico y lo que ocurre cuando ambos se encuentran. Este «mediador social», capacitado para oír y descifrar las señales, muchas veces complejas y contradictorias, que le dirige un adolescente, está en condiciones de facilitar la comunicación entre el adolescente y los otros adultos. Mediador ante todo, el «mediador social» *no es un especialista de la prevención y, sobre todo, no es un especialista en toxicomanías*. Su papel consiste en actuar como un agente «antipánico», antes que los adultos desarrollen un comportamiento hostil ante una conducta que no comprenden. La función del «mediador social» consiste en actuar de modo tal que la intervención de especialistas no sea el recurso automático mientras exista una posibilidad de resolver el conflicto producto de una situación que puede ser pasajera. Desdramatizando y dialogando con los que son presa del pánico, estos adultos multiplican las posibilidades de frenar el proceso de toxicomanía y de aportar una respuesta que, por ser menos específica, es más adecuada. Naturalmente, aun cuando los «mediadores sociales» gozan de autonomía, tanto con respecto a los ayuntamientos como a los servicios especializados, están no obstante en relación con un circuito de segunda zona formado por profesionales de la drogodependencia y destinado a responder ante situacio-

nes de urgencia (intervención médica o judicial, por ejemplo). Por el contrario, esta estrategia permite que las respuestas, al estar insertas en un proyecto más global en el barrio, sean más adaptadas y, por ende, más eficaces; restituye a los interlocutores naturales de los adolescentes su capacidad de intervenir en situaciones que ya no se sentían capaces de asumir, y previene además los efectos perversos de exclusión en forma del «chivo expiatorio». La formación es sin duda el instrumento más adecuado en este sentido, ya que, yendo más allá de una simple información con efectos incontrolables, se propone crear una dinámica de comunicación y de intercambio. Los «grupos de mediación social» (instituciones y personas que están en contacto directo con los adolescentes) están en relación con grupos de referencia (instituciones locales competentes en materia de toxicomanía): el conjunto constituye el programa de prevención centrado en esas «operaciones de prevención».

La operación «mediadores sociales» en Montpellier

A partir del modelo descrito anteriormente, se lanzó el programa de formación de «mediadores sociales» en el contrato acción de prevención 1986-1987. Los participantes son adultos que, por razones profesionales o sociales, están en contacto con jóvenes y que no son especialistas de los problemas de toxicomanía (trabajadores sociales, educadores deportivos, médicos, animadores de clubs juveniles, militantes de asociaciones, propietarios de cafés...). Para la distribución de estos equipos, se ha dividido la ciudad en diez barrios relativamente homogéneos en el aspecto geográfico, con una población de aproximadamente veinte mil

personas cada uno. Los habitantes de Montpellier, a quienes se invita a formar parte de los «equipos de mediación social», reciben una formación correspondiente a diez jornadas, en la que participan, aportando informaciones, distintos especialistas (responsables de centros de acogida, policías, médicos de centros asistenciales, juristas, sociólogos...). Paralelamente, se organiza todo un trabajo de animación a partir de estudios de documentos, debates en torno a casos concretos, etc. Tras esta primera fase de formación, los «equipos de mediación social» se constituyen en los barrios y pueden hacerse cargo de los jóvenes con riesgo de toxicomanía. El objetivo de esa formación es proporcionar a esos adultos instrumentos teóricos y concretos con el fin de evaluar mejor las situaciones, de determinar las distintas respuestas posibles, de conocer las estructuras de intervención especializadas si el problema supera su capacidad de acción, de dialogar con los padres, a menudo

desarmados y angustiados antes esos tipos de conducta.

La experiencia de los «mediadores sociales» está actualmente en fase de evaluación, la cual permitirá extraer enseñanzas de los fracasos, obstáculos y abandonos para poder perfeccionar este modo de prevención. Lo que ya se puede decir con seguridad es que una operación de este tipo se sitúa en la línea de una política criminal participativa y representa una experiencia muy original en el campo de prevención de la delincuencia. Con ella se perfila en el horizonte la esperanza de una sociedad de sobrellevar mejor su delincuencia respetando sus diferencias. La voluntad que anima a todos aquellos que participan en esta operación es la de reducir cada vez más los reflejos sociales de rechazo y de exclusión; una voluntad solidaria, un objetivo de comprensión, indispensables para que exista una democracia que no tenga, en algún punto, que renegar de sí misma.

ANEXO

Programa de formación de «mediadores sociales»

Contrato Acciones de Prevención (CAP) 1986/1987-Montpellier

1. Aportación técnica

- aspectos psicológicos de la adolescencia.
- aspectos sociológicos de la adolescencia.
- toxicomanía:
 - evolución histórica y aspectos actuales de la toxicomanía.
 - psicofármacos.
 - encuentro adolescentes-productos psicotrópicos.
 - aspectos legislativos.

- el fenómeno de la drogodependencia.
- aspectos actuales del tratamiento.
- prevención específica y no específica.

— aspectos conexos: alcoholismo, prostitución, etc.

2. Trabajo de animación

- ejercicios de simulación, partiendo de medios audiovisuales: estudio de reacciones ante casos concretos, críticas, observaciones y comentarios.
- estudio de documentos:
 - textos legislativos y reglamentarios,

- estudios científicos,
- aportaciones de los medios de comunicación (artículos de prensa, emisiones de TV).
- debates a partir de experiencias reales.

Plan de formación elaborado por los formadores de la Convención Regional para la Información, la Formación y el Estudio de la Toxicomanía. CORIFET, 1 rue Duran-34000 Montpellier (Francia), Tel.: 67.92.19.00.

NOTAS

1. LAZARGES, CHRISTINE. *La politique criminelle*. Colección Que sais-je? Presses Universitaires de France. Paris, 1987.
2. CONSEJO DE EUROPA. Comité Europeo para Asuntos Criminales. Informe «La participation du public à la politique criminel» (La participación del público en la política criminal). Estrasburgo, 1984.
3. LAZARGES, Christine. *Op. cit.*
4. Para un estudio local en colaboración con el Centro Nacional de Investigación Científica

(CNRS), véase el contrato de conocimiento ERPC-CEPS «CCPD: Observation de leur mise en place et de leur fonctionnement, évaluation de leurs effects» (Seguimiento de su creación y de su funcionamiento; valoración de sus efectos) (Languedoc-Roussillon). Editions ERPC. Montpellier, 1987.

5. «A l'école, la drogue: mythe ou réalité» (La droga en la escuela: mito o realidad). Sesión del 2 y 6 de mayo de 1983 en la Sorbona. Imprimerie Nationale. Paris, 1984.

Documentación

Ugo Ascoli*

Estado de bienestar y acción voluntaria**

INTRODUCCION

DURANTE toda la época dorada de la creación del Estado de Bienestar, que coincide con los años cincuenta y sesenta, la mayor parte de los estudios se centraron en la preocupación, cada vez más directa por parte del Estado, por la distribución de los servicios sociales¹, en el incremento del gasto público para fines sociales (tomando a menudo como indicador la relación entre los gastos y el producto nacional bruto), en la progresiva disminución de importancia experimentada en relación con los fines del Bienestar por las organizaciones religiosas y de beneficencia, los vecinos, los parientes y la misma familia ante los procesos de urbanización e industrialización y el aumento de la participación femenina en el mercado laboral.

Casi todos, sobre todo los no conservadores, compartían una lectura del

(*) Deseo aprovechar esta oportunidad para recordar la deuda de gratitud que siento para con todas aquellas personas que me han proporcionado valiosos consejos y sugerencias durante mi estancia en Australia, en la Universidad de Adelaida y en la Social Welfare Research Centre de la Universidad de New South Wales. En especial, quisiera destacar los nombres de Marie Mune, Adam Graycar y Jill Hardwick. (N. del autor)

(**) Este artículo se publicó en el n.º 38 (abril-junio 1987) de la Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Dado su interés y la importancia que el voluntariado tiene en el campo de las drogodependencias, lo incluimos en nuestras páginas. Agradecemos muy sinceramente al autor y a los editores de la REIS las facilidades que nos han dado para ello (Nota de *Comunidad y Drogas*).

Bienestar de tipo «evolucionista», según la cual el Estado había venido descreditando por completo los tradicionales canales de satisfacción de las necesidades, considerándose, además, el crecimiento de la intervención pública y de los gastos sociales como el instrumento más idóneo para atenuar las desigualdades sociales, garantizar a todos un nivel de vida mínimo y eliminar la pobreza.

En los años sesenta se comenzó a reflexionar de manera crítica sobre los «límites» del Estado de Bienestar, coincidiendo con la ralentización del desarrollo económico y la aparición de verdaderos períodos de recesión.

Al Estado de Bienestar le llovieron críticas por todos lados. Por una parte, se intentó atribuir al sistema de Bienestar la entera responsabilidad de los diversos factores de «crisis» que afloraban cada vez con más insistencia entre las redes de países industrializados: desde la inflación a la excesiva burocratización del aparato público, desde la creciente reglamentación del mercado a la rigidez de la oferta de trabajo, desde la caída de la ética laboral y el sacrificio al elevado costo del trabajo, desde la crisis fiscal a la crisis de legitimación.

Por otra parte, se fue comprendiendo poco a poco que la política social, al menos tal como se ha venido manifestando desde la posguerra hasta nuestros días, no parece capaz de modificar

sustancialmente la estratificación producida por el mercado ni de eliminar la pobreza o reducir la separación entre unas clases y otras.

Desde luego, en posteriores estudios se ha demostrado que los gastos sociales correspondientes a grandes ámbitos, como son la sanidad, la enseñanza universitaria, los transportes públicos o la vivienda, lejos de privilegiar a quienes menos tienen, más bien parecen favorecer de manera constante a los grupos sociales más acomodados (*the better off*) (Le Grand, 1982).

Frente a los números rojos de las finanzas públicas y al heterodoxo, pero significativo, coro de críticas se abrieron múltiples vías de investigación encaminadas a hallar solución a los problemas motivados por la «crisis del Estado de Bienestar».

Ya es muy considerable la literatura referida a la «crisis», aunque en muchos casos los autores, pese a utilizar el mismo término, se refieren a cosas muy diferentes.

Uno de los enfoques, cada vez más adoptado también en Italia, conduce a intentar renegociar la importancia, las dimensiones y las características de la intervención pública, ya sea directa o indirecta, en las políticas de Bienestar.

Hay, sin embargo, quienes propugnan un simple retroceso de las fronteras públicas y, por consiguiente, un mayor espacio de maniobra para los mecanismos redistributivos del mercado, quienes, por su parte, abogan por una nueva política de familia que permita restablecer los tradicionales mecanismos de solidaridad social y quienes, a su vez, apuntan al nuevo descubrimiento y valoración de una esfera de acción situada entre lo oficial y lo co-

mercial, denominada «tercer sector», «tercera dimensión» o «esfera privado-social». En Italia, sin ir más lejos, han sido muchos quienes han optado por esta vía, si bien con objetivos diferentes (Ardigó, 1981, 1982, 1984; Donati, 1981, 1982, 1983; Paci, 1982 a, 1982 b, 1982 c, 1984); también los distintos partidos políticos vienen mostrando cada vez mayor interés por el «voluntariado social» y el asociacionismo libre y voluntario (Fondazione Agnelli, 1979; Tavazza, 1981; Giugni, 1981; Cotturri, 1982, Serri, 1982).

Hay quien ha hablado de «ondas largas del desarrollo del sistema de Bienestar» propugnando, por un lado, la hipótesis de que puede revelarse errónea la idea de que se tiende inexorablemente a que continúe aumentando el peso de la intervención pública para fines sociales y, por el otro, que parece necesario tener en cuenta en los años venideros la perspectiva de una mezcla distinta entre el Estado, el mercado y el «tercer sector», «recuperando un espacio para la iniciativa individual y asociativa»; de todas formas, no se descuidarían los obstáculos y peligros que se presentasen, sobre todo en el contexto italiano, para perseguir una filosofía similar (Paci, 1984).

Sin embargo, el debate se caracteriza hasta ahora por una evidente «confusión» cada vez más acusada. Muchos parecen querer contar con «el tercer sector», pero sin llegar a definir totalmente qué es lo que designan con esa expresión, cuáles son los límites que separan el fenómeno del asociacionismo voluntario (las estructuras) y el del voluntariado social (los valores), qué relaciones pueden existir entre el tercer sector y el sector público, sobre todo las interconexiones que unen la cultura participativa, la motivación ideal y la política a la actividad y a los cambios

estructurales de la sociedad. A mí se me ocurrió ir a estudiar el tercer sector de algunas sociedades anglosajonas (Australia, Gran Bretaña, Estados Unidos) en que goza de una dilatada tradición histórica y, por ende, se hallan más avanzados los estudios sobre esta cuestión. Naturalmente, tengo muy presente las diferencias existentes entre los distintos contextos sociales, aunque opino que estudiar tales o cuales casos nacionales puede constituir un útil método para comprender los principales nudos de problemas que hay que destacar en el caso italiano.

A lo largo de este trabajo me enfrentaré, ante todo, a un problema de índole metodológica intentando aclarar lo fundado de utilizar la expresión de «tercer sector» o un «sector» diferente del comercial y el público, refiriéndome así a un conjunto de temas agrupados por un mínimo común denominador que no sea la búsqueda de beneficios o el acatamiento a las leyes.

A continuación me ocuparé de un elemento bastante significativo del denominado tercer sector: las organizaciones voluntarias no públicas y *non-profit* que se dedican a prestar servicios sociales [las Non-Government Welfare Organizations (NGWOs)]. Intentaré resaltar algunos *patterns* de la evolución del papel desempeñado por las NGWOs en algunos *Welfare States* occidentales, así como esbozar las futuras tendencias.

Más adelante, después de tener en cuenta el fenómeno de *self-help*, dirigiré mi atención hacia el «voluntariado social», entendiendo con ese término «la aportación proporcionada por el trabajo no retribuido al ámbito de las principales políticas sociales». También en este caso centraré mi atención sobre los escenarios de varios países occidentales.

Por último intentaré extraer de las reflexiones precedentes algunos elementos útiles para debatir el futuro del Estado de Bienestar italiano. ¿Qué puede significar hoy en nuestro contexto tender a una recuperación de la iniciativa personal y voluntaria en materia de política social? ¿En qué proporción se mezclan en las propuestas italianas de privatización el cinismo y la necesidad, la autopía y la miopía política?

2. EL «TERCER SECTOR»

«Tradicionalmente se distinguen dos sectores: el privado y el público. El sector privado corresponde al mercado. El público se supone que es todo lo demás. Pero «todo los demás» resulta demasiado genérico, abarca tanto que al fin y a la postre no significa nada. Comúnmente hablando, se entiende por sector público aquello que hace, puede hacer o debiera hacer el Gobierno. Pero también queda un enorme espacio residual. Yo he llamado a este residuo «tercer sector» (Levitt, 1973: 48-49). Así se expresaba un famoso sociólogo americano a principios de los años setenta. Existe abundante literatura sociológica que se ocupa del denominado «tercer sector», y recientemente hemos tenido constancia de su redescubrimiento y revalorización por parte de los estudiosos de la dinámica del Bienestar, resueltos a hallar posibles soluciones a los problemas planteados por el aumento del reparto político de los recursos.

Frente a la «quiebra del mercado» y la «quiebra del reparto político»² está ya en el aire la idea de que en los años ochenta se abre un notable espacio «para algo que podemos llamar filantropía, o caridad, o tercer sector, que no es ni actividad mercantil lucrativa ni actividad del sector público» (Douglas,

1981). Falta, sin embargo, en opinión de muchos, un marco coherente que sistematice de manera teóricamente satisfactoria el papel y las responsabilidades que corresponden al tercer sector en los contextos de Bienestar contemporáneos, y precisamente «la ausencia de dicho marco conceptual para el papel de las organizaciones *non-profit*, como productoras de bienes públicos, contribuyó a la ambigüedad que rodea la función del «sector voluntario» (*voluntarism*) en los Estados de Bienestar (Kramer, 1981: 8).

En realidad, el problema, expresado en términos tan genéricos, parece de difícil, si no imposible, solución. Ya la palabra sector parece sugerir la posibilidad de que se distingan con facilidad sus límites, como se distinguen las naciones en un mapa, pero ya hemos visto que en los modernos sistemas de economía capitalista «mixta» los mismos límites que separan lo «privado» de lo «público» se han venido haciendo cada vez menos claros y menos fácilmente indetectables.

Si acaso intentásemos analizar qué es lo que los diversos estudiosos agrupan en eso que se ha dado en llamar tercer sector veríamos cada vez con más claridad que *no debe hablarse propiamente de «sector»*: la única ventaja que ofrece esa terminología estriba en «atraer la atención sobre lo que *no* son las asociaciones que comprende» (Douglas, 1981: 1, 6); es decir, sobre el hecho de que no nos referimos a actividades de cambio mercantil (*business*) o de reparto político guiado por el principio de autoridad (*government*).

«Tercer sector» se suele usar como sinónimo de asociaciones voluntarias que no tienen como objetivo de su actividad la consecución de unas ganancias mercantiles. En principio parece

una identificación bastante clara. Con respecto a la primera parte («asociaciones voluntarias»), podríamos citar una célebre definición:

«... una asociación voluntaria es un grupo organizado de personas; I) que se ha formado con el fin de perseguir los intereses comunes de sus miembros; II) en el cual la pertenencia al mismo y la participación son voluntarias, en el sentido de que no las prescribe ninguna autoridad ni pueden adquirirse por nacimiento; III) que existe independientemente del Estado...» (Sills, 1968: 362-363).

La segunda parte de la definición que suele entenderse como tercer sector (que no tienen como objetivo y estímulo de su actividad la consecución de unas ganancias mercantiles) pretende, por otra parte, excluir, con cierto énfasis, las organizaciones comerciales que operan en el mercado.

Si pasamos a reseñar el tipo de organizaciones incluidas en estos límites clasificatorios, la anterior impresión de claridad parece cada vez menos luminosa. He aquí el tercer sector, según se ha definido de acuerdo con la literatura existente:

TERCER SECTOR

1. Organizaciones religiosas.
2. Organizaciones relacionadas con el trabajo (por ejemplo, sindicatos, organizaciones profesionales).
3. Organizaciones relacionadas con la instrucción (por ejemplo, escuelas de todo tipo y organizaciones de investigación).
4. Fundaciones (por ejemplo, organizaciones filantrópicas, fundaciones ligadas a grandes empresas).
5. Organizaciones culturales (por ejemplo, bibliotecas y museos).

6. Organizaciones de servicios (organizaciones que se dedican a prestar servicios sociales).
7. Organizaciones sociales (por ejemplo, organizaciones deportivas o étnicas).
8. Organizaciones relacionadas con la sanidad (por ejemplo, asociaciones que se ocupen de enfermedades específicas).
9. Organizaciones de caridad (por ejemplo, organizaciones que recaudan fondos para personas detenidas).
10. Organizaciones políticas.
11. Movimientos de masas organizadas.

Se ve, pues, claramente que el tercer sector es una mera convención carente de todo valor teórico y práctico y que sólo sirve para designar globalmente una enorme área de sujetos no incluidos ni en el *business* ni en el *government*, un área de gran complejidad y absolutamente heterogénea³.

¿Hasta qué punto cada elemento (o subsector) es realmente «independiente» del aparato público? ¿Qué quiere decir «independencia»? ¿Qué conexiones existen entre cada tipo de organización y las modalidades de reproducción de las condiciones de cambio en el mercado? ¿Y entre estas organizaciones y los problemas de legitimación y consenso del Estado?

Son sólo algunas preguntas elementales que ponen muy en entredicho la existencia de un tercer sector, preguntas a las que sólo se puede intentar dar respuesta mediante un atento análisis de cada tipo de organización, tomada en toda su complejidad temática.

Para lograr nuestro objetivo se plantea entonces el problema de conseguir una identificación significativa de las

modernas formas de reparto solidario de los recursos en los sistemas de Bienestar.

Ante todo, habrá que distinguir entre sujetos de tipo «formal» y sujetos que operan según modalidades «informales» que incluyen a la familia, a los parientes y a los conocidos por razones de vecindad, comunidad y amistad. Debe destacarse que los estudios efectuados en las últimas décadas demuestran, por una parte, que los sujetos «informales», ya sean los familiares, los amigos o los vecinos, siguen siendo el principal punto de referencia de quien precisa de asistencia y, por otra parte, que el peso total de la asistencia proporcionada a través de los canales informales no ha variado prácticamente en su importancia relativa (Froland, 1980: 574). No obstante, aquí nos ocuparemos exclusivamente de las organizaciones «formales», añadiendo únicamente a los grupos de *self-help*.

Llegamos así a las «organizaciones voluntarias (*non-profit*) dedicadas a servicios sociales»⁴.

La tarea de definir y describir esas «organizaciones voluntarias» parece bastante complicada. Según algunos, habría que subrayar fundamentalmente cuatro factores que las caracterizan: sistemas de formación, modos de gestión, sistemas de financiación de sus actividades y motivaciones que guían su funcionamiento (Johnson, 1981). Se hace, pues, hincapié en que la organización no tiene que deber su existencia a ninguna autoridad oficial, sino que ha de consistir en un grupo de individuos que se han unido por su *propia voluntad*. La organización debe autogobernarse a través de su propios órganos tomando decisiones autónomas sobre todo lo relativo a sus actividades, incluidas las maneras de distribuir sus

servicios. Al menos una parte de sus recursos debe provenir de aportaciones voluntarias destinadas a mantenerlas. No debe perseguir *ningún tipo de beneficio de índole comercial* (Johnson, 1981: 14).

Aun después de esta definición, el cuadro resultante no parece exento de complejidad y heterogeneidad.

96 Marshall nos recuerda que las asociaciones voluntarias constituyen «la forma de participar individualmente en la política social, al margen de la administración pública, que posee más dilatada tradición histórica», pero nos advierte que «en cuanto a sus tipologías han sido y son todavía bastante diferentes entre sí». El mismo Beveridge distinguía dos tipos esenciales: la «ayuda mutua» (*mutual-aid*) y las «organizaciones de carácter filantrópico» (*philanthropy*). El primer tipo se definía como «sistema de ayuda entre iguales»; el segundo, como «ayuda proporcionada por grupos privilegiados a quien carece de privilegios». Además, también según Marshall, mientras que la «ayuda mutua» parece más limitada a ocuparse de hechos específicos «particulares» de un grupo, la organización filantrópica afronta problemas sociales de magnitud nacional y frecuentemente adopta como tarea fundamental propia precisamente la de estimular al sector público para que se haga cargo de la problemática suscitada (Marshall, 1965: 207).

