



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 Conocimiento y valoración de las medidas y servicios de atención a toxicómanos.
Carmen Sánchez.
- 25 Tratamiento hospitalario de la dependencia de heroína. Evaluación del primer año de funcionamiento de la Unidad de Desintoxicación del Hospital «Son Dureta». J. Altés, L. Mestre, J. Forteza-Rei.
- 37 Dos años de experiencia del Registro Acumulativo de Drogodependientes de Madrid. L. Caballero, J. Matía, E. Pedernal, M. Díez, S. Luengo, D. García, P. E. Muñoz.
- 47 Drogas y escuela en el Reino Unido.
Agustín Velloso.

DOCUMENTACION

- 59 El sistema penal y las medidas de reinserción social de los consumidores de droga. M.ª Eugenia Zabarte.

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

Ya es hora de pensar en los modelos de atención

5

Los modelos, los sistemas, los recursos para la atención a personas con problemas de drogodependencias se van consolidando en nuestro país. La planificación, la racionalización, la respuesta ordenada a las demandas sociales, han entrado poco a poco también en estos sistemas de atención.

Pero... la realidad cambia. El contexto social de los consumos de drogas se mueve aceleradamente; las necesidades que presentan las personas afectadas por ellos se manifiestan pluriformemente.

Los recursos, los sistemas de atención, a la vez que se estabilizan, que se vuelven competentes, comprueban su impotencia para atender al grupo más importante de personas con problemas de drogodependencias, para detectar y responder a sus demandas. Junto a la ordenación y la progresiva estabilidad de la red de recursos, aparece la necesidad de adaptación y transformación.

Lo que sirvió para la heroína puede no ser útil hoy para la cocaína. La llamada reinserción se inicia incluso antes que el propio proceso terapéutico. Esa mayoría de heroínómanos que nunca acceden a un servicio de drogodependencias estuvo varias veces en un médico de cabecera, una casa de juventud o un servicio social de barrio.

Convendría abrir un debate sobre los modelos de atención a personas con drogodependencias. Antes de que se consolide una red burocratizada, excesivamente especializada y estanca, habría que invitar de nuevo a la reflexión.

Desde la sana diversidad que los recursos tienen hoy en día en nuestro país, quizá conviene plantearse algunas preguntas como estas: ¿La intervención que hacemos con las personas afectadas por drogodependencias aborda el conjunto de su vida, o sólo los aspectos más fisiológicos? ¿La comunidad humana en la que trabajamos, sus responsables, tienen una idea cada vez menos mecanicista, menos excluyente del toxicómano? ¿Qué nivel de integración tiene el servicio de drogodependencias en el conjunto de servicios y recursos de la comunidad? ¿Los trabajadores sociales, los médicos, los educadores, etc., asumen como problema propio, del que se han de ocupar, el que algunas de las personas que atienden abusen de las drogas?

Los servicios de atención a personas con problemas de drogodependencias pueden y deben plantearse ya su nivel de normalización, su capacidad de abordaje de la globalidad del problema, su estado de integración en el conjunto de servicios y recursos de la comunidad. Más allá de la simple polémica entre modelo médico y modelo social, más allá de la discusión sobre lo específico y lo inespecífico, debemos debatir cómo los mejoramos, cómo los transformamos, cómo los reconvertimos sistemáticamente en recursos útiles para la comunidad.

Estudios y experiencias

Carmen Sánchez*

Conocimiento y valoración de las medidas y servicios de atención a toxicómanos

RESUMEN

Este artículo es una síntesis de dos investigaciones que EDIS llevó a cabo en 1987, por encargo del Plan Nacional sobre Drogas, basadas en la realización de dos encuestas, entre la población general (5.000 entrevistas) y los «usuarios» (toxicómanos, familias y profesionales) de los centros ambulatorios de atención a toxicómanos (1.200 entrevistas). Aborda las opiniones contrastadas de dichos colectivos, así como su grado de conocimiento y valoración acerca de la problemática del consumo de drogas, del Plan Nacional sobre Drogas, y de las respuestas institucionales, medidas y servicios existentes, tanto a nivel nacional como local. Asimismo se analizan los diversos cauces de información sobre la problemática de las drogas.

9

SUMMARY

Understanding and evaluating the measures and services available to drug addicts

This article is a synthesis of two investigations carried out by the EDIS in 1987, under the authority of the National Plan on Drugs. The investigations involved two questionnaires employed with the general population (5,000 interviews) and «users» (drug addicts, families and professionals) from the ambulatory centers for drug addicts (1,200 interviews). This article includes the contrasting opinions from these groups as well as the degree of understanding and evaluation about the problem area concerning the consumption of drugs from the National Plan on Drugs, institutional responses, and existing services and treatment measures, both at the national and local levels. The various channels of information on the drug problem are also analyzed.

LA gran complejidad del fenómeno de las toxicomanías y la delicada estrategia de abordaje que el mismo requiere hace que, además de los medios y recursos que se dediquen, resulte de vital importancia la co-

laboración de los ciudadanos que, en definitiva, son los que configuran la demanda social en este campo ante los poderes públicos y demás instituciones implicadas en la lucha contra la droga.

El orden de prioridades que los ciudadanos indiquen en su demanda y la valoración que puntualmente vayan haciendo de los servicios y actuaciones

(*) Correspondencia: Equipo de Investigación Sociológica EDIS. C/ Fernando V, 8, 1.º izda. 28004 Madrid.

que se realicen han de servir de punto de referencia a los planificadores y expertos en un proceso de continua adecuación en la respuesta que se dé al problema.

En este sentido el Plan Nacional sobre Drogas encargó a EDIS la realización de dos investigaciones (*), cuya finalidad era la de aportar la información necesaria sobre el estado de opinión de la población española, con especial referencia a la realidad de su región o comunidad autónoma, que permitieran conocer el grado de penetración que las diversas actuaciones tenían en el tejido social y las expectativas que en el mismo se iban generando, así como la valoración que los usuarios de los servicios de atención ambulatoria tenían con respecto a la ayuda recibida.

Para ello se realizaron dos encuestas, una entre la población general (5.000 entrevistas) y otra entre la población usuaria de centros ambulatorios (toxicómanos, familias y profesionales) con 1.200 entrevistas cuyos principales resultados y conclusiones se ofrecen a continuación.

1. VALORACION DEL PROBLEMA DEL CONSUMO DE DROGAS

La valoración de las medidas y actuaciones en el campo de la droga puede estar bastante influida por la percepción que se tenga con respecto a la problemática del consumo de drogas, por ello interesaba conocer las opiniones contrastadas de la población y de los usuarios de centros respecto a la misma.

(*) Las investigaciones realizadas por EDIS fueron dirigidas por Carmen Sánchez Moro y el equipo de trabajo estaba formado además por M.^a Jesús Muñoz Aspiroz, Teresa Benavides Fisure, Carmen Macías y Angel Martín Caño.

En este sentido, la opinión mayoritaria (92,5%) de la *población general*, respecto a la problemática que constituye el consumo de drogas, es que dicho problema es bastante grave o muy grave a nivel nacional; mientras que la valoración de la gravedad del problema, a nivel local, parece ser menor puesto que lo estiman bastante grave o muy grave en sus localidades de residencia un 63,4%.

En cuanto a la opinión de la *población usuaria*, en su conjunto, es algo menos negativa que la de la población general, ya que lo consideran un problema bastante grave o muy grave el 86,7%.

No obstante lo anterior, dentro de la población usuaria se contemplan tres sectores, con opiniones valorativas, que ofrecen diferencias significativas.

Los familiares de los toxicómanos, con bastante diferencia, son los que expresan una valoración más negativa respecto al nivel de problema que constituye el consumo de drogas para el conjunto de la sociedad española. Prácticamente el cien por cien de los encuestados consideran que este consumo genera un problema *grave* y las tres cuartas partes casi de este grupo lo consideran *muy grave*.