Por tanto, aparece ahora una nueva distinción importante en el ámbito de las políticas sociales: la establecida entre los *grupos de ayuda mutua* (*mutual aid*) o *self-help* (algunos de los cuales proporcionan también servicios sociales a sus propios miembros) y las *organizaciones voluntarias propiamente dichas*.

Sin embargo, las organizaciones voluntarias pueden diferir notablemente entre sí, por ejemplo, según el grado de participación de los usuarios (los consumidores de los servicios) en el *decisión making*, según el sector de intervención o según las dimensiones. Debe destacarse que buena parte de los estudiosos sólo se han ocupado de las «organizaciones voluntarias dotadas de una estructura fundamentalmente burocrática, gobernadas por un comité elegido de voluntarios y que utilizan personal profesional retribuido o voluntario no retribuido con miras a ofrecer a la comunidad un servicio social continuo» (Kramer, 1981: 9)⁵.

Para nuestros fines nos parece, sin embargo, importante tener presentes ambos tipos del «sector voluntario» comprometido con el sistema de Bienestar⁶.

También sobre el argumento del «voluntariado social» (*volunteerism*) hay literatura relevante, si bien escasean informes cuantitativos y resulta bastante difícil establecer comparaciones. No obstante, este fenómeno posee aún dimensiones muy amplias, al menos en los países anglosajones, y dista mucho de encontrarse en vías de extinción: ante todo hay que destacar un notable cambio de rumbo con respecto a la imagen tradicional de la figura del voluntario que se nos ha venido transmitiendo.

Pero antes de adentrarnos en tales análisis (que dejamos para más adelante) es necesario adoptar una definición que precise sus contornos.

Según la definición que da la *Encyclopedia of Social Work* (1977: 1582), «“voluntarios” son personas que prestan servicios libremente, sin remuneración alguna, en organizaciones públi-

cas o "voluntarias" dedicadas a las diversas actividades del sistema de Bienestar (o "social welfare"). Parece claro, por tanto, que el *volunteerism* traspasa los límites del «sector voluntario» encuadrándose en el ámbito del fenómeno más amplio de la «participación». Nosotros no nos ocuparemos del voluntariado dedicado a actividades culturales, relacionadas con el tiempo libre, religiosas, sindicales o políticas, sino que centraremos rigurosamente nuestra atención en el *volunteerism* dedicado a actividades de Bienestar.

El trabajo voluntario viene, así, a consistir en «actividades desempeñadas por un individuo al margen del mercado de trabajo, pero que pueden, no obstante, realizarse recurriendo a emplear regularmente a una persona» (Hawrylyshy, 1984: 4). Por tanto, se le considera un trabajo propiamente dicho, aunque caracterizado quizá por un tipo de prestaciones particular. En definitiva, lo único que se especifica es que esta actividad no es remunerada (Baldock, 1983).

Así, pues, lo tres elementos principales que caracterizan en el sistema de Bienestar a la modernas formas de reparto solidario de recursos, dejando aparte la trama «informal» de las relaciones sociales, son los grupos de *self-help* o *mutual-aid*, las organizaciones voluntarias y el trabajo voluntario no retribuido.

En estos elementos centraremos nuestro análisis partiendo de la evidencia empírica correspondiente a algunos países anglosajones.

El concepto de «tercer sector», como se ha intentado demostrar, parece muy poco significativo para nuestros fines. Nuestra propuesta pretende, por tanto, ocupar un sitio junto a los estudios que

se ocupan de la dinámica del Bienestar. Es necesario, ante todo, profundizar en el análisis de los diversos elementos que constituyen el sector voluntario sin olvidar, por otra parte, la especificidad de cada uno de ellos, ni tampoco las diferencias existentes entre estos ámbitos de actividad social y los circuitos informales de solidaridad.

3. LAS «ORGANIZACIONES VOLUNTARIAS»

«La rápida expansión de la intervención pública en los servicios sociales durante la segunda guerra mundial, y después, transformó, sin duda, al sujeto público en el elemento más importante del ámbito de las relaciones entre el Estado y el sector voluntario. Por consiguiente, muchos han pensado que la acción voluntaria ya ha cumplido su cometido, y se caracteriza por un declive inexorable hasta asumir dimensiones verdaderamente despreciables. Sin embargo, no ha sido así, sino que la colaboración entre el sujeto público y las organizaciones voluntarias persiste, si bien de manera distinta» (Marshall, 1965: 208).

Ya mucho antes de que se teorizase sobre el Estado de Bienestar fueron objeto de intenso debate el papel del sector voluntario y sus relaciones con la intervención del Estado en la política social. El análisis más lúcido, probablemente, sea el que aparece en los escritos de Sidney y Beatrice Webb, que se remontan a la primera década de este siglo (Webb-Webb, 1911). Los Webb pretendían redimensionar las pretensiones de quienes identificaban en el sector voluntario un sujeto capaz de competir paralelamente al Estado en materia de política social; se trataba, en cambio, ya entonces, de afirmar con fuerza y demostrar, por un lado, la in-

discutible superioridad de las redes de servicios sociales proporcionadas por el sujeto público y, por otro lado, de atribuir a las organizaciones voluntarias funciones y papeles que hiciesen resaltar su indispensabilidad y su importancia, si bien siempre de manera subordinada a la intervención pública (Hatch, 1980: 97). Para ello se identificaron esencialmente dos modelos de posibles relaciones entre el Estado y el sector voluntario: la denominada *teoría de las líneas paralelas* (*the «Parallel Bars» Theory*), cuya primera exposición sistemática fue puesta de manifiesto en 1869 (Webb-Webb, 1911: 224), y la *teoría de la ampliación de la escala* (*the «Extensión Ladder» Theory*), que sostenían precisamente los Webb en contraposición con la primera (Webb-Webb, 1911: 252).

Los partidarios del primer modelo sostenían que el Estado y el sector voluntario debían tener cada uno sus propios «clientes-beneficiarios» y que, por tanto, sólo eran claramente diferentes las esferas de acción: las organizaciones voluntarias tenían que proporcionar servicios sociales paralelamente al Estado, pero a distintos beneficiarios⁷.

Sin embargo, la imposibilidad de que el sector voluntario hiciese frente a todas sus posibles obligaciones obligó al Estado a prolongar posteriormente su propio radio de acción. Por otra parte, aquel planteamiento de la política social acabó por crear una tercera categoría creciente de personas que no recibían asistencia de nadie. Era, por tanto, necesario pasar a otro tipo de relaciones.

«Resulta indispensable que las autoridades públicas sean y sigan siendo responsables de manera que todos los casos, sin excepción, reciban el tratamiento necesario y adecuado. Es nece-

sario que se conceda a todo individuo perteneciente a la comunidad la oportunidad de evitar que su nivel de vida descienda por debajo de lo que se considera el «mínimo nacional». También es indispensable que esta obligación de elevar las condiciones de todos los ciudadanos hasta un nivel determinado se cumpla y haga respetar en todos los lugares del territorio y sin establecer ninguna diferenciación... No quiere ello decir que las autoridades públicas deban proporcionar todo aquello que puedan necesitar los individuos... Existen muchos trabajos que las Agencias Voluntarias pueden realizar mejor que las Autoridades Públicas y en los cuales pueden hacer valer sus elementos ventajosos peculiares... (capacidad de innovación, de tratar casos muy especiales y difíciles y presencia de estímulos e impulsos religiosos)... elevando el nivel del comportamiento civil y de la salud física de los ciudadanos por encima del listón relativamente bajo que, sin embargo, sólo puede alcanzarse y garantizarse a través de las Autoridades Públicas» (Webb-Webb, 1911: 250-253).

Se imponía, por tanto, un nuevo tipo de colaboración entre el sector voluntario y el Estado, basado en la teoría del *Extensión Ladder*, que asigna al primero una función «importantísima» y una tarea «muy alta».

Casi cuarenta años después, Beveridge, retomará el tema de las relaciones entre el Estado y el sector voluntario y, aunque insertándose en el cuadro elaborado por los Webb, exaltarán la importancia de las asociaciones voluntarias no tanto por ser capaces de desempeñar mejor algunas funciones (como habían sostenido por su parte los Webb), cuanto porque, al ser portadoras de los principios de la «ayuda mutua» y la «filantropía», favorecen la

integración social y la consolidación de una sociedad pluralista. Una vez se asegurase a todos, a través de la intervención pública, un nivel adecuado de protección y de bienestar social se esperaba del Estado que se encargase de la tarea de favorecer y estimular los espacios de la acción voluntaria, garantizando al mismo tiempo su autonomía.

«El Estado debe estimular la acción voluntaria de todo tipo para favorecer el progreso social. Debe apoyarse en ella, en la medida de lo posible, en todos los campos de su creciente actividad, sin destruir, por otra parte, la libertad y el espíritu particular que la anima, con miras al progreso social derivado de la filantropía y de la conciencia de una sociedad. Esa es una de las principales características de una sociedad libre» (Beveridge, 1948: 318).

Esta «filantropía», basada, por una parte, en la intervención pública «básica» con que garantizar a *todos* el nivel mínimo de subsistencia y, por otra, en el papel supletorio conferido al sector voluntario con miras a elevar el nivel del bienestar y de la protección social, así como para cultivar el principio del pluralismo, figura en la base de la historia del Estado de Bienestar de postguerra del Reino Unido. Sin embargo, esa filosofía «universalista» no se ha adoptado, ciertamente, en Australia, ni mucho menos en los Estados Unidos. No obstante, aunque el Estado del Bienestar australiano, desarrollado con notable retraso con respecto a los demás Estados de Bienestar europeos, sigue estando basado en programas caracterizados por pruebas de renta y riqueza y por estar animado por una concesión «selectiva» y «residual» de la intervención pública; de hecho, puede decirse que la división de las tareas entre el sector público y el sector voluntario refleja bastante el modelo Webb-Beveridge.

Muy distinto es, por su parte, el cuadro existente en los Estados Unidos, donde, como ya es sabido, se ha tardado bastante en atribuir al Estado la principal responsabilidad de satisfacer las necesidades primarias y donde «hasta los años treinta se asumía la superioridad y la supremacía de las agencias voluntarias, atribuyéndose al Estado un papel de todo punto residual» (Kramer, 1981: 62).

Precisamente en Estados Unidos, tradicionalmente el país de máxima expansión del *voluntarismo*, toma forma de manera muy clara, a partir de los años sesenta, mucho antes y con mayor intensidad que en los demás países anglosajones, lo que se ha definido como tercer modelo de relaciones entre el Estado y el sector voluntario (Kahn, 1976: 50): la teoría del «sector voluntario» como instrumento de la política pública (*public agent*). El sector voluntario pasa a ser el «volante» de muchos programas públicos. El sujeto público, sobre todo en el ámbito de los denominados *personal social services*, prefiere con bastante frecuencia financiar una organización voluntaria antes que prestar ese servicio en primera persona. En general, parece bastante compleja, por todas partes, la tipología de las relaciones que se establecen entre el sector público y el sector voluntario: hay quien ha llegado a catalogar, por ejemplo, en Australia, hasta catorce modalidades distintas de financiación pública (Horsburgh, 1980). La tipología más reciente consiste en el contrato estipulado entre el sector público y el sector voluntario para la adquisición por parte del primero de servicios otorgados por la organización voluntaria. Se conoce en la literatura con las siglas POSC (Purchase of Social Service Contracting) (Wedel-Katz-Weich, 1979; Kramer, 1981, 1982; Gilbert, 1983).

Esta práctica, consistente en la adquisición por otro sujeto del servicio prestado, no sólo se refiere, no obstante al sector voluntario. En los Estados Unidos también es frecuente la adquisición por las agencias públicas de servicios prestados por organizaciones privadas comerciales (*profit-making*) establecidas en el mercado (Fisk-Kiesling-Müller, 1978; Gilbert, 1983).

El POSC ha asumido una importancia notable, hasta el punto de haber dejado ya obsoleta la tradicional separación entre el sector privado y el sector público. En Estados Unidos se habla de «gradual disolución de la dicotomía entre lo público y lo privado» (Kramer, 1982: 1) y los términos que se vienen usando con mayor frecuencia son los de *new political economy, the contract state, the service society*. Tendencias similares han surgido en el Reino Unido (Judge-Smith, 1982; Judge, 1982), si bien en el caso australiano tardan en aparecer (Lyons, 1983).

Las organizaciones voluntarias están presentes en todos los ámbitos del

Welfare System. Probablemente en todos los Estados de Bienestar occidentales, en especial en los países anglosajones (y Holanda), la prestación de los servicios sociales sufriría un duro golpe si estas organizaciones llegasen a faltar (Yates-Graycar, 1983: 149).

De acuerdo con la encuesta más compleja y reciente realizada sobre las organizaciones voluntarias comprometidas con la política de Bienestar (NGWOs = Non Government Welfare Organisations)^B, se pueden distinguir en Australia hasta trece áreas funcionales en que operan tales organizaciones (véase tabla I).

Se ve claramente que los sectores que parecen concentrar más organizaciones voluntarias son, ante todo, las políticas asistenciales, los denominados *personal social services* (servicios sociales personalizados), los relacionados con la vivienda y el alojamiento en general, las acciones colectivas y el desarrollo de relaciones interpersonales. Más alejados encontramos la escuela y la sanidad.

Tabla 1. Areas funcionales en que están comprometidas las organizaciones voluntarias que funcionan en el sistema de bienestar australiano (1981-1983)

Area funcional	Número de organizaciones	Porcentaje de distribución de las organizaciones
Políticas de mantenimiento de la renta	17	3
Políticas de vivienda y problemas de alojamiento	83	14,5
Políticas laborales	29	5,1
Políticas escolares	41	7,2
Políticas sanitarias	37	6,5
Políticas de asistencia personalizada	66	11,6
Protección civil y social	5	0,9
Asistencia terapéutica y rehabilitación	62	10,9
Información	22	3,9
Relaciones interpersonales	75	13,1
Acciones colectivas	79	13,8
Apoyo a los servicios	48	8,4
Multifuncionales	7	1,1
Número de casos	571	100

En los últimos años se ha registrado un gran crecimiento de estas organizaciones. Casi la mitad (48,6 por 100) se formó entre 1971 y 1980, y un tercio, aproximadamente (30,4 por 100), entre 1975 y 1979. Este crecimiento parece obedecer, sobre todo, a la proliferación de organizaciones de pequeña magnitud.

Casi el 69 por 100 de las organizaciones voluntarias ha sido fundado por individuos o grupos reducidos. Las más antiguas se dedican por lo general al campo de la sanidad, de la asistencia y, en especial, de los minusválidos, los ancianos y la vivienda. Por el contrario, las más recientes tienden a concentrarse mayormente en el desempleo, en el problema de la droga y el alcoholismo, en la planificación familiar, en el cuidado y asistencia de menores, en la ayuda a inmigrados, en la condición femenina, en la pobreza. Las motivaciones religiosas han desempeñado un importante papel en la constitución de más de un cuarto de las organizaciones (27 por 100), mientras que en cerca de tres cuartos (73 por 100) no parecen haber existido.

Casi dos tercios (61,6 por 100) reciben algún tipo de financiación por parte del sujeto público. Casi un cuarto (22 por 100) depende de fuentes gubernativas en más del 75 por 100 de sus ingresos, mientras cerca de la mitad (43 por 100) consigue procurarse la mitad o más de sus ingresos a través de sus propias actividades. Por término medio, puede decirse que el 30-40 por 100 de los recursos totales de todo el sector procede de fuentes gubernativas. Así, pues, resulta bastante acusado el grado de dependencia del sector voluntario con respecto al sector público. En cuanto a la presencia del trabajo voluntario, del que ya nos ocuparemos con más detalle, bástenos aquí reseñar que

las NGWOs de Australia parece que ocupan en actividades no retribuidas a cerca de la décima parte de la población mayor de quince años.

El único aspecto que tienen en común estas organizaciones, profundamente distintas entre sí, parece ser «el encontrarse al margen del tejido público propiamente dicho y el haberse formado con alguna intención de mejorar la calidad de vida de los propios usuarios» (Graycar, 1984: 3). Poca cosa para que podamos hablar de un sector.

Si consideramos la oferta de los principales servicios sociales existentes en Australia, resulta harto evidente que la mayor parte de éstos la ofrecen tanto el sujeto público como las organizaciones voluntarias, careciéndose de divisiones claras y definidas. «Existen pocas actividades asignadas exclusivamente a las organizaciones voluntarias y la mayor parte se inserta en la categoría de las acciones colectivas o de tutela (*advocacy*)» (Graycar, 1983: 48). Por su parte, la única función importante que desempeña únicamente el sector público parece ser la del mantenimiento permanente de la renta (*regular income maintenance*).

Para hacernos idea de las dimensiones y del notable peso del sector voluntario en Australia parece útil reflexionar sobre un dato: en 1979, el Departamento Federal de Seguridad Social contaba con alrededor de 12.000 unidades laborales y, al mismo tiempo, financiaba de hecho otros 11.000 puestos de trabajo en las NGWOs.

En Estados Unidos, las organizaciones voluntarias dedicadas a la política de Bienestar (NGWOs) eran, a mediados de los setenta, «no menos de 29.000» (Berger-Neuhaus, 1977). Según otras estimaciones, a principios de los ochenta

ta había 37.000 organizaciones nacionales, que cabría definir como *human service agencies* (Kramer, 1981: 74).

Intentemos sintetizar los principales cambios que han experimentado las organizaciones voluntarias americanas desde la postguerra a nuestros días. Ante todo, se ha registrado un enorme crecimiento de la intervención pública, que ha reducido considerablemente las áreas que cubría el sector voluntario, al tiempo que se ha manifestado un continuo descenso de la captación de fondos privados por parte de las organizaciones. Por tanto, ha ido adquiriendo cada vez mayor consistencia, también a través de algunas variaciones incluidas en la legislación de los años sesenta y setenta, la financiación pública de las actividades voluntarias. A partir de los años de la Great Society johnsoniana se ha asistido al enorme crecimiento de un nuevo tipo de organizaciones voluntarias denominadas *alternative agencies* o *quasi-non governmental organizations*, así como a una proliferación de grupos de *self-help* y *mutual aid*. Entre los objetivos de muchas de estas organizaciones figuraba también la puesta en entredicho del enfoque tradicional de la problemática social y del *welfare*, en la onda de los movimientos por los derechos civiles y de las revueltas urbanas, abogando por políticas menos selectivas y que tendiesen fundamentalmente a redistribuir los recursos. Estos cambios verificados han llevado a algunos estudiosos a sostener que este período se ha distinguido por un verdadero «impulso hacia la universalidad» (*Drift toward Universalism*) (Gilbert, 1983). Tampoco en el sistema de Bienestar norteamericano, como ya hemos reseñado refiriéndonos a Australia, aparte de las políticas de mantenimiento de la renta, es posible trazar una frontera precisa entre las tareas o áreas de intervención del sector

público y el sector voluntario (Kramer, 1981; Sosin, 1982 b) ni parece existir posibilidad alguna de desligar en un futuro inmediato «la ambigua relación existente entre el papel del sujeto público y el de las organizaciones voluntarias» (Kramer, 1981: 70). En este marco, calificado por algunos de «colaboración pragmática» (*Pragmatic Partnership*), deben subrayarse dos fenómenos: por una parte, la creciente práctica por parte del sujeto público de adquirir servicios producidos por organizaciones privadas, tanto voluntarias como *profit-making* (el denominado POSC), y, contextualmente, la tendencia a la «comercialización» del *social market* mediante la admisión de técnicas y principios propios del mercado (carácter emprendedor, eficiencia, productividad), la creación de programas de Bienestar relacionados con el puesto de trabajo auspiciados por las industrias privadas, y el creciente influjo de las organizaciones *profit-making* en el campo de los servicios sociales (Gilbert, 1983: 3-44).

En cuanto al POSC, debe subrayarse que el impetuoso desarrollo experimentado por tales prácticas en los últimos años ha comportado, entre otras cosas, la dificultad, cada vez mayor, de efectuar una distinción clara entre el sector público de Bienestar y el privado: las NGWOs que, más que en otros lugares, siguen siendo los que más pueden hacer en materia de política pública. Resulta imposible cuantificar el fenómeno, dada la escasez de los datos analizados. Asimismo, parece difícil realizar una valoración exacta: «prácticamente no disponemos de información sobre las consecuencias que se producen en el usuario, ya sea prestado el servicio directamente por la agencia pública o sea adquirido por una agencia privada mediante contrato» (Kramer, 1982: 5). También plantea dificultad intentar efectuar un balance de

los costes y beneficios de una práctica así. Seguramente entre las principales ventajas para el sujeto público se encuentran el ahorro de recursos, una mayor flexibilidad de prestación de los servicios, la posibilidad de recurrir a competencias bastante especializadas o a capacidades de conseguir una utilidad particular (propia de algunas organizaciones voluntarias), características difícilmente encontrables en la burocracia pública. Entre las posibles desventajas hay que reseñar la dificultad de obtener por parte de las organizaciones voluntarias una correcta fiabilidad administrativa (*accountability*), la mayor posibilidad de corrupción de la burocracia pública, la mayor dificultad para racionalizar y coordinar el marco sociopolítico evitando o reduciendo fragmentaciones y superposiciones de quienes en él intervienen. En lo concerniente a las organizaciones voluntarias, aspectos posiblemente positivos de este nuevo papel son, sin más, la posibilidad de contar con fuentes seguras y estables de financiación, el hecho de recibir los usuarios un servicio más personalizado, menos burocratizado y más especializado que el prestado por la agencia pública, un mayor prestigio social, el poder acceder en cierto modo a los procesos públicos de decisión *making*, así como la mayor posibilidad de influir en la política pública. Los aspectos negativos de tales prácticas en las organizaciones voluntarias han de buscarse en las disfunciones que se registran usualmente entre los costes reales sostenidos, el precio contratado y los reembolsos públicos; en la necesidad de distraer una parte considerable de los propios recursos de los objetivos de la organización, para hacer frente a los deberes fiscales y administrativos que acompañan a la financiación, y en el riesgo de ver disminuida la propia independencia organizativa en lo concerniente a la elección de usos, modalida-

des y ritmos de prestación del servicio. Por último, existe también el riesgo de que las organizaciones ejerzan cada vez menos acciones de tutela, consejo o información (*advocacy*) o de que vean disminuir progresivamente el nivel de compromiso voluntario y el propio grado de favor.