La opinión de los propios *toxicómanos* aparece, en contrapunto con la de sus familiares, como la de menor intensidad negativa a la hora de pronunciarse sobre la gravedad del problema que pueda constituir el consumo de drogas para el conjunto de la sociedad española. Siguen siendo una amplia mayoría los que consideran un problema grave o muy grave, para la sociedad, el consumo de drogas; pero son bastantes menos que en la población general (82,2%).

Finalmente, *los profesionales* de los programas, centros y servicios consultados expresan unas opiniones valorativas cuya distribución es prácticamente idéntica a la del conjunto de la población española (bastante grave y muy grave, 91,5%).

Sin embargo, la importancia que concede la población usuaria al problema del consumo de drogas en su propia localidad de residencia es mayor que la que manifestaba la población general.

Por lo que se refiere a la valoración a nivel local que hacen los diferentes tipos de usuarios, se mantiene la misma situación que la que se daba a nivel nacional: quienes califican de más grave el problema son los familiares de los toxicómanos.

En cuanto a la incidencia de la drogadicción entre los distintos sectores de la población, se atribuye una ligera preponderancia en el consumo a los hombres sobre las mujeres, pero sobre todo la opinión pública identifica el consumo con los jóvenes de 17 a 24 años, mientras que al resto de las edades se les atribuye una escasa incidencia en el consumo de drogas.

Sin embargo, entre *la población usuaria* está menos concentrada la opinión sobre este grupo que entre la población general, siendo sensiblemente más elevados los porcentajes de cada uno de los tres tipos de usuarios, que consideran que el problema del consumo tiene su máxima incidencia entre la población adulta (de 25 a 64 años). Siendo el grupo de los profesionales quienes en menor medida tienden a asociar el consumo de drogas con el sector juvenil.

En este sentido, parece oportuno recordar una de las recomendaciones del

Informe de la Comisión Interministerial sobre Marginación y Consumo de drogas en la Juventud (*), en la que se decía:

«Es preciso desterrar la falsa relación y generalización juventud-droga (no todo el que se droga es joven ni todos los jóvenes se drogan) y también el estereotipo vigente entre la relación o triángulo juventud-droga-delinuencia.

»La excesiva asociación y generalización del consumo de sustancias tóxicas y más concretamente del consumo de determinadas drogas al sector juvenil, entraña, entre otros, el riesgo del inicio del consumo y aumento del mismo entre la población adolescente, que consigue a través de la droga identificarse así con su grupo de iguales-valor contrapreventivo.

»Centrar, pues, la atención exclusivamente en los jóvenes supone cometer el error arriba enunciado a más de no ser reflejo de la realidad.»

En lo que se refiere a la valoración de los problemas derivados del consumo de drogas, *la opinión pública* se manifiesta especialmente sensibilizada ante tres problemas:

- delincuencia e inseguridad ciudadana
- problemas familiares
- problemas de salud

En este sentido, en el contraste de las opiniones de la población usuaria aparecen diferencias significativas, como puede observarse en la tabla adjunta.

(*) La Comisión Interministerial sobre Marginación y Consumo de Drogas en la Juventud fue creada en el año 1985 con motivo del Año Internacional de la Juventud. Informe, febrero 1985.

Tabla 1. Problemas más importantes que provoca el consumo de drogas

	Toxicómanos %	Familiares %	Profesionales %	Total usuarios %	Total pob. general %
De salud	23,2	26,2	24,1	23,9	17,0
Familiares	16,8	23,5	14,3	17,9	19,5
De relación con otras personas	10,1	6,6	10,5	9,4	6,7
De marginación y rechazo	11,5	8,2	18,0	11,5	8,2
Económicos	14,8	7,4	4,5	12,1	8,8
Delincuencia	10,5	11,1	11,3	10,7	22,4
Laborales	6,2	7,0	6,8	6,4	9,4
De rehabilitación social	1,6	2,1	6,8	2,3	1,8
De tráfico de drogas	2,4	6,6	1,5	3,2	2,5
NS/NC	2,9	1,2	2,3	2,5	3,7
Total	100	100	100	100	100
Base	(820)	(243)	(133)	(1.188)	(5.074)