«En 1980 los programas federales americanos proporcionan más de la mitad de cuanto apoyo económico va a las organizaciones privadas *non profit* que prestan servicios sociales y a las dedicadas al denominado «desarrollo comunitario» (*community development*), mientras que las aportaciones privadas ascienden a cerca de un tercio» (Salomon-Abramson, 1982: 18-44). El porcentaje de gastos públicos para servicios sociales utilizado en el POSC aumenta entre 1971 y 1977 del 25 al 53 por 100 (Benton-Feil-Millar, 1978: 110).

El sujeto público y las organizaciones voluntarias parecen estar tan íntimamente entrelazadas en todo el ámbito de la política americana de *Welfare* que hacen de todo punto veleidosa y carente de fundamento la postura de quienes abogan por «sustituir» en los años ochenta una parte de la oferta pública por servicios prestados por el sector voluntario, reduciendo así el compromiso económico público en la política de Bienestar sin provocar grandes turbaciones sociales. «Las estimaciones basadas en las propuestas de recortar el presupuesto federal de 1982 a 1985 sugieren que retirar la financiación pública provocaría un vacío de inmensas proporciones en todos aquellos campos en que participan las organizaciones voluntarias. Para poder llenar ese vacío, las aportaciones privadas, que, por otra parte, no dejan de disminuir, deberían aumentar cada año en un porcentaje comprendido entre el doble y el cuádruple del nivel de cre-

cimiento más alto de 1960» (Gilbert, 1983: 132).

Parece del todo improbable que las agencias privadas puedan llenar los amplios huecos dejados por el repliegamiento de las fronteras de la intervención pública (Sosin, 1982 a).

En Gran Bretaña, las organizaciones voluntarias han tenido siempre un peso importante en la política social⁹ y lo han continuado desarrollando tras la segunda guerra mundial y durante los años cincuenta, momentos en que tuvo lugar la edificación más rápida e intensa del Estado de Bienestar inglés. En 1977 eran 126.000 las instituciones benéficas registradas oficialmente en los Charity Commissioners, aunque debe señalarse que algunas organizaciones voluntarias estaban exentas de registro (mientras que también hay que tener presente que en los registros se incluían también algunas organizaciones que nos resultaría difícil incluir en el ámbito de los servicios sociales). Por otra parte, se cuentan, si bien entre notables dificultades de cuantificación que hacen pensar que el número sea mayor, más de 400 organizaciones nacionales voluntarias en el ámbito de los servicios sociales¹⁰ (Johnson, 1981: 2).

En las primeras décadas de la posguerra, dentro de una filosofía que apuntaba hacia la edificación de un sistema público omnipresente destinado a garantizar a todos los ciudadanos un determinado nivel de vida, las organizaciones voluntarias, de hecho, se planteaban fundamentalmente suplir las carencias del sector público, reservándose algunas funciones específicas.

En los años cincuenta se registró un rápido incremento de las organizaciones voluntarias, al cual siguió una ver-

dadera proliferación en la década posterior. El crecimiento fue especialmente rápido en las organizaciones que constituían ramas locales de organizaciones nacionales que se ocupaban, sobre la base del beneficio recíproco (*mutual benefit*) de personas aquejadas de determinadas enfermedades o minusvalías. Muchas de estas organizaciones se planteaban el objetivo de influir en la política pública respecto a tales cuestiones, en tanto que otras proporcionaban directamente servicios. Asimismo, un acusado proceso de secularización parece impregnar el sector voluntario, perdiendo mucho terreno el impulso religioso. Muchas de las organizaciones que desaparecen son las de fondo fundamentalmente religioso (Wolfenden, 1978: 184-185). En los años setenta, frente a la caída de los mitos universalistas, frente a la crisis económica y frente a los problemas de la crisis fiscal del Estado, se suscita un enorme interés por el sector voluntario, al que se investirá cada vez de mayores responsabilidades, frente al proyecto de privatización y desmantelamiento parcial del aparato de Bienestar que persigue el Gobierno que toma las riendas del país en 1979. Así se expresa el famoso informe *Wolfenden*, de 1978, en relación con las características del sector voluntario inglés de aquellos años:

- a) el peso del sector voluntario parece inferior al del público en todos los compartimientos de la política social, con la sola excepción de los «servicios sociales personalizados»;
- b) se registra una dedicación bastante notable al cuidado de ancianos, niños y minusválidos;
- c) parece ser una característica especial del sector la de cubrir y llenar los vacíos que se abren entre el individuo y el sector público;
- d) en algunos casos, el sector volun-

- tario parece capaz de ofrecer servicios «alternativos» que permiten al usuario ejercer la posibilidad de elegir;
- e) el papel de «experimentador de nuevos programas» (*the pioneering role*), que tradicionalmente se atribuye al sector voluntario, sigue revistiendo gran importancia;
 - f) a nivel local, las organizaciones voluntarias que se manifiestan en grupos de presión intervienen fundamentalmente en cuestiones relacionadas con el medio ambiente;
 - g) las organizaciones voluntarias parecen ser las principales dispensadoras de esa modalidad especial de servicios sociales, que consiste en proporcionar de manera estable consejo e información y poner en práctica acciones de tutela (*advocacy*);
 - h) las organizaciones voluntarias revisten, además, especial importancia en el entramado social, siendo el medio a través del cual las minorías religiosas, étnicas o de otra índole pueden conservar su identidad en el ámbito de la prestación de los servicios sociales.

El informe ponía fin a este análisis llamando también la atención sobre los principales límites del sector voluntario, que se decía eran su carácter errático, su escasa uniformidad interna y su acusada diferenciación y especificidad. Por último, se hacía hincapié en lo exiguo de los recursos económicos que parecía capaz de activar (Wolfenden, 1978: 59-60).

También en Gran Bretaña se afirma la práctica de adquisición por parte del sujeto público de servicios desempeñados por particulares, si bien de manera mucho menos importante en comparación con la experiencia paralela nor-

teamericana. No obstante, puede considerarse el POSC como una característica ya estable e importante en el panorama inglés, especialmente en el ámbito de los servicios sociales personalizados (Judge-Smith, 1982). En las dos experiencias parecen bastante afines las motivaciones, que provocan interrelaciones similares entre lo público y lo privado, siendo común la problemática que suscitan (Judge, 1982).

Por último, también en el caso inglés parece difícil establecer una valoración global del fenómeno, bien porque pueden diferir mucho las formas de colaboración entre el sujeto público y las organizaciones voluntarias, que entran en el campo de la práctica más generalizada de adquisición de servicios (Judge-Smith, 1982: 3), bien porque el desarrollo del POSC en Gran Bretaña se encuentra en su primer período de funcionamiento. «Si bien existe mucha retórica favorable al pluralismo y a la colaboración con las organizaciones voluntarias, apenas si hay algo que demuestre una estrategia real por parte del operador público encaminada a obtener lo que se declara desear... Las organizaciones voluntarias aportan, sin más, una importante contribución ampliando y extendiendo la oferta pública, pero, salvo en un número bastante exiguo de casos, no parecen desde luego capaces de suplir a los servicios públicos más importantes» (Judge, 1982: 410).

Parece evidente que el POSC, que en un contexto de economía mixta de Bienestar (*mixed economy of welfare*) sigue siendo un importante instrumento de política social, no puede considerarse como la panacea que resuelve los problemas de la crisis fiscal del Estado de Bienestar, como tienden a sostener, por el contrario, los conservadores.

Así, pues, en el contexto de los *Welfare* analizados, las organizaciones voluntarias emergen como actores importantes cuyo peso y cuyas posibilidades corren, sin embargo, el riesgo, debido a cálculos políticos mal ocultados o a la mera falta de información, de verse muy infravalorados.

Tales organizaciones parecen caracterizarse, ante todo, por un alto grado de especialización, mientras que corresponde al sujeto público la obligación de proporcionar también servicios básicos y generales. Sirven, además, a menudo como portavoces de minorías y grupos sociales tendentes a la marginación, desempeñando, por tanto, una importante acción de tutela y defensa de esos sujetos. Tienen la capacidad de promover una coherente preocupación social voluntaria en los ciudadanos, incluyendo a los propios usuarios de los servicios. Por último, proceden a prestar directamente una serie de servicios ampliando, y a veces reforzando, la oferta del sujeto público.

En muy raras ocasiones, casi siempre excepcionales, se llega a constituir una verdadera alternativa al servicio público. Son muchos los estudiosos que opinan que, «como dispensadora de servicios sociales, la organización voluntaria constituye un elemento indispensable de la economía trisectorial de los servicios sociales (*a three-sector service economy*), junto con el sector público y, en un número de casos creciente, las organizaciones *profit-making*» (Kramer, 1981: 264).

Los riesgos más significativos que confieren mayor vulnerabilidad a las organizaciones voluntarias hay que buscarlos en el peligro de institucionalización, en las posibilidades de que falte la tensión necesaria para conseguir los fines constitutivos o de que el grupo di-

rigente, muchas veces extraído de grupos sociales restringidos, se esterilice en una acción de mero automantenimiento y, por último, en un clima general de ineficacia, de carencias directivas y de escasa capacidad de planificación operativa; en una palabra, en eso que algunos denominan *ineffectuality* y que caracteriza a muchas agencias (Kramer, 1981: 265-267).

El sector público y las organizaciones voluntarias podrían considerarse, según ciertos estudiosos¹¹, como «dos sistemas de organización que coexisten, colaboran ocasionalmente y en raras ocasiones aparecen en competencia o conflicto. El sector voluntario puede ser el principal dispensador de servicios o bien desempeñar un papel suplementario o complementario con respecto al público, pudiendo, por último, actuar como «vendedor» (*vendtor*) de servicios al sector público si prevalecen las prácticas del POSC» (Kramer, 1981: 252).

En definitiva, el papel y las funciones que las organizaciones voluntarias son capaces de asumir en un sistema de Bienestar vienen a depender de las características económicas, políticas y sociales del contexto en cuestión, así como de las decisiones que adopten para revalorizar y actualizar sus funciones. Sin embargo, en ninguno de los contextos aquí representados, que constituyen, junto con el holandés, los casos en que el sector voluntario parece más desarrollado y dotado de tradiciones históricas, las organizaciones voluntarias parecen realmente capaces de ocupar el vacío que podría producirse a raíz de los propios fenómenos de privatización, así como de redefinir en clave restrictiva los límites de la intervención pública en materia de Bienestar.

4. LOS GRUPOS DE «SELF-HELP»

«Los grupos de *self-help* son fruto de iniciativas voluntarias. Aparecen, generalmente, estructurados en pequeños grupos que se plantean como objetivo la ayuda recíproca (*mutual aid*) y la consecución de un objetivo muy específico. Están formados generalmente por «pares» o bien por individuos caracterizados por un mismo problema que les impulsa a unirse para ayudarse mutuamente a hacer frente a sus necesidades comunes, lo que puede comportar la superación de una minusvalía común o un mismo problema existencial grave, alcanzando un objetivo previsto relacionado tanto con el individuo exclusivamente como con el ámbito social en general. Los fundadores del grupo y todos aquellos que pasan sucesivamente a formar parte del mismo son conscientes de que sus necesidades no se ven ni pueden verse satisfechas a través de las instituciones sociales existentes. Se hace especial hincapié en los mecanismos personales de interacción social y en la asunción directa de responsabilidades por parte de los integrantes del grupo. Los propios grupos proporcionan ayuda material, así como apoyo emotivo. Suelen estar orientados hacia una «causa» basando su acción en ideologías o valores mediante los cuales los miembros tienen la posibilidad de reforzar su propio sentido de identidad personal.» (Katz-Bender, 1976).

En los años cincuenta, pero sobre todo a partir de la mitad de la siguiente década, se asistió en muchos países industrializados a un crecimiento muy acusado de los grupos de *self-help* hasta el punto de que en Estados Unidos, por ejemplo, algunos han hablado de una verdadera «explosión» (Traunstein-Steinman, 1974). Una estimación, que según los autores reconocen erraba

por defecto¹², situaba en Norteamérica a mediados de los setenta casi medio millón de grupos de *self-help* en los que participaban varios millones de individuos (Katz-Bender, 1976). También en Gran Bretaña se registraban, en el mismo período, centenares de grupos de *self-help* tanto a nivel nacional como local (Robinson-Henry, 1977). Se han reportado parecidas evidencias en relación con Holanda (Van Harberden-Lafaille, 1978). Posteriores documentaciones han dado después a conocer la existencia de grandes redes de grupos de *self-help* incluso en Australia (Tenenbaum, 1979; Parkinson, 1980).

Sólo en los últimos años parece que el estudio de los grupos de *self-help* escapa ya plenamente de los ámbitos de las disciplinas médicas, y psicológicas para invadir el terreno de otras ciencias sociales (Katz, 1981), por lo cual disponemos de muy escasos datos. De cualquier forma, muchos estudiosos de las políticas sociales comparten un mismo convencimiento de la gran importancia que tienen estos grupos en algunas políticas de Bienestar, sobre todo en la política sanitaria y en los servicios sociales personalizados¹³. Recientemente, ante la oleada de privatizaciones de los servicios sociales, se han conferido graves responsabilidades a estos grupos como fidedignos representantes del denominado sector voluntario. Por el contrario, en otros ámbitos se ha afirmado que son portadores de una nueva «cultura de las necesidades» que permite superar algunas graves lagunas y deficiencias de los aparatos de Bienestar, demasiado burocratizados, rígidos, impersonales y de escasa eficacia.

Las características estructurales¹⁴ y los atributos funcionales de tales grupos¹⁵, añadidos al hecho de que muchos prestan verdaderos servicios, ade-

más de proporcionar apoyo social, pueden hacer pensar en «un sistema de servicios alternativo que compite en utilización, *status* y poder con el institucionalizado, basado en las competencias profesionales» (Katz, 1981: 152).

En realidad, parece hartamente difícil, si no imposible, efectuar una valoración unitaria del fenómeno de *self-help*. Es necesario examinar caso a caso las características de los grupos¹⁶ en los diversos contextos sociales y en los distintos períodos de formación y funcionamiento. «Según la experiencia nos ha demostrado, el *self-help* puede ser utilizado, y lo ha sido con gran eficacia, para reforzar las definiciones patológicas de los problemas sociales y para alimentar ideologías de tipo conservador. Lo que resulta crucial es analizar los valores básicos y los objetivos propios de cada grupo, así como las modalidades que presiden la puesta en práctica de dichos elementos» (Parkinson, 1980).

No cabe duda de que el *self-help* asume connotaciones muy distintas según los diversos momentos históricos. En Estados Unidos surgió en los años treinta un auténtico movimiento de *self-help* a través de la acción de algunos de los grupos más «estigmatizados» de la sociedad norteamericana de la época, es decir, los retrasados mentales y sus padres y los alcohólicos. Nació para constituir una alternativa a las estructuras profesionales y burocráticas hartamente insuficientes en relación con tales problemáticas, así como oponiéndose a los principios abstractos y a los criterios «objetivos», a la especificidad del conocimiento y a la autoridad limitada, a la eficacia neutra y al contacto impersonal, a la cualificación técnica y al control jerárquico (Blau-Scott, 1963; Vinter, 1967; Traunstein-Steinman, 1974: 231-232). Todavía en fecha reciente

emergía en algunas investigaciones locales¹⁷, como tendencia bastante significativa de *self-help*, esta tendencia a la «desburocratización» y a la «desprofesionalización».

A mediados de los años setenta, el *self-help* abarca en Estados Unidos una realidad sumamente variada en la cual poseen un peso relevante grupos que, aunque de manera nada ideológica y políticamente «primitiva», se plantean objetivos de cambio de algunas importantes características del orden social (Periman, 1976).

Indudablemente, en los últimos años el *self-help* ha visto aumentar de manera notable su propia importancia también en los sistemas de Bienestar, sobre todo teniendo en cuenta la creciente discrasia entre el crecimiento impecioso de las expectativas, la aparición de nuevas necesidades, la cada vez mayor heterogeneidad de la demanda social, por una parte, y por otra, la progresiva rigidificación de los aparatos de los aparatos de Bienestar, así como la escasa disponibilidad de recursos que permiten una dinámica de la oferta bastante reducida.

Debe constatar también, al menos en algunos contextos, como, por ejemplo, el australiano, la creciente cooperación entre grupos y la tendencia a unirse cada vez más a nivel nacional para que se cuente más con ellos en el ámbito de la política social (Tenenbaum, 1979). En cuanto a la participación y a las características sociales del *self-help*, algunos autores, aunque carentes del apoyo de una evidencia empírica que la corrobore, defienden la hipótesis de que el espectro social de pertenencia es más amplio en comparación con las demás organizaciones voluntarias que trabajan en el campo de los sistemas de Bienestar (las

NGWOs). Mientras que a los «voluntarios» de las NGWOs hay que adscribirlos principalmente a las clases media y media alta¹⁸, en los grupos de *self-help* se registra también la presencia de otras clases (Katz, 1970: 58-59). No cabe duda de que, si pensamos en la importancia adquirida por el *self-help* a raíz del movimiento feminista, esta imagen tiende a reforzarse.

Sin embargo, es cierto que un estudio americano, tras examinar los diversos trabajos que se habían ocupado en los años sesenta y setenta del comportamiento de los individuos en relación con la búsqueda de asistencia (*help-seeking*), llega a las siguientes conclusiones, referidas a Estados Unidos: «la mujer joven, de raza blanca, instruida, perteneciente a las clases medias busca ayuda a través de los grupos de *self-help* y las estructuras profesionales con bastante más frecuencia que los varones, los pertenecientes a minorías, los ancianos, los que no han conseguido acabar la enseñanza media superior y los pertenecientes a las clases obreras o a las capas más menesterosas» (Gourash, 1978).

En cuanto a los sistemas de Bienestar de los países industrialmente avanzados, todos parecen coincidir en indicar el campo de la sanidad como el ámbito de mayor desarrollo del *self-help*. Los grupos de *self-help* que se ocupan de la salud (los *self-help groups*) proporcionan a los pacientes (o ex pacientes) y a sus familiares asesoramiento e información, amén de apoyo moral y otras actividades materiales de apoyo encaminadas a hacer frente a los problemas de adaptación suscitados por una enfermedad grave, principalmente crónica, por una intervención quirúrgica o, en cualquier caso, un problema importante de salud. Podríamos citar como ejemplos de Estados Uni-

dos los grupos formados por quienes sufren de enfisema (Emphysema Anonymous), quienes han sido operados a corazón abierto (Mended Hearts), quienes han sufrido ataques (Stroke Club), de aquellos a quienes se ha practicado una laringotomía (International Association of Laryngectomees) o una mastectomía (Reach to Recovery), amén de los grupos surgidos entre quienes deben liberarse de un estado de dependencia patológica (los alcohólicos, los jugadores de azar, los aquejados de un acusado exceso de peso) o los grupos de enfermos mentales.

Desde mediados de los años cincuenta se ha registrado en Estados Unidos un desarrollo muy notable de este fenómeno. Prescindiendo de los que se plantean como objetivo la curación del alcoholismo (Alcoholics Anonymous, A.A.), se pasa de los cuatro grupos de después de la segunda guerra mundial (1945), a 152 diez años después (1955) a 829 a mediados de los sesenta (1965) y a 2.022 a comienzos de los setenta (1972). En cuanto a los A.A. la progresión en la misma secuencia temporal era la siguiente: de 556 (1945), a 5.492 (1955), 11.752 (1965) y 18.612 (1972) (Tracy-Gussow, 1976: 383).

Los ambientes médicos no se ponen de acuerdo en cuanto a la utilidad e importancia de los *self-help groups*, aun cuando la base de formación de estos grupos ha sido en algunos casos precisamente la intervención explícita de un médico.

Está muy claro que el desarrollo del *self-help* en el campo de la sanidad denota un doble fracaso: por un lado, el de la medicina, al pretender ser la única capaz de resolver los problemas relacionados con la salud; por otro lado, el del aparato sanitario profesional de los sistemas de Bienestar, tanto públi-

cos como privados, enormemente abultado y que debiera servir para hacer frente a «todas» las necesidades. En este ámbito, más que nunca, parece necesario que se llegue a nueva mezcla entre la acción estatal, las fuerzas del mercado y el compromiso voluntario si se pretende afrontar la compleja problemática de la salud.

Los grupos de *self-help*, aquí como en toda la política social, no constituyen la panacea capaz de llenar todos los huecos de la oferta de servicios, pero tampoco son un elemento de importancia secundaria. Ayudan a comprender más fácilmente muchas situaciones sin causar excesivos problemas. Por supuesto que ponen de manifiesto las debilidades del sistema, pero constituyen a la vez un desafío muy fecundo a la ortodoxia de las profesiones, al ser portadoras de una nueva manera de comprender y afrontar las necesidades (Durman, 1976). Pero, por otra parte, no debe olvidarse que parecen gozar de bastante escasa difusión entre las capas más menesterosas de la población, por lo cual parecen constituir un nuevo elemento puesto a disposición de los grupos sociales que ya disfrutaban de relativas ventajas con respecto al acceso a las estructuras profesionales y a la utilización de las mismas.

En definitiva, pues, el *self-help* contribuye a poner de manifiesto el fracaso heurístico, de los modelos dicotómicos y unilaterales de análisis de la política social, según la cual, una vez que faltasen los canales tradicionales de satisfacción de las necesidades, todo quedaría integrado en la dinámica mercado-Estado. Al mismo tiempo, los grupos de *self-help* pueden constituir un punto de partida muy útil para efectuar una nueva reflexión sobre las necesidades antiguas y nuevas de los ciudadanos del Estado de Bienestar.

5. LOS VOLUNTARIOS

«Sólo en fecha reciente han dirigido su atención los sociólogos hacia las asociaciones voluntarias, refiriéndose la mayor parte de los estudios a una sola asociación o a un tipo determinado de asociación. En la literatura sociológica no existe nada que pueda parangonarse con la gran cantidad de conocimientos referentes a los voluntarios, conocimientos adquiridos entre los miles de personas que han trabajado durante muchos años en este campo. En este punto, la aportación de la sociología únicamente puede consistir en sugerir nuevas modalidades de análisis y sistematización de unos problemas que son ya de por sí bastante familiares» (Sills, 1960: 89).