12

Entre las diferencias más significativas entre la opinión de la población usuaria y la de la población general se pueden destacar las siguientes:

- Los problemas de salud ocupan el primer lugar para toda la población usuaria (con mayor relieve para los familiares de los toxicómanos); sin embargo, para el conjunto de la población estos problemas se sitúan en tercer lugar, a continuación de los problemas de delincuencia y de los familiares.
- La importancia de los problemas familiares es señalada en bastante mayor proporción por las propias familias de los toxicómanos que por éstos y los profesionales de los centros; estos últimos los sitúan en tercer lugar, detrás de los problemas de marginación social y rechazo.
- Para los toxicómanos los problemas económicos ocupan el tercer lugar en importancia, en tanto que sus propios familiares sólo les conceden el quinto lugar y los profesionales el octavo.
- Los problemas de marginación y re-

chazo y los de relación con otras personas preocupan más a los toxicómanos que a sus familias; éstas tienen una opinión sobre estos problemas similar a la que expresaba la población general.

- Los problemas de delincuencia preocupan muchísimo menos al conjunto de la población usuaria (y a cada uno de los colectivos que la integran) que a la población general; mientras que para ésta ocupaban el primer lugar en importancia, para la población usuaria ocupan el quinto.
- Los problemas de rehabilitación social preocupan en bastante mayor proporción a los profesionales de los centros y programas de atención que al resto de la población usuaria y a la población general.

2. CONOCIMIENTO Y VALORACION DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Desde la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas han sido varias las acciones y los medios empleados para dálo a conocer. Desde la edición

escrita, prensa, radio, reuniones nacionales e internacionales, hasta las campañas televisivas.

En este corto período de tiempo, caracterizado por un trabajo intenso tanto a nivel de Administración Central como de Comunidades Autónomas, se han emprendido tareas difíciles que van desde la prevención, asistencia, reinserción, hasta la propia represión del tráfico. El conocer algún dato aproximativo sobre la repercusión social de estas tareas era uno de los objetivos de las investigaciones.

En este sentido, de los resultados de las encuestas realizadas cabe destacar los siguientes datos:

Las respuestas, en relación con el

grado de información sobre el Plan Nacional de Drogas, ponen de manifiesto bastante desconocimiento acerca del mismo.

En el conjunto de la *población española* sólo un 10,8% parece conocerlo (regular o bastante), frente al 87,6% que manifiesta no conocerlo (poco o nada).

Entre la *población usuaria*, si bien el nivel de conocimiento respecto al Plan es mayor que entre la población general, tampoco es muy alto el nivel de información respecto al mismo; sólo un 10% de los encuestados responden conocerlo bastante bien o en profundidad, frente al 13,2% que tiene alguna noticia y un 75,4% que indica ignorancia.

13

Tabla 2. ¿Ha oído Vd. hablar o tiene alguna información sobre el Plan Nacional de Drogas?

	Toxicómanos	Familiares	Profesionales	Total usuarios	Total población general
Nada	40,5	32,9	10,0	35,6	61,4
Poco	39,0	47,9	30,0	39,8	26,2
Regular	14,3	9,2	13,8	13,2	8,0
Bastante	4,3	8,3	33,1	8,2	2,8
Mucho	0,5	1,7	12,3	2,0	0,0
NS/NC	1,5	0,0	0,8	1,1	1,4
Total	100	100	100	100	100
Base	(818)	(240)	(130)	(1.188)	(5.074)

Los profesionales demuestran ser los que tienen un mayor conocimiento del Plan Nacional, con un 12,3% de respuestas que indican mucha información, y un 31,1% de bastante. Dentro de este grupo sólo un 10% dice desconocerlo totalmente, y un 30% tener un conocimiento insuficiente.