Más de veinte años después de que fuese emitido este juicio, muy pocos avances se han registrado en los conocimientos relativos al fenómeno del voluntariado. La mayor parte de los sociólogos se ha preocupado más que nada de analizar los diversos comportamientos del Estado de Bienestar, en gran expansión por doquier, y a menudo la atención se ha centrado exclusivamente en las relaciones que unen la política pública y el mercado, como si la industrialización, la urbanización, los movimientos migratorios y la nuclearización de la familia estuviesen inevitablemente destinados a restarle todo espacio a las relaciones de vecindad, a los demás *networks* solidarios informales, a un compromiso individual y voluntario en el tejido social, al margen de los reclamos ideológicos y políticos. Pero esto no parece haber ocurrido: el fenómeno del voluntariado en los países industrializados dista mucho de encontrarse en vías de extinción, sino que más bien muestra un desarrollo continuo y constante, sobre todo a partir de los primeros años setenta.

Ya hemos dicho que por «voluntarios» se entiende en este caso «personas que prestan servicios libremente, por propia iniciativa y sin remuneración alguna, en organizaciones públicas o «voluntarias» dedicadas a las diversas actividades del Bienestar social» (*Encyclopedia of Social Work*, 1977: 1582)¹⁹.

Tradicionalmente se ha hecho coincidir la figura del «voluntario» con la de la mujer casada, de mediana edad, perteneciente a un familia de clase media o media alta, casi siempre al margen del mercado laboral. En la Gran Bretaña de fines del siglo XIX, el número de mujeres dedicadas a actividades filantrópicas (*Friendly Societies o Visiting Societies*) doblaba o triplicaba al de los hombres que participaban en las mismas organizaciones²⁰.

Todavía a finales de los años sesenta en el Reino Unido había quienes sostenían que «la principal reserva de la que extraer trabajo no remunerado la constituyen las mujeres de los hombres de negocios o los profesionales, poseedoras de un nivel social bastante elevado y que disponen de tiempo y recursos que dedicar al trabajo voluntario» (Morris, 1969: 33).

Otro elemento parece también caracterizar la imagen tradicional del voluntariado: una clara división de tareas ha caracterizado desde principios de siglo la esfera de las actividades voluntarias «masculinas» y «femeninas», llegando casi a reflejar la división procedente del mercado laboral.

A los hombres comprendía, fundamentalmente, la tarea de guiar las políticas de las organizaciones caritativas y filantrópicas mediante la participación en los órganos de dirección y la aportación del propio bagaje de conocimientos, extraídos del mundo de los

negocios y de la política. Por el contrario, a las mujeres se les reservaba la mayor parte de los trabajos ejecutivos encaminados a la realización de esas políticas, actividades que a menudo presuponían también la posesión de determinados conocimientos y capacidades (*skills*), pero que no implicaban la participación en el mercado laboral²¹.

¿Qué queda en los años ochenta de estos rasgos que nos ha transmitido la literatura tradicional? Y, sobre todo, ¿qué nuevas dimensiones ha asumido el fenómeno del voluntariado en los servicios sociales en unos contextos totalmente distintos, dadas las características del mercado laboral, la estructura de clases, las relaciones entre sexos, la conciencia social y el funcionamiento del sistema político-económico?

Según el famoso informe Aves, el cuadro presentado por Gran Bretaña a finales de los años sesenta confirmaba sólo de manera parcial la opinión consolidada referente a la figura del voluntario. Los hombres habían aumentado su incidencia relativa en el ámbito de las actividades voluntarias, al tiempo que la participación parecía bastante menos concentrada en las clases de mediana edad. Eso sí, la distinción de estratos sociales continuaba siendo bastante acusada: los voluntarios provienen en medida superior a la proporcional (con respecto a la estructura demográfica), de grupos sociales caracterizados por tener rentas laborales más elevadas, al igual que sus niveles de educación y ocupación social (Aves, 1969: 33-35)²².

Según los resultados de una encuesta nacional, a mediados de los setenta (1976), cerca de cinco millones de ciudadanos británicos de edades no inferiores a los dieciséis años declaraban

haber prestado aquel año actividades voluntarias en el campo de los servicios sociales, lo que corresponde al 13,7 por 100 de la población inglesa mayor de dieciséis años. Resultó, además, una media semanal de seis horas de trabajo voluntario realizadas en la semana anterior a la entrevista. La cantidad total de trabajo no remunerado equivalía a unos 400.000 puestos de trabajo con dedicación completa. Casi dos tercios de la actividad voluntaria resultó haberse dirigido hacia los *personal social services*²³, siendo escasa la aportación en el campo de la seguridad social (*social security*). Esta encuesta confirmó, asimismo, la caracterización de clases del voluntariado, es decir, que las personas a las que suele considerarse de «clase media» se mostraban más dispuestas a participar en asociaciones voluntarias en comparación con los trabajadores manuales y sus familias²⁴ (Wolfenden, 1978: 35-37, 56-58). De acuerdo con otra encuesta realizada en el mismo período²⁵, cerca del 10 por 100 de la población británica se había dedicado de manera continuada a actividades voluntarias (Hadley-Hatch, 1981: 95).

También en Canadá, a mediados de los setenta la tradicional figura del voluntario parece experimentar una profunda transformación²⁶: el peso del elemento masculino resulta bastante acusado y la participación en el trabajo voluntario aparece repartida entre todas las edades, con destacada presencia de jóvenes menores de treinta y cinco años y de ancianos mayores de sesenta. Parece, además, consistente el porcentaje de voluntarios pertenecientes a núcleos familiares de renta anual inferior a los 12.000 dólares, no adscribibles, por tanto, a las clases medias altas, así como también la incidencia de quienes no poseen un grado de instrucción muy elevado. Más de un tercio

de la población canadiense mayor de catorce años se dedica a actividades de tipo voluntariado durante unas cuatro horas semanales, siendo, asimismo, importante el porcentaje (más del 16 por 100) de quienes, no habiendo tomado nunca parte en ninguna actividad voluntaria hasta ese momento, tenían pensado hacerlo (Carte, 1975).

Una encuesta realizada después en el área metropolitana de Toronto²⁷ confirmó la intensidad del trabajo voluntario (unas cinco horas semanales). Las organizaciones que más hacían uso de trabajadores voluntarios se encuadraban en el campo de servicios a la familia (*General Family Services*), a los ancianos (*Home for the Aged*) y de tipo correctivo (*Correctional services*). Si se considera la demanda a nivel conjunto se puede constatar que el porcentaje más considerable es el procedente de agencias dedicadas al sector sanitario.

Los servicios que más se dispensaron a nivel voluntario fueron los de supervisión (*supervision*), visitas amistosas (*friendly visiting*), asesoramiento a reclusos (*parole counsel*), cuidado de niños y trabajos de oficina y conducción de vehículos (Hawrylyshyn, 1978).

Otra encuesta efectuada a finales de los años setenta²⁸ reveló que en 1979-1980, unos 2,7 millones de canadienses, el 15 por 100 de la población en edad laboral, habían prestado servicios gratuitos a organizaciones voluntarias durante unas tres horas semanales (Ros, 1983: 27).

Muy destacadas proporciones y tradiciones²⁹ parece tener el fenómeno del voluntariado³⁰ en los Estados Unidos, que se desarrolló especialmente en los años sesenta y setenta debido también a importantes iniciativas adoptadas a nivel gubernativo (de los «Cuerpos de

la Paz», instituidos en 1961 por el presidente Kennedy, a la constitución por parte de la administración Nixon, de la agencia federal ACTION en 1971) (Blatchford, 1973; Eriksson-Joslyn, 1973-1974).

Formar parte de una asociación voluntaria y participar en la obtención de los objetivos de la organización parecen también en América ser características individuales, que cada vez abundan más a medida que aumentan la renta, el grado de educación, el nivel ocupacional y los demás indicadores del *status*, si bien, en opinión de algunos, esta correlación existente entre el *status* socioeconómico y la participación sólo debe considerarse válida en el caso de los hombres (Smith, 1975)³¹.

Uno de cada cuatro americanos mayores de trece años (13 por 100) desarrollaba a mediados de los años setenta (1974) una actividad de tipo voluntario durante un promedio de, aproximadamente, nueve horas semanales (el equivalente a 3,5 millones de puestos de trabajo con dedicación exclusiva)³². El voluntario americano típico se identificaba como mujer blanca, casada, de entre veinticinco y cuarenta y cuatro años, con estudios superiores y perteneciente a una familia de las de renta más elevada. No obstante, se registraba también una considerable participación por parte de otros estratos sociales menos pudientes, así como de personas pertenecientes a todas las edades (Action, 1974: 34).

Confrontando estos datos con los de una encuesta análoga llevaba a cabo diez años antes por el Departamento del Trabajo, se puede constatar en la década en cuestión (1965-1974) un continuo crecimiento del fenómeno del voluntariado³³, así como también un aumento de la media de horas de trabajo voluntario semanal.

Aproximadamente la mitad de los voluntarios dedica su tiempo a actividades de orientación religiosa. En segundo lugar de importancia están las actividades pertenecientes a los ámbitos de la instrucción y la sanidad, la tutela de los consumidores y la protección del medio ambiente. Las personas que se ofrecen para ayudar a los indigentes (*social and welfare categories*) constituyen cerca del 7 por 100 del total de voluntarios.

Parece interesante que nos detengamos sobre la relación existente entre la participación voluntaria y el mercado de trabajo. En un estudio nacional, realizado por el Departamento federal de Trabajo a finales de los años sesenta (1969), se halló que dos tercios de las mujeres voluntarias no figuraban por aquel entonces entre las fuerzas laborales, mientras que el 85 por 100 de los voluntarios masculinos estaba empleando (Smith, 1975: 125). Cinco años después se constata que entre los «voluntarios-ocupados» son mayoría los hombres (57 por 100), mientras que entre los «voluntarios-desocupados» y los «no incluidos en las fuerzas laborales» son las mujeres quienes constituyen con mucho el grupo dominante (59 y 83 por 100, respectivamente).

Otra encuesta realizada varios años después confirma igualmente la clara división de tareas en el ámbito de las actividades voluntarias. Los cargos directivos y de gestión de las organizaciones voluntarias y filantrópicas están netamente dominadas por el elemento masculino, en tanto que las tareas de oficina o manuales se atribuyen en su gran mayoría a las mujeres³⁴.

Así, pues, la participación en el trabajo voluntario parece asumir un significado distinto para los hombres y para las mujeres. Para los hombres resulta

posible interpretarla como «extensión de la propia situación ocupacional que añade prestigio social y poder en la comunidad, mientras que para las mujeres parece suplir el lugar del trabajo remunerado» (Baldock, 1983: 290). El voluntariado se configura entonces como una modalidad de participación estrechamente ligada a la estratificación operada por el mercado laboral. Casi es posible distinguir dentro del trabajo voluntario entre actividades de tipo «primario» y «secundario», a las que correspondería la misma división entre cuotas «fuertes» y cuotas «débiles», que funcionan en el seno de las fuerzas laborales.

A finales de los años setenta, la participación en el trabajo voluntario parece ya extendida en América a todas las edades y no estar sólo relacionada con quienes pertenecen a los grupos sociales más menesterosos. Aumenta la participación masculina y se confirman los sectores de la sanidad y de los *personal social services* como los ámbitos en que se manifiesta principalmente la demanda de trabajo voluntario.

También en Australia parece aumentar decididamente el voluntariado³⁵. Ya a finales de los años setenta apareció en algunos estudios de comunidades que más del 30 por 100 de la población mayor de quince años dedicada un promedio de cinco o seis horas semanales a actividades no remuneradas³⁶. La tasa de participación en formas de trabajo voluntario era generalmente más alta en las mujeres, y también a este respecto se constataba una relación interesante entre el voluntariado y el mercado laboral, siendo bastante más probable que los voluntarios-hombres participasen también en el mercado laboral, mientras que entre las voluntarias preponderaba bastante la completa separación de las fuerzas laborales (Pa-

erson, 1982). La misma relación se constató a principios de los años ochenta a través de una encuesta realizada en el Estado de Victoria por el Australian Bureau of Statistics³⁷.

En Victoria, la participación femenina en el trabajo voluntario resultó ligeramente superior a la masculina (29,5 por 100 en comparación con un 26,9 por 100), pero si sólo se tienen en cuenta la instrucción, la asistencia los *personal social services* y la sanidad predomina con mucho el elemento femenino³⁸.

Más de la mitad de las horas de trabajo voluntario (52,3 por 100) se empleó en organizaciones religiosas o deportivas, en *hobbies* o en clubes que ofrecen servicios discretos no de interés colectivo; un 15 por 100, en el ámbito de educación; un 10,9 por 100, en el de la asistencia y los *personal social services*; un 6,6 por 100, en el campo de la sanidad, y un 4,5 por 100, en ofrecer bienes y servicios a los indigentes (Australian Bureau of Statistic, 1983).

Si tenemos en cuenta exclusivamente a los voluntarios dedicados a prestar servicios de manera directa o a quienes aportan sus actividades a las organizaciones voluntarias, de nuevo se manifiesta claramente el carácter netamente femenino del fenómeno³⁹.

En el ámbito de las *Non Government Welfare Organisations*⁴⁰, un promedio de tres de cada cuatro voluntarios corresponde a mujeres (Yates-Graycar, 1983: 160). Más de la mitad (59,7 por 100) de las agencias utiliza en calidad de voluntarios exclusiva o mayoritariamente a mujeres (el porcentaje de hombres se sitúa en torno al 11,7 por 100). Las áreas que registran mayor presencia de mujeres en calidad de voluntarios son la sanidad, la enseñanza y, en

general, los sectores directamente relacionados con el bienestar de los individuos y la familia (*family and personal well-being*).

Más de un millón de individuos, equivalente a cerca de 10 por 100 de la población australiana mayor de quince años, había realizado trabajos voluntarios en las NGWOs durante un promedio de cuatro horas semanales (equivalente a unos 160.000 puestos de trabajo con dedicación completa durante un año). La prestación directa de servicios es el tipo de actividad al que se dirige en mayor medida la oferta de trabajo voluntario (de hecho, esta sola actividad ocupa el 36,3 por 100 de las horas de trabajo voluntario realizado en las NGWOs)⁴¹. Otros ámbitos importantes en que se da empleo al voluntariado son las actividades de las juntas directivas de las organizaciones y las tareas administrativas (respectivamente, un 18,8 y un 19,1 por 100 de las horas de trabajo no remunerado) (Hardiwick-Graycar, 1982).

Según una recentísima encuesta que hemos realizado en el mes de junio en el Volunteer Centre of South Australia⁴², han surgido en Adelaida nuevos puntos problemáticos para la interpretación del voluntariado. Se ha confirmado, ante todo, el carácter predominantemente femenino del fenómeno, si bien se ha constatado una importante presencia juvenil y una participación creciente por parte de los hombres⁴³. El tipo de actividad que más solicitaba quien quería dedicar su tiempo a algo consistía en «trabajar con los niños». Le seguían, en orden de importancia, «los servicios que permiten conocer y estar en contacto con la gente», «trabajos de oficina» y la «asistencia a minusválidos».

Considerando estas características,

creemos posible intentar establecer una tipología a partir de esta selección de voluntarios. Ante todo, se trata de jóvenes que buscan una ocupación remunerada y para quienes trabajar gratuitamente en alguna organización puede constituir, además de una experiencia que les permite adquirir profesionalidad, una especie de «tarjeta de visita» que poder mostrar a la hora de buscar un trabajo retribuido⁴⁴. Otro grupo es el formado por las mujeres sin profesión, para quienes el voluntariado representa, quizá, la única ocasión de especialización en algo que no sea su propia familia. Luego están aquellas personas que sufren minusvalías, a quienes el trabajo les es recomendado como terapia por los asistentes sociales. Otro grupo es el formado por la mujeres sin profesión, para quienes el voluntariado rerepresenta, quizá, la única ocasión de especialización en algo que no sea su propia familia. Luego están aquellas personas que sufren minusvalías, a quienes el trabajo les es recomendado como terapia por los asistentes sociales. Otro grupo de especiales características es el de las personas, fundamentalmente hombres, de cuarenta-cuarenta y cinco años, que se han quedado en paro, y mientras aguardan a encontrar otra ocupación, necesitan sentirse útiles dedicándose a cualquier actividad. Por último, hay muchas personas, jubiladas a los cincuenta-cincuenta y cinco años que, conservando plenamente su energía física y mental, sienten la necesidad de utilizar en algo su capacidad.

La problemática del trabajo voluntario parece hoy cada vez más compleja, como creemos ha quedado ya bastante claro. Además, precisamente por ser cada vez más amplia de participación de los voluntarios en los diversos departamentos del Estado de Bienestar, han adquirido importancia crucial las

cuestiones relativas a la búsqueda, adiestramiento y cualificación de los mismos voluntarios. Es en Estados Unidos donde más atención se ha dedicado al fenómeno del *training* del aspirante-voluntario, procediéndose a elaborar programas de gran sofisticación hasta el punto de que ya se habla abiertamente de la existencia de una verdadera «carrera del trabajo voluntario» (*voluntary career*). También se ha destacado la tendencia a la «profesionalización» (Eriksson-Joslyn, 1973-1974) y a la «burocratización» (Smith, 1975) del trabajo voluntario⁴⁵. Todo ello se ha reflejado en ese país en la solicitud de reembolsos de los gastos efectuados, la petición de desgravaciones fiscales por el tiempo dedicado oficialmente a las actividades no remuneradas, planes de pólizas de seguros encaminados a proteger al voluntario y hasta un proyecto de ley que establezca los derechos del trabajador voluntario (Baldock, 1983). Parece predominar una orientación general, tanto en los operadores privados como en los públicos, según la cual el trabajo voluntario viene a constituir una nueva forma de «aprendizaje», un verdadero terreno de preparación y formación con miras a la obtención de un trabajo remunerado (Smith, 1975: 130).

Al agravarse la crisis fiscal y el endeudamiento público en los países industrializados, al persistir las fuertes tensiones existentes en el mercado de trabajo y al estabilizarse ya un porcentaje crónico de desempleo, la figura del voluntario ha llegado a desviarse de la imagen tradicional que se nos ha transmitido en la literatura del siglo XIX y primeras décadas del XX. El marco de motivaciones que impulsan a elegir brindar la propia fuerza laboral sin pedir a cambio remuneración alguna ha adquirido una enorme complejidad, además de ser incierto y confuso. Jun-

to a la clásica explicación basada en el *altruismo*⁴⁶, que, sin embargo, no parece capaz de aportar por sí sola una aclaración exhaustiva del fenómeno, puesto que el voluntariado ha involucrado ya desde sus orígenes preferentemente a determinados grupos sociales y, en general, a más mujeres que hombres, se han presentado otros dos enfoques: la teoría de la denominada *participación democrática* y la de la *segmentación del mercado laboral*.

Los teóricos de la democracia liberal sugieren que todo el fenómeno del voluntariado se considere un aspecto intrínseco de la sociedad democrática en el que se manifiestan la libertad de expresión y de asociación para fines pluralistas, así como el deseo de participar y realizar objetivos a los que se adscribe individualmente un significado especial, además de efectuar una aportación muy destacada a los fines de una integración social cada vez mayor⁴⁷. En realidad, tampoco este enfoque parece del todo satisfactorio, no pudiéndose pasar por alto que a menudo las tareas encomendadas a los voluntarios implican actitudes enminantemente pasivas concretas en encargos meramente ejecutivos y que en muy raras ocasiones participan los voluntarios en el *decision-making*. Por tanto, no nos es posible utilizar esta teoría para explicar las diferenciaciones y especificaciones con que el fenómeno se manifiesta (Yates-Graycar, 1983: 165).

Otros sostienen poder aportar una explicación de la oferta de trabajo voluntario mediante la teoría del mercado de trabajo dual. En vista de la clara caracterización femenina del fenómeno, establecen unas estrechas conexiones entre el trabajo doméstico y la división de los papeles en el seno de la familia, por una parte, y, por otra, la segmentación del mercado de trabajo remunera-

do y el trabajo voluntario. El mismo mecanismo ideológico y social hace, así, que las mujeres sean las principales cuotas débiles del mercado de trabajo remunerado y, al mismo tiempo, sean las que en mayor medida realizan trabajos voluntarios en el mercado no retribuido.

Tanto el trabajo voluntario como el tipo de trabajo remunerado de las mujeres pueden interpretarse entonces como efecto de la posición que ocupa la mujer en el trabajo doméstico y el trabajo femenino voluntario no sería otra cosa que una nueva expresión del mercado «secundario» que, de hecho, se presenta de manera temporal y precaria, requiriendo a menudo una preparación limitada y careciendo de un esquema de carrera generalmente reconocido (Baldock, 1983: 291).

En los momentos de gran desarrollo económico y crecimiento de los servicios aumenta la participación femenina en el mercado laboral y buena parte de la posible oferta de trabajo voluntario en encauzada hacia el mercado «secundario». En épocas de dificultades económicas, crisis y fuertes presiones sobre el sector voluntario aumenta, por el contrario, la oferta de trabajo femenino voluntario, especialmente por parte de las mujeres que viven con rentas bajas. Los teóricos de este enfoque sostienen, asimismo, que a menudo se ha manipulado la cuestión de la clase a que pertenecen las mujeres voluntarias. En realidad, si prescindiésemos de los tradicionales indicadores del *status* socioeconómico, que siempre se refieren al hombre, al marido o al padre, veríamos que muchas mujeres no pueden ser, en modo alguno, incluidas en la «clase media» considerando su condiciones de vida y de trabajo⁴⁶. Tampoco este enfoque consigue por sí solo explicar todo el fenómeno, aun cuando

pueda considerársele un buen instrumento para interpretar algunas características del voluntariado.

En opinión de algunos estudiosos (Yates-Graycar, 1983), este último enfoque podría servir de punto de partida desde el que empezar a contruir un modelo interpretativo más satisfactorio. Indudablemente, el papel desempeñado por la mujer dentro de la familia parece poseer una gran importancia para explicar la notable preponderancia femenina en este fenómeno. Las mujeres están presentes sobre todo en sectores como la sanidad y los *personal social services* en que a menudo las principales características que se necesitan son precisamente las mismas que se exigen a la madre-mujer. Así, pues, el rol doméstico se amplía, por así decirlo, pasando a ser desempeñado no ya en la vivienda, sino en el ámbito de la comunidad.

No obstante, podría definirse el voluntariado en su conjunto como «un tipo de comportamiento social organizado, producido y forjado por las diversas relaciones estructurales, prácticas y procesos que constituyen globalmente nuestro tejido social» (Yates-Graycar, 1983: 165). Con ello se reflejan y, en cierto modo, se reproducen las contradicciones básicas, las prioridades y los modelos de vida y de trabajo.