Contrariamente a esto, el grupo más desinformado parece ser el de los pro-

pios toxicómanos. De ellos sólo un 4,8% dicen conocerlo bastante, frente al 40,5% que no han oído hablar siquiera de él, y el 53,3% restante que tienen un escaso conocimiento del mismo (poco-regular).

Por último, los familiares de toxicómanos tampoco parecen muy informados, aunque sí algo más que éstos; un 32,9% no ha oído hablar de él, casi un 48% se autocalifica de muy poco infor-

mado y sólo un 10% declara tener un buen conocimiento del mismo.

En cuanto a la valoración del mismo, entre los que conocen el Plan en alguna medida, casi un 35% de la población general opinan favorablemente, frente a un 23,3% que lo descalifican. Si consideramos que también hay un 42,2% que mantienen una opinión no

del todo censurable, la valoración media es moderadamente buena.

También entre los usuarios de centros que conocen el Plan, la valoración del mismo es moderadamente positiva. Un 36,9% lo valoran bien o muy bien, frente al 20,1% que tienen una opinión negativa del mismo.

Tabla 3. ¿Qué opinión o valoración le merece dicho Plan?

	Toxicómanos	Familiares	Profesionales	Total usuarios (1)	Total población general (2)
Muy mala	3,2	0,0	0,0	1,8	8,7
Mala	25,0	15,2	6,5	18,3	14,6
Regular	27,6	34,8	42,9	33,0	42,2
Buena	23,1	37,0	44,2	31,2	30,8
Muy buena	5,8	8,7	3,9	5,7	3,7
NS/NC	15,4	4,3	2,6	10,0	—
Total	100	100	100	100	100
Base	(156)	(46)	(77)	(279)	(528)

(1) Los datos de la población usuaria se refieren al 23,4% que decían conocer el Plan mucho, bastante o regular.
 (2) Los datos de la población general se refieren al 10,4% del total que decían conocer el Plan, mucho, bastante o regular.

14

Según se trate de toxicómanos, familiares o profesionales, se comprueba que las opiniones más negativas corresponden a los toxicómanos con un 28,2%, frente al porcentaje general del 20,1.

Los familiares, a los que corresponde el más alto porcentaje de respuestas muy positivas, muestran una valoración más favorable, con un 45,7% de respuestas comprendidas entre buena y muy buena opinión.

Por último, los profesionales, que son el colectivo lógicamente mejor informado, dan el más alto grado de valoración, con sólo un 6,5% que lo califica negativamente y un 48,1% de respuestas positivas.

Por otra parte, parece existir una cierta asociación entre el grado de información que se tiene del Plan y la valoración del mismo; una mayor información revela una opinión más crítica de éste, tanto a favor como en contra.

Entre las razones alegadas por quienes critican el Plan Nacional sobre Drogas destacan el considerarlo inadecuado o ineficaz e incompleto, así como la falta de información.

El término «inadecuado» parece hacer más alusión al contenido concreto del Plan, mientras que las respuestas de ineficaz e incompleto tienen una relación más directa con la no solución del problema. En este sentido quienes más destacan que el Plan es ineficaz

son los familiares y toxicómanos, mientras que son los profesionales quienes en mayor proporción lo consideran inadecuado.

Por el contrario, entre quienes valoran positivamente el Plan las razones alegadas son:

- que el Plan denota interés y preocupación por los temas relativos a las drogas (siendo quienes más destacan este aspecto los profesionales);
- que ayuda a los toxicómanos (especialmente así lo consideran los familiares y toxicómanos);
- que favorece la reinserción y la rehabilitación (destacado especialmente por toxicómanos y profesionales).

3. INFORMACION SOBRE LAS ACTUACIONES Y MEDIDAS CONCRETAS EN EL CAMPO DE LAS DROGAS Y VALORACION DE LAS MISMAS

El Plan Nacional sobre Drogas afronta el tema global de las drogodependencias a través de distintas acciones, que van desde la prevención, información y rehabilitación de los drogodependientes, hasta la reinserción de los mismos.