6. CONCLUSIONES

Al finalizar nuestro reconocimiento parece bastante razonable compartir el juicio de Shaver, según el cual «no tiene sentido hablar del «sector voluntario» como de un complejo único dotado de cohesión interna» (Shaver, 1982: 25).

Se abandona definitivamente el concepto de «tercer sector» por ser más

bien indefinido y no servir para delimitar con claridad en el ámbito de las políticas sociales una estrategia operativa poseedora de cohesión y congruencia, basándose ante todo en una presunta *independencia* y *autonomía* total del sector público y del mercado, características que, sin embargo, como ya ha quedado claro, son cada vez más difíciles de encontrar, si es que alguna vez han sido plenamente válidas⁴⁹.

También hay que reseñar, al menos en los casos examinados, una tendencia convergente que conduce a un nuevo esquema de relaciones entre el sector público y las organizaciones voluntarias, cuyas interconexiones parecen ser cada vez mayores y más profundas. El clásico debate del siglo pasado, que apasionó a generaciones de sociólogos y operadores sociales sobre si había que adoptar *The Theory of Parallel Bars*, o más bien la de la *Extension Ladder*, parece haber quedado obsoleto. Con todo, si por muchas partes se pide la mezcla entre Estado, mercado y acción voluntaria preconizada por lord Beveridge como modelo que debe volverse a examinar y valorizar para intentar nuevas maneras de salir de la crisis de nuestro sistema de Bienestar, es necesario que reorientemos nuestro foco de atención.

La acción voluntaria considerada como acto individual dotado de libertad y ajeno al mercado parece ser un recurso muy presente y en plena expansión en los países de capitalismo maduro, si bien, al mismo tiempo, la presencia del sujeto público en el ámbito de los servicios sociales ha adquirido ya un carácter tan central e invasor que hace impensable la elaboración de políticas alternativas que excluyan al Estado a no ser que no se pretenda discutir los objetivos de «libertad», «igualitarismo» y «democracia», que en cierto modo

constituyen el contenido de los modernos derechos de ciudadanía.

No debe esto llevarnos, sin embargo, a menospreciar el fenómeno del voluntariado (ni mucho menos a un rechazo apriorístico de toda aportación útil para la política social que pueda provenir del mercado), sino que, por el contrario, debe servir para encaminar una investigación que conduzca a nuevas modalidades de funcionamiento de los sistemas de Bienestar en los cuales se dé, junto a la redefinición y la reexposición de los objetivos, una articulación diferente de las estrategias y acciones dirigidas a satisfacer las necesidades sociales.

Es necesario, en suma, iniciar una reflexión que, apoyada en el carácter central de la presencia pública, consiga proyectar nuevos ritmos y nuevas maneras de que el sujeto público se relacione con los usuarios, de que entre en contacto con la demanda social, evidenciando lo que podrían denominarse «cultura de las necesidades», una cultura basada en una auténtica participación social al margen de clientes, particulares o loterías del sistema de partidos.

En ninguno de los casos examinados a este respecto ha surgido la potencialidad alternativa del denominado «sector voluntario»; por el contrario, lo que parece caracterizar a todos los Estados de Bienestar analizados es, por una parte, una cada vez mayor implicación pública en la financiación de las actividades de las organizaciones voluntarias y, por otra parte, un proceder operativo que le confiere cada vez más carácter de instrumento de las políticas públicas. Se ha puesto de manifiesto una compleja tipología de relaciones de financiación entre el sector público y las organizaciones voluntarias. Se ha

hecho hincapié en la práctica del POSC como fenómeno que goza de notable expansión.

Cada vez es más difícil distinguir en las políticas sociales la diferencia entre lo público y lo privado a nivel de relaciones formales y organizadas. Está claro que, aun conservando espacios de maniobra específicos y autónomos las organizaciones voluntarias pueden enriquecer y contribuir a forjar de manera considerable la actuación pública y el sistema de Bienestar. Está claro lo distinta y dotada de notables posibilidades que puede ser la aportación del denominado sector informal, desde la red familiar a los grupos de *self-help*.

No obstante, la acción voluntaria y las redes informales precisan de un marco público renovado que contemple expresamente la pluralidad de los sujetos operantes, aunque sea en posición diferenciada en el ámbito de las políticas sociales.

Parece harto difícil, como opinan también muchos estudiosos del voluntariado (Kahn, 1973; Froland, 1980; Kramer, 1982; Judge, 1982; Graycar, 1983), volver a discutir el carácter central del servicio público. Pero se está empezando a reflexionar sobre la manera de llegar a una nueva mezcla que en ningún caso puede inspirarse en combinaciones del pasado, probablemente irrepetibles. La misma evolución de las relaciones entre lo público y lo privado, desde el modelo preconizado por la *Theory of Parallel Bars* al *Vendorism* y al POSC, parece hacer justicia a cuantos piensan poder desenterrar una primacía de la acción voluntaria. Queda muy claro el objetivo de quien exalta el sector voluntario con el solo fin de hallar cobertura para el desmantelamiento del sistema de Bienestar (Eriksson-Joslyn, 1973) o para amortiguar el cho-

que social e intentar manipular también los ámbitos existenciales más privados (Shaver, 1982).

En el transcurso de nuestro examen han surgido también otros elementos que apuntan a una gran cautela cuando se presenta la acción voluntaria como la salida de las crisis en sentido progresivo, bien en el centro del «tercer sector» o la «tercera dimensión» como elemento portador de lo denominado «privado social». Creemos que esto puede tener consecuencias no carentes de relieve en la reflexión que en la actualidad se está llevando a cabo en Italia.

Ante todo, hay que alertar de que unas relaciones nuevas y de creciente relevancia entre el sector público y los sujetos voluntarios organizados, de ser introducidos bruscamente en el actual contexto italiano, correrían inmediatamente el riesgo de exaltar los rasgos de particularismo, clientelismo y lotería partidística que caracterizan desde hace tiempo nuestro sistema de Bienestar⁵⁰. Al mismo tiempo, del examen de algunos casos nacionales hemos podido deducir que la participación voluntaria en el ámbito de las políticas sociales a menudo está ligada a la pertenencia a la «clase media», por lo que el voluntariado aparece como un recurso utilizable sobre todo, precisamente, por los grupos sociales que ya se benefician, al parecer, del Estado de Bienestar actual.

Se corre el riesgo de permitir a los sujetos dotados de mayores recursos económicos y culturales que se organicen sirviéndose de un cauce programado de *exit*, mientras que se deja a los sujetos que menos posibilidades tienen de autogestionarse luchando con el servicio público, ya casi abocado inexorablemente a una constante degradación.

En este caso, el peligro estriba en que evocar y confiar demasiado en la participación voluntaria puede generar posteriores desigualdades crecientes que hagan aumentar las distancias entre los privilegiados que gozan de las políticas de Bienestar y los grupos más menesterosos. Por lo demás, no es ningún misterio el hecho de que, en la práctica, se haya producido, por ejemplo, en Estados Unidos un cambio de beneficiario: agencias privadas de Bienestar cuyos clientes deberían ser grupos sociales de renta baja, se orientan cada vez más, por el contrario, hacia grupos de clase media, bien por motivos de mayor prestigio profesional de los asistentes sociales (*social workers*), bien por mayores afinidades culturales (Cloward-Epstein, 1965).

Quedan luego algunas incertidumbres de fondo que también otros⁵¹ han procedido a formular, puesto que en el caso italiano no parecen darse con la misma fuerza una serie de circunstancias premisivas presentes en los países anglosajones, como pueden ser una tradición de pluralismo religioso y de participación en la gestión de las comunidades locales y una organización de la sociedad capilar y vital, órdenes sociales no atravesadas por profundos *cleavages*.

Hemos comprobado, además, durante nuestro examen que también la figura del voluntario, si prescindimos de las motivaciones religiosas, ha pasado a formar parte de un marco interpretativo bastante complejo, bien por las relaciones que actualmente existen entre la crisis ocupacional y la experiencia voluntaria, considerando ésta como una nueva forma de aprendizaje y de preparación para el trabajo remunerado, bien por la complejidad de las tareas exigidas en un moderno sistema de servicios, que exigen, en cada vez

mayor medida, competencias profesionales y especializaciones precisas. Ahora el problema pasa a ser el de activar conocimientos y competencias especializadas, al margen de la búsqueda de adeptos a los trabajos, o, si se quiere, el de instaurar un nuevo tipo de comunicación entre el mundo de los expertos y de los operadores, por una parte, y la sociedad civil, por otra.

Creo que debemos reflexionar también sobre otro punto de vista: las encuestas que hemos venido examinado han demostrado bien a las claras el carácter marcadamente femenino del voluntariado y, al mismo tiempo, una especie de «segmentación del trabajo voluntario» similar, punto por punto, a la que se da en el mercado del trabajo retribuido. Esto significa, sencillamente, que el replanteamiento de algunas experiencias de voluntariado supone el riesgo de que empeoren las condiciones de la mujer ampliándose su papel doméstico fuera de las paredes de su casa.

Queda, pues, en primer término la cuestión del «control» del voluntariado por parte del sujeto público. En relación con este argumento enseguida surge el debate en los países de que nos hemos ocupado, donde hay que lamentar tanto la dificultad de obtener una fiabilidad administrativa (*accountability*) por parte de las organizaciones voluntarias como la dedicada cuestión de que la máquina pública pueda ser manipulada por grupos más organizados, cuando no activada por verdaderos procesos de corrupción. El control no se considera una operación meramente administrativa, sino que implica también la «capacidad» (además de la voluntad) de realizar la distribución correcta de los *inputs* y de comprobar lo adecuado de los *outputs* según los objetivos planteados y las normas predeterminadas.

No cabe duda de que en el caso italiano parece cuando menos problemático pensar en una capacidad operativa y de control destacada por parte de los diversos niveles de la burocracia pública⁵².

En definitiva, creemos que es necesario avanzar en muchas direcciones simultáneamente. Por un lado, conviene realizar una encuesta informativa a fondo sobre las características del «sector voluntario» italiano en los diversos ámbitos de los servicios sociales, con el fin de averiguar los tipos que existen, así como las posibilidades de colaboración con el sector público. Contextualmente, hay que entrar en el fondo de las dinámicas organizativas concretas del sector público no ya para proceder a milagrosas operaciones de cirugía institucional que produzcan resultados instantáneos, sino para implicar y responsabilizar directamente a los operadores en un proyecto de cambio que sirva para dar «sentido» a su actividad. Quizá sea, además, bastante

útil, diferenciando obviamente las acciones según las diversas políticas de Bienestar, iniciar una *fase de experimentación* atribuyendo a la burocracia pública (Estado, región, provincia, partido) márgenes discrecionales que permitan verificar nuevos ritmos y modalidades de prestación del servicio público.

No se trata de elaborar reformas desde una mesa, ni mucho menos proceder a una «reforma de la reforma», como en el caso de la sanidad. Más bien, hay que repensarse de manera concreta una política social fundamentada en los sujetos públicos, pero dispuesta a exaltar las posibles aportaciones que puedan provenir de las redes solidarias informales, así como de la participación voluntaria. No se trata, pues, de macrosoluciones inmediatas, sino de potenciar formas de cooperación entre los sectores público y privado con miras a garantizar una gestión pluralista de las políticas de Bienestar que no esté particularizada ni dirigida a una clientela.

121

BIBLIOGRAFIA

- ACTION (1975): *Americans Volunteer 1974*, Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office.
- ARDIGO, A. (1981): «Voluntariato, Welfare State e terza dimensione», en *La Ricerca Sociale*, 25.
- (1982): «Dallo Stato Assistenziale al Welfare State», en G. Rossi-P. Donati (eds.): *Welfare State. Problemi e alternative*, Milán: Angeli.
- (1984) (ed.): «Per una rinfodazione de Welfare State», en *La Ricerca Sociale*, 32.
- ASCOLI, U. (1984) (ed.): *Welfare State all'italiana*, Bari: Laterza.
- AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS (1983): *Provision of Welfare Services by Volunteers*, Victoria, Melbourne, 3 de octubre, núm. cat. 4401.2.
- AVES REPORT (1969): *The Voluntary Worker in the Social Services*, Londres: The Bedford Square Press of the NCSS - Allen & Unwin.
- BALDOCK, C. V. (1983): «Volunteer Works as Work: Some Theoretical Considerations», en C. V. Baldok y B. Cass (eds.): *Women, Social Welfare and the State*, Sydney: Allen & Unwin.
- BENTON, B.B.: FIELD, T., y MILLAR, R. (1978): *Social Services: Federal Legislation vs. State Implementation*, Washington, D. C.: The Urban Institute.
- BERGER, P. L. y NEUHAUS, R. J. (1977): *To Empower People: The Role of Mediating Structures in Public Policy*, Washington, D. C.: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- BEVERIDGE, W. (1948): *Voluntary Action: A Report on Methods of Social Advance*, Londres: Allen & Unwin.
- BLATCHFORD, J. H. (1973): «Federal Volunteer Programs», en R. E. Hardy-J. G. Cull (eds.): *Applied Volunteerism in Community Development*, Springfield: Charles C. Thomas.
- BLAU, P. M., y SCOTT, W. R. (1984): *Formal Organizations*, San Francisco: Chandler & Company.
- BUSANA BANTERLE, C. y CELLA, G. P. (1984): «Il Welfare e L'allocatione politica», en U. Ascoli (ed.): *Welfare State all'italiana*, Bari: Laterza.
- CARTER, N. (1975): *Volunteers - The Untapped Potential*, Ottawa: The Canadian Council on Social Development.
- CLOWARD, R. A., y EPSTEIN, I. (1965): «Private Social Welfare's Disengagement from the Poor: The Case of Family Adjustment Agencies», en M.

- N. Zald (ed.): *Social Welfare Institutions*, Nueva York: Wiley & Sons.
- COTTURRI, G. (1982): «Voluntariado e crisi dello Stato Sociale», en *Democrazia e Diritto*, 4.
- DONATI, P. (1981): «I servizi sociali in Italia: analisi degli obiettivi e orientamenti di politica sociale», en *La Ricerca Sociale*, 26.
- (1982): «Natura problemi e limiti del Welfare State: una interpretazione», en G. Rossi y P. Donati (eds.): *Welfare State. Problemi e Alternative*, Milán: Angeli.
- (1983): «Crisis dello Stato sociale e nuove risposte ai bisogni emergenti: voluntariado, privato sociale e "terza dimensione"», en *Problemi della Transizione*, 13.
- DOUGLAS, J. (1981): *Why Charity Towards a Rationale for the Third Sector*, PONPO (Program on Non Profit Organizations), Documento de Trabajo núm 7, julio, Yale University.
- DURMAN, E. C. (1976): «The Role of Self-Help in Service Provision», en *The Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 12. núm. 3. julio-agosto-septiembre.
- ERIKSSON-JOSLYN, K. (1973-74): «A nation of volunteers: Participatory Democracy or Administrative Manipulation?», en *Berkeley Journal of Sociology*, vol. XVIII.
- FISK, D.; KIESLING, H., y MULLEN, T. (1987): *Private Provision of Public Services: An Overview*, Washington. D. C.: The Urban Institute.
- FONDAZIONE AGNELLI (1979): *Voluntariado e Società*, Turín: Ediciones Fondazione Agnelli.
- FORTE, F., y GRANAGLIA, M. (1980) (eds.): *La nuova economia politica americana*, Milán: Sugarco.
- FROLAND, C. (1980): «Formal and Informal Care: Discontinuities in a Continuum», en *Social Services Review*, vol. 54, núm. 4, diciembre, 573-587.
- GILBERT, N. (1983): *Capitalism and the Welfare State*, New Haven: Yale University Press.
- GIUGNI, G. (1981): «Quale avvenire per il Welfare State?», en *Mondoperaio*, núm. 4.
- GORASH, N. (1978): «Help-Seeking: a review of the literature», en *American Journal of Psychology*, 6 (5), 413-423.
- GRAYCAR, A. (1983): «Informal Voluntary and Statutory Services: The Complex Relationship», en *The British Journal of Social Work*, vol. 13, núm. 4, agosto, 379-393.
- (1984): «Non Government Welfare Organizations in Australia: Preliminary Results from a National Sample Survey», en *Journal of Voluntary Action Research*, vol. 13. (12), primavera.
- GRIFFITHS, H.; CHOILLE, T. N. G., y ROBINSON, J. (1978): *Yesterday's Heritage or Tomorrow's Resource*, A Study of Voluntary Organisations Providing Social Services in Northern Ireland, Priorities, Occasional Papers in Social Administration, Ulster: New University of Ulster.
- HADLEY, R., y HATCH, S. (1981): *Social Welfare and the Failure of the State*, Londres: Allen & Unwin.
- HARWICK, J., y GRAYCAR, A. (1982): *Volunteers in Non-Government Welfare Organisations in Australia: A Working Paper*, Social Welfare Research Centre Reports and Proceedings n. 25, Universidad de Nueva Gales del Sur, Kensington.
- HATCH, S. (1980): *Outside the State. Voluntary Organisations in Three English Towns*, Londres: Croom Helm.
- HAWRYLYSHY, O., (1978): «The Economic Nature and Value of volunteer Activity in Canada», en *Social Indicators Research*, vol. 5, núm. 1, enero.
- HORSBURGH, M. (1980): «Relationships Between Government and Volunteer Organizations in Social Welfare», en F. Pavlin-J. Crawley-P. J. Boas (eds.): *Perspectives in Australian Social Work*, Bundoora: PIT Press.
- JOHNSON, N. (1981): *Voluntary Social Services*, Oxford: Blackwell & Robertson.
- JUDGE, K., y SMITH, J. (1982): *Why Purchase? The Rationale for POSC in the English Social Services*, PSSRU. Documento de Trabajo núm. 243, Universidad de Kent, mayo.
- JUDGE, K. (1982): «The Public Purchase of Social Care: British Confirmation of the American Experience», en *Policy and Politics*, vol. 10, núm. 4, 397-416.
- KAHN, A. J. (1973): *Social Policy and Social Services*, Nueva York: Random House.
- (1976): «A Framework for Public - Voluntary Collaboration in the Social Services», en *The Social Welfare Forum*, Columbus: Columbia University Press.
- KATZ, A. H. (1970): «Self-Help Organizations and Volunteer Participation in Social Welfare», en *Social Work*, enero, 51-60.
- KATZ, A. H., y BENDER, E. I. (1976): «Self-Help Groups in Western Society: History and Prospects», en *The Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 12. núm. 3, julio-agosto-septiembre, 265-282.
- KATZ, A. H. (1981): «Self-Help and Mutual Aid: An Emerging Social Movement?», en *Annual Review of Sociology*, vol. 7, 129-155.
- KRAMER, R. M. (1981): *Voluntary Agencies in the Welfare State*, Berkeley: University of California Press.
- (1982): *From Voluntarism to Vendorism: An Organizational Perspective on Contracting*, Documento de Trabajo del PONPO núm. 54, Universidad de Yale, abril.
- LAWRENCE, R. J. (1965): *Professional Social Work in Australia*, Canberra: The Australian National University.
- LE GRAND, J. (1982): *The Strategy of Equality*, Londres: Allen & Unwin.
- LEVITT, T. (1973): *The Third Sector-New Tactics for A Responsive Society*, Nueva York: A Division of American Management Associations.
- LUCIANO, A. (1984): «Stato, mercato, "terzo settore": quale terapia per la sanità?», en *Politica ed Economia*, 9, XV, septiembre.
- LYONS, M. (1983): «Would Purchase of Service Contracting Help Australia's Social Services?», en J. Dixon y D. L. Jayasuriya (eds.): *Social Policy in the 1980's*, Canberra: College of Advanced Education.
- MARSHALL, T. H. (1965): *Social Policy in the Twentieth Century*, Londres: Hutchinson University Library.
- MILOFSKY, C. (1979): *Not for Profit Organizations and Community: A Review of the Sociological*

- Literature*. PONPO, Documento de Trabajo núm. 6, Universidad de Yale, febrero.
- MORGAN, J. N.: DYE, R. E., Y HYBELS, J. H. (1977): «Results from two National Surveys of Philanthropic Activity», en *Research Papers Sponsored by the Commission on Private Philanthropy and Public Needs*, vol. 1, Washington, D. C.: Departamento del Tesoro, 157-324.
- MORRIS, M. (1969): *Voluntary Work in the Welfare State*, Londres: Routledge & Kegan.
- PACI, M. (1982 a): *La struttura sociale italiana*, Bologna: Il Mulino.
- (1982 b): «Onde lunghe nello sviluppo dei sistemi di Welfare», en *Stato e Mercato*, núm. 6, diciembre.
- (1982 c): *The Shifting Boundaries of the Welfare State*, Ancona, mecanografiado, mayo.
- (1984): «Il sistema di Welfare italiano tra tradizione clientelare e prospettive di riforma», en U. Ascoli (ed.): *Welfare State all'italiana*, Bari: Laterza.
- PARKINSON, C. (1980): *The Self-Help Movement in Australia*, Documento de trabajo ACOSS, Sydney.
- PATERSON, H. M. (1982): «Voluntary Work in Australia», en *Australian Bulletin of Labour*, 8, 2, marzo, 95-103.
- PERLMAN, J. E. (1976): «Grassrooting the System», en *Social Policy*, vol. 7, núm. 2, septiembre-octubre, 4-20.
- PROCHASKA, F. K. (1980): *Women and Philanthropy in Nineteenth Century England*, Nueva York: Oxford University Press.
- ROBINSON, D., Y HENRY, S. (1977): *Self-Help and Health: Mutual Aid for Modern Problems*, Londres: Martin Robertson.
- ROOF, M. (1957): *Voluntary Societies and Social Policy*, Londres: Routledge & Kegan.
- ROSS, D. P. (1983): «Volunteer activity in Canada—Some financial and economic dimensions», en *Perception*, vol. 7, núm. 2, noviembre-diciembre.
- SALOMON, L. M., Y ABRAMSON, A. J. (1982): *The Federal Budget and the Non-Profit Sector*, Washington, D. C.: Urban Institute Press.
- SERRI, R. (1982): *Analisi, problemi e prospettive del volontariato*, Relación introductoria a la Convención Nacional organizada por el PCI sobre «Il Volontariato - Nel rinnovamento democratico della società e dello Stato», Roma: Dipartimento Cultural PCI, mayo.
- SHAVER, S. (1982): *The Non-Government State: The Voluntary Welfare Section*, documento presentado en Canberra a la «Social Policy in the 1980's Conference», 28-30 mayo.
- SILLS, D. L. (1960): «A Sociologist Looks at Motivation», en N. E. Cohen (ed.): *The Citizen Volunteer*, Nueva York: Harper.
- (1968): «Voluntary associations: sociological aspects», en *Internacional Encyclopedia of the Social Sciences*, 16, D. L. Sils (ed). Nueva York: Macmillan.
- SMITH, J. H. (1973): *Volunteers in Social Welfare Agencies in Victoria*, Institute of Applied Economic and Social Research, Documento Técnico núm. 6, Universidad de Melbourne, Melbourne.
- SMITH, L. M. (1975): «Women as Volunteers: The Double Subsidy», en *Journal of Voluntary Action Research*, vol. 4. (3-4), julio-octubre.
- SOSIN, M. (1982 a): *Do Private Agencies Fill Gaps in Public Welfare Programs? A Research Note*, documento del Institute for Research on Poverty and Scholl of Social Work, Universidad de Wisconsin, Madison, mayo.
- (1982 b): *The Domain of Private Social Welfare: Comparison with the Public Sector*, documento de la School of Social Work y del Institute for Research on Poverty, Universidad de Wisconsin, Madison, octubre.
- STANTON, E. (1970): *Clients Come Last*, Beverly Hills: Sage Publications.
- SULZBERGER-STRAUSS, E. (1972): *The Volunteer Professional, What You Need to Know*, Nueva York: WMCA.
- TAVAZZA, L. (1981): «Prospettive di volontariato italiano negli anni ottanta», en *La Ricerca Sociale*, 25.
- TENENBAUM, J. (1979): *Self-Help groups in Welfare: A Victorian Perspective*, Collingwood: VCOSS.
- TITMUS, R. M. (1973): *The Gift Relationship*, Harmondsworth: Penguin Books.
- TRACY, G. S. Y GUSSOW, Z. (1976): «Self-Help Groups: A Grass-Roots Response to a Need for Services», en *The Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 12, núm. 3, julio-agosto-septiembre.
- TRAUNSTEIN, D. M., Y STEINMAN, R. (1974): «Voluntary Self-Help Organizations: An Explanatory Study», en *Journal of Voluntary Action Research*, vol. 2 (4), 230-239.
- UNITED WAY OF AMERICA (1974): *A Study of the Quantity of Volunteer Activity of United Way and Its Member Agencies*, Alexandria: United Way of America.
- VAN HARBERDEN, P., Y LAFAILLE, R. (1978): *Zelf-hulp*, VUGA, Boekerijs Gtravenhage.
- VINTER, R. (1967): «Analysis of Treatment Organizations», en E. J. Thomas (ed.): *Behavioral Science for Social Workers*, Nueva York: The Free Press.
- VOLUNTEER CENTRE OF SOUTH AUSTRALIA (1982): *Goal, Objectives and Implementation Details*, mecanografiado. Adelaida.
- WEBB, S., Y WEBB, B. (1911): *The Prevention of Destitution*, Londres: Longmans. Green and Co.
- WEDEL, W. R.: KATZ, A. J., Y WEICK, A. (1979) (eds.): *Social Services by Government Contract: A Policy Analysis*. Nueva York: Praeger Publishers.
- WOLFENDEN COMMITTEE (1978): *The Future of Voluntary Organisations*, Londres: Croom Helm.
- YATES, I., Y GRAYCAR, A. (1983): «Non-Government Welfare. Issues and Perspectives», en A. Graycar (ed.): *Retreat from the Welfare. Australian Policy in the 1980s*, Sydney: Allen & Unwin.

NOTAS

1. Por «servicios sociales» o *Social Welfare* se entienden las políticas públicas del trabajo, la vivienda y la escuela, así como la seguridad social (*Social Security*), la sanidad y la asistencia (este última definición se está vol-

- viendo actualmente a formular y, de ahora en adelante, hablaremos de *personal social services*).
2. Véase una exposición clara y sintética de estos «fracasos» en el ensayo de C. Busana Banterle y G. P. Cella, en Ascoli, 1984. Para un análisis más general, véase Douglas, 1981.
 3. Véase una útil reseña problemática de la literatura sobre el argumento en Milofsky, 1979.
 4. En lo sucesivo, por mor de la brevedad, hablaremos tan sólo de *organizaciones voluntarias*.
 5. En la literatura se conoce también este tipo de organizaciones voluntarias con los nombres de «agencias sociales privadas» u «organizaciones *non-profit*» o, también, «agencias públicas».
 6. En lo sucesivo adoptaremos la denominación *sector voluntario* para referirnos al conjunto de asociaciones voluntarias dedicadas a los servicios sociales (ya sean grupos de *self-help* u organizaciones voluntarias).
 7. En los términos del debate de la época que siguió a la publicación en el Reino Unido del Informe sobre la *Poor Law*, elaborado por una Comisión gubernativa (1909), eso significaba que las organizaciones voluntarias debían prestar ayuda a las personas respetables (*respectable*) y meritorias (*deserving*) con el fin de evitar que se las recluyese en casas de trabajo (*workhouse*), institución creada por el Estado para «disuadir del ocio» (*detering*) a los pobres indignos (*the undeserving poor*) (Hatch, 1980: 97). Cooperación, pues, entre ambos sujetos, pero no superposición: la *Poor Law* exclusivamente para los carentes de medios y los pobres indignos; las organizaciones caritativas para quienes no conseguían mantenerse por sí mismos (*the insufficiently maintained*), pero que, por ser dignos de estima, merecían un trato especial (Webb, 1911: 225-226/229).
 8. Se trata de una encuesta por muestreo realizada a escala nacional entre 1981 y 1983 en Australia por el Social Welfare Research Centre, de la Universidad de New South Wales en colaboración con el Australian Council of Social Services (ACOSS), y de la cual hasta ahora no han aparecido sino unos resultados preliminares. Según esta encuesta, existen en Australia al menos 37.000 NGWOS. Véase una primera exposición de los resultados en Yates-Graycar, 1983, y Graycar, 1983, 1984. Todos los datos relativos al caso australiano que exponemos a continuación proceden de esa fuente.
 9. «La amplia colaboración del sector público con las organizaciones voluntarias constituye una idea moderna, pero tal mezcla de acciones públicas y privadas posee raíces muy profundas en la historia de los servicios sociales ingleses» (Roof, 1957). Así se expresaba una conocida estudiosa británica a mediados de los años cincuenta.
 10. Las National Voluntary Social Service Organizations operaban en las siguientes áreas: recuperación y rehabilitación de alcohólicos, drogadictos, fumadores y jugadores de azar; servicios de asesoría (*Advisory Bodies*); servicios para las fuerzas armadas; trabajo comunitario; enseñanza; servicios para ancianos; familia; matrimonio y bienestar del niño; salud, enfermedades físicas y mentales; invalidez; alojamiento y ambiente; mantención de la renta; organizaciones internacionales; reformas legislativas; problemas de las minorías; sistema penal, presos y familiares de presos; *trusts* y fundaciones; organizaciones femeninas; servicios para la juventud. A estas áreas se agregaba otra residual en la que confluían las demás organizaciones no adscribibles a ninguna de las anteriores.
 11. Aludimos aquí principalmente a Ralph Kramer, a quien se debe la destacada aportación realizada al estudio comparado de las organizaciones voluntarias, si bien en un solo sector, concluyendo una década de investigación. Kramer comparó 75 organizaciones voluntarias que se ocupaban de minusválidos físicos y mentales en Estados Unidos, Gran Bretaña, Holanda e Israel, extrayendo unas conclusiones que también admiten cierto grado de generalización.
 12. De hecho, era bastante difícil estimar con una buena aproximación el conjunto de los grupos caracterizados por una connotación exclusivamente local; la estimación citada se basaba en una serie de más de quinientas organizaciones nacionales, cada una de las cuales abarcaba unidades locales, y en algo así como cuarenta o cincuenta mil grupos de *self-help* carentes de afiliación nacional.
 13. «Más de un millón de individuos han estado relacionados en Estados Unidos, a finales de los sesenta, con las problemáticas de la sanidad y la asistencia de los indigentes (*welfare*) mediante la actividad y participación voluntarias en grupos de *self-help*» (Katz, 1970: 52).
 14. Es decir, el hecho de tratarse de grupos pequeños, organizados para solucionar un problema específico, en los que son «pares» sus miembros, comunes los objetivos y colectiva la acción de todo el grupo, que tiene como norma explícita la ayuda recíproca. El papel de los profesionales expertos tiende a ser reducido al mínimo. El poder y el liderazgo suelen distribuirse horizontalmente.
 15. Comunicación «horizontal», compromiso y asunción de responsabilidades en primera persona, orientación de la acción.
 16. Entre las muchas clasificaciones que aparecen en la literatura nos parece conveniente reseñar la propuesta por Katz y Bender (1976), según la cual existen cinco tipos de grupos:
 1. Grupos centrados principalmente en la autorrealización o en el desarrollo de la propia personalidad.
 2. Grupos centrados más que nada en acciones de tutela y apoyo de diversas causas sociales (*social advocacy*).
 3. Grupos cuyo objetivo primario es el de legitimar estilos de vida alternativos.
 4. Grupos que

- ofrecen refugio y protección a sujetos que, por diversos motivos, son presa de una grave desesperación. 5. Grupos de tipo mixto carentes de un enfoque predominante.
17. Véase la investigación realizada en el verano de 1972 en la ciudad de Albany, Estado de Nueva York, en que se examinó a casi la mitad de los grupos de *self-help* (Traustein-Steinman, 1974: 232-237).
 18. En el siguiente párrafo veremos que esta imagen debe revisarse en parte.
 19. En lo sucesivo emplearemos siempre la palabra «voluntario» con esta acepción, a no ser que se especifique otra definición.
 20. A casi medio millón ascendía en torno a 1893 el número de mujeres dedicadas a actividades filantrópicas de manera continua y semi-profesional, cifra importante si se la compara con las de quienes, según el censo de 1891, se dedicaban a la agricultura (24.150) o a la industria algodonera (322.784). A ese medio millón se añadían, además, las más de 20.000 enfermeras especializadas o las 5.000 mujeres que vivían en conventos o congregaciones religiosas, que realizaban una labor de carácter esencialmente filantrópico y un gran número de mujeres que dedicaban parte de su tiempo a organizaciones caritativas, como, por ejemplo, la mayor parte de las 200.000 adherentes de la Mother's Union y las decenas de millares de mujeres que recaudaban fondos y distribuían opúsculos para sociedades misioneras y religiosas (Prochaska, 1980: 224-225).
 21. «El lugar de la mujer estaba en su casa, pero, sin embargo, se aceptaba generalmente que se encargase de tareas relacionadas con el área del *welfare*... actividad que en determinados ambientes pasa a ser, pues, signo de respetabilidad social. Constituía uno de los escasos ámbitos en que las mujeres podían hacer uso de su talento fuera de las paredes de su domicilio... El trabajo específico en las pequeñas organizaciones se hallaba fundamentalmente en manos de mujeres voluntarias, pertenecientes a los grupos sociales más acomodadas, en tanto que de los hombres se esperaba que participasen en los comités directivos, cuando se encontraban disponibles después de su trabajo, para que planteasen y dirigiesen la política a seguir» (Lawrence, 1965: 28-29). Este marco que, según Lawrence, caracterizaba a la Australia de las primarias décadas de nuestro siglo puede considerarse válido también para Gran Bretaña, Estados Unidos y los demás países anglosajones.
 22. En ese informe no se incluía bajo la definición de «voluntarios» a quienes no estaban directamente implicados en la prestación de los servicios sociales, como, por ejemplo, «los miembros de las juntas directivas de las asociaciones voluntarias, los organizadores, los que recaudaban fondos, los empleados de las oficinas», además, claro, de «todos aquellos que ayudaban de manera oficiosa e informal a padres, amigos y vecinos y a las comunidades en que vivían» (Aves, 1969: 38).
 23. Más de un tercio de los voluntarios (36 por 100) había proporcionado ayuda voluntaria a los ancianos, un 21 por 100 en las escuelas y a la juventud, un 15 por 100 a los minusválidos físicos y en 12 por 100 a niños y a sus familias.
 24. Por ejemplo, el 30 por 100 de los ocupados en actividades de dirección de grado medio o alto o en ocupaciones administrativas y profesionales había proporcionado trabajo voluntario, frente al 9 por 100 de trabajadores manuales semicualificados y de pensionistas.
 25. Nos referimos al General Household Survey 1977.
 26. Hacemos aquí referencia a los resultados de una encuesta nacional realizada sobre una muestra de 1.119 personas de diversos estratos.
 27. Se trata de un clásico *case study* que se llevó a cabo en el Metropolitan Toronto Volunteer Centre examinando la demanda y la oferta de trabajo voluntario.
 28. Se trata de una encuesta relativa a las actividades de las organizaciones voluntarias efectuada en Canadá por el Departamento federal de la Secretaría de Estado.
 29. Véase en Milofsky, 1979, una exposición sintética y clara de las tradiciones americanas en materia de participación voluntaria.
 30. Hay que tener presente que las encuestas sobre el voluntariado en América a las que después nos referimos emplean una definición de «voluntarismo» bastante más «amplia» que la nuestra, no limitada a las actividades de *social welfare*.
 31. De hecho, los estudios referentes a la participación en las actividades voluntarias están viciados, en lo que a las mujeres concierne, por el hecho de que todos los indicadores estimados se refieren al elemento masculino del grupo familiar (el marido, el padre). Los pocos trabajos que se han planteado recuperar un ángulo visual más equitativo han llevado a diferenciar con bastante claridad la participación de las mujeres «de clase media» de la de las mujeres pertenecientes a grupos sociales más elevados (véase Smith, 1975: 127-128).
 32. Hay que tener en cuenta que casi un 5 por 100 (unos 7 millones) de los americanos declaró no haber desempeñado ningún trabajo voluntario, pero si había pensado seriamente en hacerlo durante el año precedente.
 33. Excluyendo del cálculo a quienes desempeñan actividades exclusivamente en organizaciones religiosas, se pasa de un 16 por 100 (1965) a un 20 por 100 (1974) de la población mayor de trece años. En 1965 realizaron actividades voluntarias el 21 por 100 de las mujeres y el 15 por 100 de los hombres. En 1974, estos valores pasaron a ser, respectivamente, del 26 y el 20 por 100.
 34. «No existen dudas del hecho de que el trabajo voluntario es desempeñado por los hombres primordialmente en misiones socialmen-

- te atractivas que comportan un alto nivel de «visibilidad social», prestigio y profesionalidad en tanto que las mujeres ocupan la mayor parte del suyo en actividades manuales, de oficina o de apoyo, tareas bastante menos «visibles», además de en las diversas actividades relacionadas de manera directa con los objetivos caritativos» (Morgan-Dye-Hybelrs, 1977: 172). En un estudio realizado a finales de los sesenta sobre una organización voluntaria que se ocupaba de las enfermedades mentales se demostró que, tal vez, el propósito de quien se «brinda» como voluntario sea más el de acrecentar su propio prestigio social que el de prestar beneficios a los usuarios. Véase Stanton, 1970.
35. Sólo el 11,6 por 100 de las NGWOs existentes en 1982 resultó haber utilizado menos voluntarios que a principios de los años setenta o en el momento de su propia constitución.
 36. En estos estudios se consideraba trabajo voluntario a «todo trabajo emprendido de manera libre, sin coacción de una organización, al que no corresponde ninguna forma de remuneración ni ninguna recompensa simbólica» (Paterson, 1982: 95).
 37. La encuesta efectuada en noviembre de 1982 pretendía delimitar las dimensiones y características del trabajo voluntario prestado en todo tipo de organizaciones, con la sola exclusión de los partidos políticos y del movimiento sindical.
 38. Aproximadamente la mitad de los voluntarios quedó ubicada en la clase central de 25-44 años (47,9 por 100 de los hombres y 51,1 por 100 de las mujeres). Más de la mitad de las mujeres voluntarias (54,4 por 100) no pertenecía a las fuerzas laborales, reduciéndose ese valor en los hombres a apenas un 15,1 por 100.
 39. Según la encuesta realizada en el Estado de Victoria en 1971, mediante un cuestionario postal que abarcó a 238 organizaciones activas en el sistema de Bienestar (*Welfare Agencies*), pertenecientes tanto al sector «público» como al «voluntario», recogiendo información sobre un total de 42.500 voluntarios, todos ellos implicados en la oferta directa de servicios, las mujeres representaban más de dos tercios (88 por 100) de los voluntarios dedicados a prestar servicios. Las de edades comprendidas entre los 41 y los 60 años resultaron, con mucho, el grupo más activo. Parece interesante resaltar, confirmando lo ya expuesto, que la inmensa mayoría de las organizaciones podía disponer de mujeres voluntarias durante la jornada laboral (entre las 9 y las 17 horas), mientras que los hombres voluntarios estaban disponibles fundamentalmente sólo por las tardes o en los fines de semana, es decir, fuera de las horas normales de trabajo. La encuesta mostró, por último, que a los voluntarios se les encargaban con mayor frecuencia tareas muy relacionadas con las relaciones personales, en especial actividades consistentes en proporcionar asesoramiento (*counselling tasks*) (Smith, 1973).
 40. Nos referimos aquí a la encuesta realizada entre 1981 y 1983 por el Social Welfare Research Centre junto con el Australian Council of Social Services, que ya citábamos al ocuparnos de las organizaciones voluntarias. Recordamos que en este caso la definición de voluntario coincide con la que habíamos enunciado al comienzo del párrafo.
 41. Esto parece concordar con un estudio americano (United Way of America, 1974) que informaba que el porcentaje más relevante de voluntarios (83 por 100) se ocupa en programas directos de servicios. También en Irlanda, otro trabajo (Griffiths-Choille-Robinson, 1987) mantenía que el ámbito más importante en que se registra la aportación voluntaria es precisamente la dispensación directa de servicios a los usuarios.
 42. El Centro, el más importante de su género que funciona en la actualidad en Australia, se fundó en Adelaida en septiembre de 1982 y, entre otros objetivos, pretende servir de vínculo de unión entre quienes desean ofrecer gratuitamente parte de su tiempo y no saben cómo y las organizaciones que desean utilizar a voluntarios. «El objetivo del Volunteer Centre estriba en brindar la oportunidad de actuar de manera satisfactoria y socialmente constructiva, complementando de alguna manera el trabajo remunerado y maximizando la utilización de los recursos humanos latentes en la comunidad. Se pretende así elevar al máximo el compromiso democrático de todos los sectores de la sociedad, con beneficios mutuos para los voluntarios, para las personas o el proyecto a quienes van a ayudar y para la comunidad en su conjunto» (Volunteer Centre of South Australia, 1982).
 43. Entre septiembre de 1982 y el 1 de junio de 1984 pasaron por el Centro más de ochocientas personas (881), dos tercios de las cuales eran mujeres. Más de la cuarta parte de los hombres voluntarios aspirantes tenía edades comprendidas entre los 26 y los 35 años (le sigue en importancia el grupo de edades comprendidas entre los 20 y 25), mientras que en el caso femenino los grupos mayoritariamente presentes son, por igual, los de jóvenes menores de 25 años y el de edad comprendida entre los 36 y los 51. La inmensa mayoría de los voluntarios aspirantes se encontraba fuera del mercado de trabajo (87 por 100, aproximadamente), bien por estar buscando empleo, estar jubilados o hallarse al margen de las fuerzas laborales. De los voluntarios aspirantes que contaban con una ocupación remunerada cerca de dos tercios eran también mujeres.
 44. «Con bastante frecuencia —nos ha dicho Joy Noble, la directora del Centro— nos piden certificados que den fe del buen trabajo desempeñado en las diversas organizaciones. Somos conscientes de que a veces estos certificados se utilizan muchas veces como

- “credenciales” y en alguna ocasión han servido para que el voluntario haya podido acceder a un trabajo remunerado. Haber entregado desinteresadamente el propio esfuerzo se convierte en señal de activismo, de carácter no predispuesto al ocio, de buena predisposición para el trabajo, cualidades todas ellas muy apreciadas por las personas que tienen la posibilidad de conceder puestos de trabajo».
45. A los trabajadores voluntarios se les asignan responsabilidades cada vez mayores en los servicios sociales más importantes y, a menudo, se les pide que desempeñen misiones que muy bien podrían ser las de un operador especializado retribuido. Es, por tanto, importante que el trabajo se realice con eficacia y eficiencia. Por otra parte, la demanda de trabajo voluntario ha aumentado tanto que resulta necesario hacerlo especialmente atractivo o añadir a la oferta incentivos especiales (Baldok, 1983). «El voluntario profesional (*Volunteer Professional*) es admitido, examinado, formado, adiestrado, valorado y supervisado exactamente igual que cualquier otro trabajador, con la sola salvedad de que no recibe remuneración. El *Volunteer Professional* suscribe un contrato para desempeñar determinadas misiones durante un tiempo dado, por lo que, en consecuencia, es titular de ciertos derechos fundamentales. Aquí la palabra clave es la de *Contrato...*» (Ellen Sulzberger-Strauss, 1972).
 46. Pensamos en el célebre trabajo de Richard Titmuss *The Gift Relationship* (1971), en que el autor analiza el sistema de donación de sangre: «si admitimos que el hombre posee una necesidad social y biológica de ayudar, no debe entonces negársele la oportunidad de manifestar esa necesidad mediante la realización de una donación» (1971: 125).
 47. «Las principales motivaciones que impulsan a elegir el trabajo voluntario son: *en primer lugar*, un genuino deseo de ayudar a otros, de aliviar los sufrimientos y de su aumentar la felicidad del género humano; *en segundo lugar*, el impulso de sostener una causa, mejorar determinadas condiciones y corregir desajustes; y, *en tercer lugar*, el deseo de satisfacer una necesidad personal de participar en actividades que se encuentran al margen de la esfera doméstica y del ambiente de trabajo» (Morris, 1969: 194).
 48. También hay que reconocer tanto la importante aportación voluntaria prestada por mujeres cabezas de familia de renta baja, en los «refugios para mujeres», en los «centros de salud» (*Health Centres*) o en los «centros de niños» (*Childcare Centres*), como el hecho de que, en cualquier caso, la posición ocupada por la mujer en el ámbito del trabajo voluntario sigue siendo puramente ejecutiva y manual, subordinada siempre al voluntario varón, que es quien ejerce las funciones de mando y liderazgo (Bladock, 1983: 291-292).
 49. El «tercer sector» de las políticas sociales siempre ha tenido en la práctica tanto *una dimensión «privada»*, que consiste en la expresión o manifestación de cualidades típicas de la actuación solidaria familiar o comunitaria, como *una dimensión «pública»*, dada por su forma de organización, en la cual las funciones públicas y la financiación por parte del Estado se combinan con la autonomía administrativa (Shaver, 1982: 17-18).
 50. Véase Ascoli, 1984, para un análisis en ese sentido.
 51. C. Busana-Banterle-G. P. Cella (1984); A. Luciano (1984).
 52. Véase Forte-Granaglia, 1980, para una reflexión sobre este aspecto.

(Traducido por José A. TORRES.)

Miscelánea

Seminario Comunidad Europea-América Latina sobre Cooperación Regional en materia de drogas

Comisión de las Comunidades Europeas-Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas-Instituto de Relaciones Europeas-Latinoamericanas.

Madrid, 30 de noviembre-3 diciembre, 1987.

I. Objetivo

ESTE Seminario tuvo como objetivo el estudio de propuestas y recomendaciones susceptibles de impulsar la cooperación regional entre la Comunidad Europea y América Latina en materia de drogas.

A él asistieron 70 funcionarios nacionales e internacionales, representantes de Organismos No Gubernamentales y expertos de los países de la Comunidad Europea y América Latina. El Seminario constó de cinco sesiones de trabajo, cuatro de las cuales fueron dedicadas a evaluar la situación actual y a elaborar propuestas en el campo de la epidemiología, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en materia de drogas y la última estuvo dedicada a las conclusiones finales.

En cada una de las sesiones se presentaron ponencias de corta duración referentes a los temas citados para, de esta forma, permitir el diálogo y promover una discusión amplia y abierta entre los participantes a fin de obtener conclusiones y propuestas específicas para la cooperación regional.

Los relatores responsables de cada

sesión redactaron un informe sobre las propuestas concretas a las que se había llegado en cada uno de los temas tratados. En la última sesión se confrontaron las propuestas específicas y se discutieron ampliamente las recomendaciones a las que se había llegado a lo largo del Seminario. Finalmente se procedió a la presentación y aprobación de las mismas.

El objetivo del Seminario fue alcanzado satisfactoriamente ya que el intercambio de información y de experiencias, realizado durante los tres días de duración de éste, permitió a los participantes identificar las áreas de interés común y la metodología a seguir para potenciar la cooperación entre ambas regiones.

II. Informe y propuestas para la cooperación regional

1. EPIDEMIOLOGIA

Relator: Fernando Villar, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

1.1. Se parte de la constatación del hecho de que la problemática

de las drogas no es uniforme en América Latina y de que se trata de un fenómeno complejo y cambiante.

- 1.2. Los estudios epidemiológicos permiten hacer estimaciones de la magnitud del problema, de su distribución, de los factores que la condicionan y de su tendencia evolutiva.
- 1.3. Se reconoce la necesidad de realizar estudios epidemiológicos, que permiten ahorrar tiempo y dinero. Pero se señala la necesidad de valorar la utilidad y rentabilidad de los estudios a realizar, evitando los trabajos largos, onerosos y con resultados escasamente aplicables.
- 1.4. En la actualidad se dispone de metodologías de trabajo que permiten realizar estudios a bajo coste. Así, mediante depuradas técnicas de muestreo, se pueden extrapolar a grandes poblaciones resultados obtenidos a través del estudio de muestras pequeñas.
- 1.5. Los objetivos de estos estudios se acotarán de forma que sean limitados, viables y permitan su continuidad en el tiempo.
- 1.6. Se debe delimitar qué información es útil para la toma de decisiones en la planificación, y desarrollar la metodología de trabajo precisa para obtener esta información. Por tanto, se trata de establecer un sistema básico, sencillo, continuo, con una metodología estándar adaptada a las características de los países de América Latina y utilizable por todos ellos. Para esto se elaborarían unos indicadores, que, usando los datos existentes, sean fiables, válidos y comparables entre los distintos países. Estos indicadores proporcionarían una información que daría idea del proceso dinámico de estudio y servirían de ayuda en la asignación de los recursos existentes para combatir el problema. Este sistema básico, común para todos los países, puede ser complementado en algunos de ellos con estudios más complejos, o que se adapten a sus características específicas.
- 1.7. En definitiva, los estudios epidemiológicos básicamente serían de dos tipos: por una parte, se trataría de estudios longitudinales de seguimiento tipo sistema de notificación, continuo, sencillo, general para todos los países; y por otra parte, se trataría de estudios transversales tipo encuesta de carácter esporádico y que realizarían sólo algunos países.
- 1.8. El objeto de estudio de los trabajos epidemiológicos no debe olvidar los psicótrópos, drogas legales y medicamentos.
- 1.9. Asimismo se indica la necesidad de realizar estudios de opinión entre la población que permitan conocer sus opiniones al respecto y los cambios que se pueden producir a lo largo del tiempo.
- 1.10. Los estudios a realizar deben ser llevados a cabo por los profesionales del propio país, ya que son éstos los que poseen un conocimiento profundo del mismo, el cual se considera imprescindible para la realización del estudio. Esto no impide que se pueda prestar apo-

yo técnico por parte de países europeos o de otros países de América Latina.

- 1.11. La cooperación comportaría fundamentalmente un apoyo económico para financiar estudios o programas y un apoyo técnico en el sentido que se acaba de exponer. Facilitando de esta manera un intercambio de metodologías de trabajo y, en su caso, de tecnología.
- 1.12. Igualmente se señala la importancia de cooperar para la realización de programas o proyectos existentes en América Latina, tanto de ámbito nacional como supranacional. Concretamente se señala la conveniencia de colaborar con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA) en la realización de estudios epidemiológicos de ámbito regional en América Latina.
- 1.13. Finalmente debe tenerse en cuenta la amplia experiencia que existe en materia de cooperación en América Latina, de forma que pueda evitarse la repetición de los errores cometidos en el pasado. Para ello es imprescindible que esta cooperación se lleva a cabo en colaboración estrecha con los países latinoamericanos (enmarcándose este Seminario en esa línea), y se realice en íntima relación con la comunidad, que es donde se presenta el problema, donde se van a realizar los estudios, y donde se van a implementar las medidas que en base a los mismos se adopten.

2. PREVENCIÓN

Relator: Sergio González
Grup lgia

Objetivos básicos

- 2.1. Se coincidió en que la cooperación regional sólo será viable si se toman en consideración tres condiciones: que el interés sea funcional, que el problema sea definido en conjunto y que exista un interés político concreto para fomentar la cooperación.
- 2.2. Se consideró por lo tanto que es fundamental partir de una decisión política.

Programas

- 2.3. En los planes sobre drogas se propuso conceder carácter prioritario a una prevención coordinada e integral.
- 2.4. Promocionar sistemas que permitan a la misma comunidad organizada generar sus propios mecanismos de prevención, o cuando menos, que estos programas de prevención impliquen la participación social.
- 2.5. Evitar la discontinuidad de los programas y la dispersión de los recursos.
- 2.6. Evaluar los programas que se realicen.
- 2.7. Incorporar en los programas de prevención la presencia de la familia, la escuela y la iglesia.

Intercambio de información y experiencias

- 2.8. Tener en cuenta la especificidad cultural cuando se planteen

- un intercambio de experiencias.
- 2.9. Priorizar la prevención inespecífica a través de los organismos y recursos sociales existentes, si bien es importante señalar la dificultad de evaluar y definir la eficacia de estos tipos de programas de prevención.
 - 2.10. Convocar reuniones entre diferentes países con el objeto de acordar y recomendar la metodología a seguir. Se recuerda la existencia de organismos como la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA) con el objeto de que la cooperación se realice de forma coordinada.
 - 2.11. Crear un Centro de Documentación, seguimiento de experiencias, formación de técnicos e investigación a nivel latinoamericano. Este sería un centro de referencia financiado parcialmente por la CEE. Se recomienda, en caso de aprobarse esta iniciativa, partir de los centros de similares características ya existentes (podría tener 2 ó 3 sedes). Asimismo la función podría consistir en coordinarlos. (Como ejemplo se menciona el Instituto Iberoamericano de Demografía.)

Factores económicos

- 2.12. Conversión de cultivos en el marco de una política de solidaridad. Se insiste en que la conversión de cultivos plantea problemas económicos y socioculturales graves.
- 2.13. Se observan dificultades pre-

supuestarias para el desarrollo de programas y por tanto es necesario dotarlos de recursos financieros para posibilitar la actuación de éstos.

- 2.14. Tener en cuenta que la producción de droga puede ser el arma de algunos países pobres.
- 2.15. Elaborar medidas represivas que dificulten el blanqueo de dinero.

Educación preventiva

- 2.16. La prevención integral es la solución a largo plazo, por lo tanto es fundamental incorporar un sistema preventivo a la educación.
- 2.17. Es necesario identificar y desarrollar modelos culturales y líderes atractivos que no estén asimilados al uso de drogas.
- 2.18. Se recomienda asimismo el desarrollo de actividades preventivo-educativas generadas por organismos no estatales.

Medios de comunicación

- 2.19. Deben estar informados sobre la realidad de las drogas y la influencia que ejercen en la configuración del fenómeno: organizar sesiones de trabajo entre los medios de comunicación social y los estamentos encargados de la educación.
- 2.20. La eficacia de las campañas masivas es relativa puesto que hay que tener en cuenta que no es eficaz/preventivo para todos los grupos sociales el mismo mensaje o el mismo sistema preventivo.

ateriales necesarios

- 2.21. Se observa falta de material educativo adaptado a la realidad de los países y más concretamente a los grupos a los que va dirigido. Es importante definir previamente la función que tendrá el material y el contexto en el cual será utilizado. Se insiste en la necesidad de que sea experimentada previamente la validez del material.
- 2.22. Creación de una revista que facilite el intercambio de información sobre las distintas experiencias que se están realizando.
- 2.23. Aportación de materiales y cuestionarios ya existentes para valorar y evaluar la idoneidad del material para su utilización en América Latina.
- 2.24. Apoyo económico y técnico para la producción local de materiales.
- 2.25. Confección de un catálogo analítico del material existente.
- 2.26. Publicación de un listado de instituciones y entidades de Europa y América Latina.
- 2.27. En la elaboración del material debe tenerse en cuenta la existencia de un porcentaje de analfabetismo, por lo que hay que considerar la conveniencia de realización de material audiovisual.

Intercambio de experiencias

- 2.28. Desarrollo de programas de intercambio entre expertos de diferentes países.
- 2.29. Facilitación de encuentros anuales para el intercambio y presentación de la evaluación

de los programas globales a nivel regional.

3. TRATAMIENTO

Relator: Jorge Grandi. Instituto de Relaciones Europeo-Latinoamericanas (IRELA)

A lo largo de las ponencias e intervenciones se propusieron las siguientes áreas de cooperación:

Capacitación y formación

- 3.1. Crear, para el personal profesional y no profesional dedicado a tareas de tratamiento, cursos de graduación, posgraduación, así como cursos cortos e intensivos a realizar tanto en América Latina como en Europa.
- 3.2. La formación tendría que ser integral e interdisciplinaria para que se puedan combinar los aspectos médicos, asistenciales, psicológicos y sociales.
- 3.3. Creación de programas complementarios de apoyo para optimizar los recursos humanos y físicos y adaptarlos rápidamente a las nuevas demandas ocasionadas por los cambios en hábitos de consumo y de dependencia.
- 3.4. Realización de reuniones interregionales para intercambiar experiencias y aplicar tácticas y estrategias de tratamiento comunes y adaptarlas, en la medida de lo posible, teniendo en cuenta las diferencias socioculturales y económicas.
- 3.5. Apoyo a los centros de formación y de capacitación ya existentes y a los que están en fase de creación.

Estructuras físicas

- 3.6. Alentar la creación de centros de terapia familiar, comunidades terapéuticas y de sistemas más abiertos, residenciales y ambulatorios. En este sentido se pudo constatar que la integración de estos recursos es fundamental por ser la única manera de coordinar los enfoques y ofrecer una asistencia diversificada.
- 3.7. Crear una oficina en Europa que evalúe proyectos terapéuticos y oriente las investigaciones en este campo.

Estructuras médicas

- 3.8. Necesidad de armonizar los programas terapéuticos específicos y generales. Para ello, una red y circuitos terapéuticos integrados podrían ser realizados en América Latina teniendo en cuenta las experiencias europeas en esta materia, sin perjuicio de adecuar las metodologías a las particularidades propias de la demanda.
- 3.9. Integración de la toxicomanía, desde el punto de vista del tratamiento, a la red de salud pública.
- 3.10. Adecuación de los términos de pronóstico, diagnóstico y tratamiento.
- 3.11. Realización de evaluaciones y seguimientos sistemáticos de los métodos y medidas terapéuticas. (Evaluación de costo-beneficio, comparación de evaluaciones con otros programas y medidas realizadas en diferentes poblaciones.)
- 3.12. Coordinación de los esfuerzos y necesidades que demandan

los tratamientos a nivel local, nacional, regional e interregional.

Intercambio de información y de experiencias

- 3.13. Intensificar los flujos de comunicación entre las entidades oficiales, las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), padres y maestros, etc.
- 3.14. Producir en común e intercambiar materiales para la formación de criterios metodológicos y comparativos.
- 3.15. Creación de una red de documentación complementaria a la red interamericana. En este sentido la existencia de una documentación en lengua castellana facilitaría dicha complementación.
- 3.16. Se propuso que otras formas de intercambio de información y experiencia podrían llevarse a cabo a través de seminarios, talleres de trabajo, etc., a realizarse tanto en Europa como en América Latina.

4. REHABILITACION

Relator: Rosa Domenech. Institut de Treball Social i Serveis Socials (INTRESS)

Propuestas y aspectos de orden general

- 4.1. La rehabilitación, al igual que la prevención, ha de ser integral y dinámica.
- 4.2. El modelo de aproximación médico-farmacológico ha demostrado ser insuficiente, por

tanto debe ir cediendo paso a un modelo de tipo sociopedagógico en el marco de un proyecto integral de rehabilitación.

4.3. El tratamiento y la rehabilitación han de ser voluntarios y no bajo la obligatoriedad de ninguna ley.

4.4. Es necesario considerar la amplitud del problema de las drogas y proponer una gama de proyectos de forma que constituya una respuesta real y adecuada a la heterogeneidad del problema y de la población.

4.5. Hubo acuerdo general en dar un enfoque comunitario e interdisciplinario a la rehabilitación y en tener en cuenta los siguientes puntos:

- * Detectar recursos y necesidades de la comunidad.
- * Aprovechar los recursos de la propia comunidad.
- * Propiciar una coordinación institucional.
- * En base a los puntos anteriores, incorporar al paciente a su medio ambiente.
- * Realizar proyectos susceptibles de evaluación.
- * Establecer circuitos de evaluación.

4.6. Otros aspectos a considerar para un enfoque y una metodología eficaz en rehabilitación.

- * El drogadicto no es un delincuente aunque tiene problemas con la justicia.
- * La rehabilitación ha de empezar en el primer momento de relación con el paciente.
- * Hay que hacer una selección de su perfil y realizar actividades de apoyo según

su personalidad y sus problemas en una perspectiva integradora.

- * Definir en común el concepto de autoayuda.
- * Se resalta la importancia del apoyo familiar en todo el proceso de rehabilitación.
- * Escuela de operadores, formando profesionales, en ámbitos diferentes a las profesiones tradicionales.

Propuestas para la cooperación

4.7 Las propuestas o sugerencias se inscriben en un marco de intercambio, pues se puso de manifiesto que aunque el marco social, político, económico y cultural de los países reunidos es diferente, es de suma importancia el aprovechamiento de todas las experiencias.

Intercambio de instrumentos de trabajo

- 4.8 Manuales de operación.
- 4.9 Manuales de capacitación para personal voluntario.
- 4.10 Materiales de difusión y audiovisuales.

Formación y capacitación

4.11 Formación de recursos humanos en tareas de rehabilitación mediante cursos intensivos y extensivos.

Intercambio de información y experiencias

4.12 Crear un sistema de captación de información que tenga en

cuenta la población que recibe los servicios, el nivel de participación comunitaria y un método de evaluación y seguimiento.

- 4.13 Crear espacios institucionales concretos par comunicarse las experiencias.
- 4.14 Intercambiar experiencias sobre el seguimiento, la evolución y los costes de los programas mediante reuniones periódicas.

Ocupación profesional

- 4.15 Proporcionar al toxicómano herramientas para reincorporarse a la sociedad por medio de una formación ocupacional.
- 4.16 Crear sociedades laborales, cooperativas y planes de ocupación.
- 4.17 Apoyar el desarrollo de organizaciones que lleguen directamente a la juventud.
- 4.18 Diseñar propuestas de valoración y formular tipologías de los modelos a partir de las experiencias adquiridas.

III. Declaración final de los participantes

Los participantes en el Seminario Comunidad Europea-América Latina sobre Cooperación Regional en materia de drogas —expertos de servicios públicos, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales— que se ha desarrollado en Madrid los días 1, 2 y 3 de diciembre de 1987, consideramos que el tráfico y el uso ilícito de drogas constituye uno de los problemas más acuciantes que afectan a la humanidad, que pone en peligro la convivencia social y la armonía entre los diferentes pueblos.

Entendemos que debe potenciarse la solidaridad entre los países afectados por el problema y que tan sólo una acción coordinada y supranacional puede conseguir resultados positivos.

En este sentido, valoramos muy positivamente el encuentro porque ha permitido estudiar conjuntamente las posibilidades de cooperación entre dos regiones del mundo (América Latina, el Caribe y Europa) que se encuentran gravemente afectadas por esta cuestión.

Consideramos que las respuestas que deben darse han de contemplar tanto los problemas derivados de la oferta como los derivados de la demanda y que debe existir una coherencia en los programas a desarrollar. Sólo mediante actuaciones que contemplen los aspectos represivos, preventivos, asistenciales y de reinserción podremos obtener resultados útiles y eficaces.

Reconocemos que se trata de un problema que no tiene soluciones a corto plazo, por lo que las acciones de coordinación inter-regional e intra-regional y de intercambio de experiencias constituyen un elemento de máxima importancia para ir avanzando colectivamente hacia soluciones concretas y posibles.

Anexo: Programa de Cooperación Norte-Sur en el Campo de la Lucha contra la Droga--Comisión de las Comunidades Europeas.

1. Durante los últimos años las instituciones europeas se han ocupado en distintas ocasiones de los graves problemas generados por el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas. El aumen-

to y la progresión alarmantes que caracterizan la producción, el tráfico y el consumo ilícito de drogas desde principios de los años 80 han tenido su reflejo en términos cuantitativos y cualitativos, especialmente por el hecho del paso de las drogas blandas a las drogas duras, y afectan de forma considerable tanto a las economías como a las sociedades, en igual manera a los países del Tercer Mundo como a los países desarrollados. Estos elementos han llevado a la Comunidad a reconocer la imperiosa necesidad de una cooperación Norte-Sur en este terreno.

Por otra parte, al darse cuenta las autoridades de los países productores de drogas ilícitas de la existencia y del aumento de la toxicomanía en sus propias sociedades, se han visto impulsadas a reconocer que la solución a los problemas de la droga ya no dependen solamente de los países consumidores y que la creciente vulnerabilidad de sus economías y de sus sociedades impone que se comprometan en una acción de lucha contra la droga, concertada con los países desarrollados, especialmente de América del Norte y de Europa.

2. Para responder a las solicitudes de cooperación acuciantes y repetidas que dirigieron los países productores de droga a la Comunidad, bien bilateralmente bien en el marco de sus organizaciones de cooperación y de integración regional (en particular la ASEAN y el Grupo Andino), el Consejo, en su Decisión de 26 de enero de 1987 relativa a la participación de la comunidad en la Conferencia Internacional sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, adoptó las directrices que se debían seguir en las acciones comunitarias en materia de cooperación Norte-Sur, programa que se inscribe en el marco general de la política comunita-

ria actual y futura de ayuda al desarrollo.

3. *Las acciones que se van a realizar* en los países en vías de desarrollo en virtud del Programa tienen como objetivos tanto la reducción y/o la prevención de la producción y el consumo de drogas como el tratamiento de toxicómanos.

El campo de cooperación se podrá aplicar a los siguientes aspectos:

3.1 *La lucha contra el consumo de drogas:*

Estudio de los factores que determinan la frecuencia de la toxicomanía en las poblaciones de los países en vías de desarrollo;

Prevención de la toxicomanía mediante acciones de información, de sensibilización y de educación;

Definición y organización de tratamientos terapéuticos apropiados;

Definición y realización de acciones de rehabilitación y de reinserción social de toxicómanos.

3.2 *La reducción y/o la prevención de la droga:*

Fijar la población rural mediante la creación de nuevas actividades agrícolas e industriales, diversificar y ampliar las fuentes de ingresos en las zonas afectadas, reforzar las infraestructuras físicas, sociales y administrativas;

Búsqueda e identificación de estrategias nacionales y regionales que eviten el desplazamiento de zonas de producción de droga de un país a otro;

Rehabilitación de las zonas en las que se ha suprimido por la fuerza la producción de droga.

- 3.3 *La formación de personal* de encuadramiento especializado en otros aspectos de los programas de lucha contra la droga: información, intercambio de experiencias y técnicas, seminarios multidisciplinares bilaterales e interregionales, etc., excluyendo acciones de represión.

4. Los *instrumentos* de cooperación de los que dispone la Comunidad son:

— El art. 9.490 del presupuesto, para participar en la financiación de las actividades del UNFDAC (Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas) relacionadas con la reconversión de cultivos.

— El art. 9.491 del presupuesto, para financiar, en todo o en parte (vease el párrafo 5), las acciones de lucha contra el uso indebido de droga en los países en vías de desarrollo. Se trata fundamentalmente de acciones de prevención del consumo, de tratamientos de reinserción de drogadictos (ver párrafo 3.1), así como de formación (párrafo 3.3).

— Las acciones para reducir o prevenir la producción (párrafo 3.2) se realizarán generalmente en forma de proyectos destinados a introducir una o varias prácticas o actividades productivas nuevas o proyectos integrados de desarrollo rural, de objetivos múltiples.

Si estos últimos no se pudieran asumir a través del art. 9.491, de-

bido fundamentalmente a su gran volumen, se podrán financiar en virtud del art. 930 (cooperación financiera y técnica), en la medida en que correspondan a las prioridades de desarrollo del país beneficiario.

5. *El apoyo de la Comunidad* se llevará a cabo según las normas siguientes, establecidas provisionalmente, para una fase inicial de prueba:

— Mediante la financiación, hasta un 100%, de proyectos presentados por el *Gobierno* de un país en desarrollo o por una *organización regional* que agrupe tales países, excluyendo los gastos permanentes de funcionamiento;

— Mediante la cofinanciación de proyectos presentados por *Organizaciones No Gubernamentales* (ONGs), unidas a grupos locales, en las siguientes condiciones:

* La parte del coste total de cada acción asumido por la Comunidad (art. 9.491 del presupuesto) podrá alcanzar el 85%, con un límite máximo situado actualmente en 500.000 ECUs en proyecto;

* En el coste total se podrá valorar la aportación de trabajo especializado de las ONGs (art. 941) o de sus socios en el país beneficiario, para estudiar, preparar y ejecutar las acciones previstas; estas prestaciones en trabajo especializado, necesarias para la realización de las acciones, se podrán incluir en la aportación propia de las ONGs.

* Para el resto se aplicarán las condiciones generales esenciales correspondientes a los contratos

de cofinanciación entre la CEE y las ONGs (art.941). Especialmente, la forma de ejecutar, llevar a cabo y evaluar las acciones (informes de ejecución, justificantes financieros, etc) serán, en la medida de lo posible, similares a los de los proyectos de desarrollo.

6. *Presentación de solicitudes de financiación*

Las solicitudes de financiamiento

pueden ser presentadas a la Comisión, bien por los gobiernos de los países en vías de desarrollo o por las organizaciones de cooperación regional competentes en materia de lucha contra la droga establecidas por dichos estados, así como por las Organizaciones No Gubernamentales tanto de los estados miembros de la Comunidad Europea como de los países en vías de desarrollo.

Centro de día para toxicómanos de Elorz (Navarra)

Departamento de Sanidad y Bienestar Social.

Dirección de Salud Mental.

A finales de 1987 comenzó a funcionar el Centro de Día para Toxicómanos en Elorz (Navarra). Su puesta en marcha era un objetivo previsto en el Plan de Alcoholismo y Drogodependencias del Gobierno de Navarra (1986). En la revisión efectuada previamente a la elaboración de dicho Plan se observó la necesidad de contar con un centro que reuniera las siguientes condiciones:

- Carácter esencialmente terapéutico.
- Integrado en la red de asistencia especializada.
- Servir de apoyo a las actividades ambulatorias.
- Realizar programas de tratamiento más intensivos y de permanencia horaria más larga que la posible en un centro típicamente ambulatorio.
- Permitir la permanencia y contacto (aunque parcial) del paciente con su entorno habitual, evitando la separación total del mismo.

Esta necesidad surgió a la vista de que en un cierto número de pacientes (y por diversas razones) no era positiva la separación total del medio que supone su ingreso en una Comunidad Terapéutica. Por otra parte, la actividad terapéutica ofrecida en el marco de un

centro ambulatorio también se veía insuficiente en estos casos, haciéndose evidente la conveniencia de contar con un programa de tratamiento de mayor intensidad, realizado en un marco de convivencia delimitado. Es decir, el Centro de Día se veía como una situación intermedia entre los pacientes que pueden ser tratados en forma exclusivamente ambulatoria y los que necesitan ineludiblemente su ingreso en Comunidad Terapéutica. Obviamente, hay que tener en cuenta que el parámetro de la «gravedad» es sólo uno entre los que se consideran al exponer estos criterios.

Los objetivos a cumplir por el Centro de Día son:

- Facilitar la reinserción social del toxicómano, es decir, conseguir su mejor desarrollo psico-social en el medio donde vive.
- Ofrecer al toxicómano un marco vital adecuado al margen del consumo de drogas.
- Desarrollar en el toxicómano las habilidades necesarias para su mejor ajuste con el medio.
- Apoyar la acción terapéutica de los Centros de Salud Mental en pacientes en que sea necesario.

Las actividades programadas en el Centro de Día van encaminadas a:

- Mejorar las relaciones interpersonales y la capacidad de comunicación.
- Mejorar y/o desarrollar habilidades profesionales y sociales.
- Ofrecer instrumentos alternativos para la ocupación del tiempo libre.
- Mantener y reforzar la abstinencia de drogas, desarrollando un estilo de vida sin las mismas.
- Estimular actitudes favorecedoras de una vida más sana (alimentación, higiene, cuidados personales).
- Crear un marco estructurado y de seguridad para el entrenamiento de convivencia en pequeños grupos.
- Favorecer una visión crítica y constructiva de la relación social.

El Centro se encuentra situado en Elorz (pueblo a 13 km. de Pamplona), en una casa rural con dos plantas y terreno exterior. Dispone de 1 sala polivalente, 2 salas taller, 1 cocina, 1 almacén, 2 aseos y duchas, 1 despacho y espacio exterior, jardín y huerta. Tiene una capacidad máxima para 15 personas y un horario de apertura de 9 a 17 horas.

El acceso al Centro debe hacerse a través de los centros de tratamiento (Equipos de Salud Mental) siendo el ingreso totalmente voluntario y con contrato terapéutico. El paciente debe llegar con la desintoxicación ya realizada.

Las áreas principales de actividades del Centro son:

- Formación y educación.
- Ocupación.
- Juego y deportes.
- Terapia grupal, apoyo, habilidades sociales.

Así pues, el Centro se constituye como un recurso más del dispositivo de asistencia a las toxicomanías, en estrecha conexión con el resto. La asistencia al Centro puede ser simultánea con algún tratamiento seguido en el Centro de Salud Mental correspondiente.

Al igual que los demás centros asistenciales, el Centro de Día cumple un registro de actividades, que permite su mejor coordinación, seguimiento y evaluación.

En este momento, el personal del Centro es de 1 psicólogo, 1 trabajador social y 2 monitores.

Notas bibliográficas

Guía para cursos de educadores. Prevención de drogodependencias

Enrique Berjano y otros

Drogas y delincuencia: Población de alto riesgo

Enrique Berjano

Educación y drogas en la Comunidad Valenciana

Leonor Cano y Enrique Berjano

(N.ºs 4, 6 y 8 de «Estudis de Serveis Socials».

Conselleria de Treball i Seguretat Social. Generalitat Valenciana, 1986)

SE refieren estas líneas a tres títulos (números 4, 6 y 8) de una colección que aborda los más variados temas relacionados con los Servicios Sociales. Una colección respaldada por la Consejería de Trabajo y Seguridad Social de la Generalidad Valenciana. Y seleccionamos para Comunidad y Drogas estos tres números porque los tres —y sólo ellos, hasta ahora— comparten la temática de las drogodependencias.

El primero —n.º 4— ofrece una «GUIA PARA CURSOS DE EDUCADORES» para la prevención, y está elaborado por un amplio equipo de colaboradores. Tomando como eje el concepto de salud, de acuerdo con la aceptación más actualizada de ese término —que supera los límites individuales para apuntar a la salud comunitaria como objetivo básico—, se concreta enseguida en el espacio que nos interesa, con el resumen de nociones básicas sobre drogodependencias y la reseña de las clasificaciones de sustancias susceptibles de generar dependencia.

Acertadamente comienza el tratamiento más específico analizando las

drogas institucionalizadas en nuestra cultura, dedicando proporcionalmente mucho mayor espacio al tabaco y al alcohol que al resto de las sustancias. Una atención que abarca desde la referencia histórica a los componentes químicos, la acción sobre el organismo y los aspectos tanto psicológicos como sociológicos de la adicción, en una apretada síntesis que a veces compromete la mínima continuidad y coherencia. Sigue un desigual capítulo sobre prevención, y otro, a modo de apéndice, sobre actitudes, respuestas sociales y legislación.

En relación con el contenido, una sola reserva me parece imprescindible: el abordaje paritario entre drogas de tráfico legal y las de tráfico ilegal. Frecuentemente se ha denunciado, con razón, la parcialidad de que adolecían estudios y campañas que, centrados en las «drogas ilegales», omiten cualquier referencia a las «legales», pese a ser éstas las que merecerían mayor y más urgente atención por la amplitud de su consumo y por la cantidad y gravedad de problemas sociales que suscitan. Y se ha insistido, con razón también, en que sí tiene sentido planificar programas preventivos mirando al consumo y

abuso de tabaco y de alcohol, sin más intenciones, no lo tendría el abordar sólo las «drogas ilegales» sin referencia alguna a las «legales».

Pero que no deba omitirse la alusión a «todas» las «drogas», o que pueda y deba dedicarse la mayor atención a las más extendidas, no quiere decir que se les dedique «el mismo tipo» de atención. Se trata de una cuestión que deberá seguirse debatiendo y acerca de la que convendría no precipitarse sin una rigurosa reflexión. La «GUIA» que comentamos no toma, al efecto, las mínimas precauciones.

«DROGAS Y DELINCUENCIA» se titula el segundo trabajo, que firma Enrique Berjano. Binomio de máxima actualidad, planteado por el autor desde una perspectiva psicosocial y con atención a los elementos comunitarios —«modelo ecológico»—, corre el riesgo de ser instrumentalizado por grupos de intereses. Por ello se pone especial cuidado en esquivar aspectos ideológicos para diseñar una investigación de campo, seguida de las sugerencias a que la misma pueda dar lugar, de cara a la mejora de la intervención oportuna.

La hipótesis de trabajo es que «un elevado porcentaje de consumidores de drogas (sic) y de delincuentes corresponde a poblaciones o barrios con graves carencias socioeconómicas y culturales». Y el objetivo reconocido no es el de llegar a cifras sobre el consumo y sobre la delincuencia en relación directa, en una o en otra dirección, sino detectar la localización de zonas geográficas susceptibles de generar elevado número de drogodependientes y de delincuentes, de forma que se pueda concluir que «determinadas variables socioambientales influyen tanto en el consumo de drogas como en la delincuencia».

La primera parte diseña un marco teórico descriptivo de las drogas más vinculadas con actividades delictivas, de acuerdo con estudios realizados alrededor de esa vinculación. Más de cincuenta referencias abonan la conclusión de que la relación consumo-delinuencia es mucho más compleja que lo que «los clínicos y los policías originariamente han sostenido».

La segunda parte —«Investigación»— expone detalladamente la metodología y el análisis de resultados. Un laborioso y meritorio proceso de búsqueda de datos y de tratamiento de los mismos. Desgraciadamente, la constitución de la «muestra» no resiste un análisis riguroso, a mi juicio. La dificultad de contar con fuentes de datos en modo alguno justifica partir de los que se puedan lograr con alguna facilidad: ficheros de Centros de tratamiento, Centros de protección e Instituciones penitenciarias, cuando se reconoce que estos ficheros responden a criterios de registro completamente dispares y ni siquiera depuran lo que quiera decir «consumidor de drogas». Sobre tales bases sólo puede encontrarse lo que se ha decidido buscar. Aunque del hecho de encontrar más delincuentes y consumidores internados pertenecientes a determinados barrios, sin más precauciones metodológicas, lo mismo permite concluir que se trata de los barrios más peligrosos como que son los menos, puesto que en los demás todavía están en la calle los sujetos que merecerían estar internados.

Por fortuna, la hipótesis de trabajo parece tan razonable «a priori» y lo suficientemente fundada atendiendo a muchos indicadores, que, al margen de la utilidad y validez del trabajo queda sin duda en pie la conveniencia de prestar la mayor atención a las zonas

social, económica y culturalmente deprimidas si se quiere reducir la incidencia tanto de consumo de drogas como de delincuencia. Por lo demás, el propio autor reconoce, aquí y allá, los sesgos que imponen a la investigación las limitaciones que han rodeado a la obtención de datos. Caben dudas de si tantos y tales sesgos no hubieran debido aconsejar la renuncia al esfuerzo que un trabajo como éste ha debido suponer.

El tercer libro se refiere directamente al área educacional: «EDUCACION Y DROGAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA». Comparte el esquema básico con el estudio anterior, dividiendo el trabajo en una primera parte —«Marco teórico»—, y una segunda, de memoria de la investigación de campo sobre «los profesores de la Comunidad Valenciana y su interrelación con las drogas» (sic).

El marco teórico se inicia con la noticia preliminar acerca de conceptos básicos, para centrarse en la noción, niveles, objetivos, modelos y medidas de prevención. Se multiplican las citas y referencias, algunas de interés, aunque a veces no se logre descubrir la utilidad de la acumulación de opiniones dispares y, en ocasiones, desorientadoras (como la que define la prevención específica frente a la inespecífica recurriendo a las categorías de concreción/generalidad).

La segunda parte analiza las respuestas a un cuestionario por parte de

510 profesores de EGB que acudieron voluntariamente a cursillos sobre la prevención en el medio escolar. No se especifican en ningún momento los criterios que puedan avalar el tipo de «muestra» que tal colectivo revista, ni en qué medida «represente» al conjunto del profesorado de la Comunidad Valenciana, conjunto al que, sin más precauciones, se extrapolan las conclusiones tras meritoria complejidad de técnica estadística.

Al margen de las anteriores consideraciones, lo cierto es que reducidos a sus límites de validez, muchos de los datos que se ofrecen son de interés de cara a la organización de la participación del profesorado en programas de prevención. Más discutible parece la consideración —también aquí— del tabaco, el alcohol y el café como «drogas», sin matices, lo que conduce a la paradoja de hacer protagonista de la prevención del consumo de drogas a un colectivo del que el 38,2% —en el caso del alcohol—, el 45,8% —en el del tabaco— y el 79% —en el del café— se reconocen consumidores habituales de «drogas» sin propósito alguno de enmienda, al menos manifiesto.

Es de justicia subrayar lo cuidadoso de la edición, tanto en el diseño como en la corrección de pruebas, que evita al lector la molestia de erratas, tan frecuentes en publicaciones semejantes que incluyen abundantes cuadros de datos estadísticos.

Pedro Oñate Gómez

The social dimensions of AIDS. Method and theory.

Edited by Douglas A. Feldman y Thomas M. Johnson. New York, Praeger, 1986

A lo largo de 15 artículos, acompañados de cerca de 500 citas bibliográficas en total y agrupados en cinco capítulos, una introducción y unas conclusiones finales, los autores desarrollan temas sobre SIDA, estrategia de investigación social, epidemiología social, cambios de estilo de vida y conducta, los medios de masas, conducta y convivencia respecto a la salud, e impacto del SIDA en los sistemas de prestaciones sanitarias.

A través de la lectura, se percibe reiteradamente un aspecto: la denuncia de la escasez de medios para la investigación psicosocial frente a la largueza puesta a disposición de los que trabajan en la vertiente biomédica (un 2,1% de un total de 98,2 millones de dólares en 1983).

Interesa en particular la descripción de aspectos metodológicos referente a errores de muestreo y reclutamiento de encuestados y encuestadores, tasas de rechazo y validez de las respuestas. Se analizan la capacidad de elaboración de verbalización, la accesibilidad a la información y la motivación del encuestado con tanto cuidado como los sesgos, el anonimato, la confidencialidad.

Inciden muy intensamente en el método de muestras estratégicas de carácter exploratorio (técnicas de racimo o «snowball»).

Especial atención merece el trabajo del Grupo UCSF BAP (California), que está formado en su mayor parte por

miembros de la comunidad «gay» y han sido los primeros en desarrollar investigación biosocial con sus propios fondos. Explicitan la dimensión política tanto de estudios y resultados de las investigaciones como del hecho de obtener fondos públicos.

De los trabajos de epidemiología se recoge una crítica rigurosa de las hipótesis biológicas puras y se defiende la de que «un agente único, con reciente reactivación, probablemente el virus LAV/HTLVIII es causante necesario pero no suficiente del SIDA; pero el SIDA se manifiesta sólo si se asocian ciertas conductas específicas y los presumibles cambios bioquímicos asociados con ellas».

El trabajo sobre la subcultura de aguja intravenosa compartida por adictos a la heroína predice dos posibles futuros: el primero, disminución progresiva de hembras no dependientes compañeras de los heroínómanos y que actúan como pareja mediadora por miedo a la transmisión heterosexual del SIDA, lo cual conlleva un fiasco en este aspecto machista de los adictos varones, y el segundo, el incremento del hábito de fumar derivados de coca al dejar la heroína, como alternativa forzada y derivada de los cambios antes descritos.

Por otra parte, es curiosa la descripción antropológica de Haití y lo haitiano dentro y fuera de su territorio y las investigaciones sobre el cambio de estilo de vida de poblaciones homosexuales masculinas «gay» en los EE.UU.

Carlos Alvarez Vara

Escriben en este número

JOSE NAVARRO BOTELLA: Sociólogo, director de estudios en el Equipo de Investigación Sociológica EDIS. Fue director de la Fundación FOESSA y de la revista DOCUMENTACION SOCIAL. Coautor de los libros «Juventud y Droga» (1979) y «La población española ante las drogas» (1981). Director de las investigaciones publicadas «El consumo de drogas en España» (1985), «El consumo de drogas en Aragón» (1986) y «La incidencia de las drogas en el medio laboral» (1987). En otros campos de la investigación social es autor de los libros «Opiniones y actitudes políticas de los españoles» (1982), «Pobreza y marginación» (1985), «El mercado de trabajo de los titulados universitarios» (1985), «Las elecciones generales de 1986» (1987) y «El paro en los titulados universitarios» (1988) (en prensa). Es autor de más de cincuenta artículos científicos y de divulgación, especialmente en los campos de la estructura social española, la pobreza y la marginación, y las toxicomanías.

JORDI CAMI MORELL: Profesor titular de Farmacología de la Universidad Autónoma y director del Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona. Doctor en Medicina y especialista en Farmacología Clínica, desde hace unos 15 años está vinculado al campo de la dependencia de drogas fundamentalmente en sus aspectos docentes y de investigación. Participa en calidad de experto en el «Steering Group on Cocaine» de la Comisión de las Comunidades Europeas (DG V) y es miembro invitado del «Committee on Substance Abuse» de la American Soc. for Clinical Pharmacology and Therapeutics. Ha publicado unos 60 trabajos de investigación y de revisión en revistas nacionales e internacionales; actualmente su área de interés se centra en el estudio psicofarmacológico de las interacciones entre drogas y en la evaluación del potencial de dependencia de nuevos fármacos.

EUSEBIO MEGIAS VALENZUELA: Licenciado en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Fue jefe clínico del Hospital Psiquiátrico «San José» de Ciempozuelos y director del Dispensario para Alcoholismo y Toxicomanías de la AISNA. en Vallecas (Madrid). Ex-profesor extraordinario de «Psiquiatría Criminológica» en el Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid. Durante dos años trabajó como coordinador asistencial del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid. Entre sus trabajos destacan el informe central del número monográfico «El Vino» de ARGIBIDE (Cuadernos de Salud Mental), «Estudio de actitudes básicas respecto al consumo de drogas en la población escolar de una zona de Madrid», beca de investigación del INSAM (pendiente de publicación) e «Indicación terapéutica en drogodependencias», Comunidad y Drogas, 4, (1987).

THILO ALEXANDRE FIRCHOW: Becario del Ministerio de Investigación e investigador en el Equipo de Investigación sobre Política Criminal (ERPC.) que dirige la profesora Christine LAZERGES en la Universidad de Montpellier I. Sus

trabajos se centran en la política comparada sobre drogas (Francia-España). Desde 1986, es miembro de la Convención Regional para la Información, la Formación y el Estudio de la Toxicomanía (CORIFET).

ROBERT BRESS: Médico psiquiatra, agregado de hospital y asesor en centros de «post-cura» para toxicómanos. Profesor adjunto de Psicología en la Facultad de Letras, en la Escuela de Enfermeras, y de Ergoterapia. Concejal del Ayuntamiento de Montpellier, delegado para cuestiones relativas con la toxicomanía. Es el promotor de la operación «mediadores sociales» de la Concejalía de Prevención.

ALAIN ROUGE: Sociólogo, con formación de animador. Dirige las prácticas de formación «mediadores sociales» en la región Languedoc-Roussillon. Es miembro fundador de la CORIFET y director del Comité Departamental de Educación para la Salud del departamento de Lozère.

UGO ASCOLI: Profesor de Sociología de la Facultad de Economía y Comercio de la Universidad de Ancona (Italia).

ECONOMISTAS

COLEGIO DE MADRID

Revista bimestral de economía editada por el
Colegio de Economistas de Madrid

Números publicados

1. Profesionales ante el cambio.
2. La enseñanza de la economía en España.
3. VII Congreso Mundial de Economía.
4. VII Congreso Mundial de Economía.
Un primer balance.
5. Programa Económico (1983-86).
6. Economía de Madrid.
7. Perspectivas de la economía española (1984).
8. Gestión universitaria.
9. Financiación de las Autonomías.
10. La prensa económica en España.
11. España 1984. Un balance (Extra).
12. ¿Es posible una política antinflacionista en España?
13. La auditoría en España.
14. ¿Tenemos el sistema financiero que necesitamos?
15. El Impuesto sobre el Valor Añadido.
16. Internacionalización bancaria.
17. España 1985. Un balance (Extra).
18. Economía de los Servicios Sociales.
19. Privatización de la empresa pública.
Especial: Elecciones 86. Programas económicos.
20. Generación de empleo.
21. Economía española, 1936.
22. Economía de la defensa.
23. España 1986. Un balance (Extra).
24. Economía de la población.
25. Nuevas promociones.
26. Diez años de Reforma Fiscal.
27. Economía de Madrid.
28. Dirección Estratégica de la Empresa.
29. España 1987. Un balance (Extra).

Consejo de Redacción:

Emilio Ontiveros (**Director**)
José María Pérez Montero (**Secretario**)
J. Ignacio Bartolomé
Joaquín Estefanía
Jorge Fabra
Francisco Fernández Montes
José Luis García Delgado
Francisco J. Gil
Rafael Myro
Ignacio Santillana

Precio número extraordinario 1.400 ptas.
Precio número ordinario 500 ptas.
Precio de la suscripción anual
(5 números ordinarios y
1 número extraordinario) 3.200 ptas.

Pedidos, información y suscripciones:

Colegio de Economistas de Madrid
C/ Hermosilla, 49 - 28001 Madrid
Teléfonos: 276 80 64/68