Dado que el nivel de información respecto al Plan Nacional era bastante bajo, interesa evaluar si la población tiene mayor información respecto a alguna de las acciones y medidas en que éste se concreta.

3.1. Información y valoración

de las medidas y actuación a nivel nacional

Los niveles de conocimiento e información de la población general, sobre cada una de las medidas y actuaciones concretas que se están llevando a cabo, resultan ser considerablemente bajos, dado que no conocen en absoluto o conocen poco los programas sobre:

- prevención, el 76,3%
- reinserción, el 75,8%
- asistencia, el 69,9%
- represión del tráfico, el 67,2%
- información, el 63,8%

Dentro de la tónica general de un gran desconocimiento de todas las áreas y servicios, éste es mayor en lo que se refiere a las medidas de reinserción y prevención.

Los bajos porcentajes de población informada hacen pensar que o bien la difusión que de ellos se hace es escasa y no llega a la mayoría de la población, o bien existen en pequeño número y son realmente poco conocidos. De cualquier forma, si se comparan estos datos con el estado de opinión creado por los medios de comunicación social en torno al problema de las drogas, se constata una manifiesta desigualdad de información relativa a los problemas que crean el consumo y tráfico de drogas y las noticias sobre lo que se hace en el campo del tratamiento de toxicómanos y la prevención.

Entre los *usuarios de los centros ambulatorios*, el nivel de información respecto a las medidas y actuación es más alto que entre la población general a pesar de ser también bastante limitado.

Tabla 4. Grado de información de las medidas y actuaciones en el campo de las drogas

	Prevención		Información		Asistencia		Reinserción		Represión Tráfico	
	Total usuarios	Población general	Total usuarios	Población general	Total usuarios	Población general	Total usuarios	Población general	Total usuarios	Población general
Nada. Poco	51,6	76,3	41,4	63,8	32,5	69,9	50,3	75,8	53,5	67,2
Regular	29,8	15,0	29,5	21,7	37,1	18,4	30,1	14,8	29,4	18,0
Bastante. Mucho	16,7	5,3	27,6	11,4	29,2	8,1	17,5	5,4	14,9	10,9
NS/NC	1,9	3,3	1,5	3,1	1,2	3,7	2,1	4,0	2,4	3,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Base	(1.188)	(5.074)	(1.188)	(5.074)	(1.188)	(5.074)	(1.188)	(5.074)	(1.188)	(5.074)

Los campos o áreas de actuación en los que los usuarios tienen mayor conocimiento son los relativos a la asistencia y a la información, y en los que están menos informados es en lo relativo a la prevención y represión del tráfico de drogas. Por otra parte, los profesionales, los de niveles de estudios superiores y los usuarios de los centros privados son los que en mayor medida conocen más los diversos programas y medidas a nivel nacional, mientras que los toxicómanos, los más jóvenes, los de nivel de estudios más bajos y los usuarios de los centros públicos están menos informados de los mismos.

En cuanto a la valoración de los medios y actuaciones concretas, se observa que en conjunto predominan las calificaciones de signo negativo. Sin embargo, la población más informada tiende a valorar los diversos programas algo más positivamente que el conjunto de los entrevistados.

Los programas que obtienen una mejor valoración son los relativos a la información y la represión del tráfico, que

son también los más conocidos. Por el contrario, los que se valoran peor son los relativos a la prevención, asistencia y reinserción, sobre los que existe menos información.

Los usuarios de los centros se muestran mucho más críticos que la población en general con respecto a los programas y medidas en el área de prevención, reinserción y tráfico de drogas, valorando positivamente, sin embargo, y mejor que la población las medidas y programas de cara a la asistencia.

En líneas generales, quienes valoran más positivamente los diversos programas y medidas son los profesionales, los usuarios de centros privados, las mujeres, los más jóvenes y los de nivel de estudios superiores.

Por el contrario, los más críticos suelen ser los toxicómanos, los hombres, los usuarios de centros públicos, los de más edad y los de nivel de estudios inferiores.

Tabla 5. Valoración de las medidas y actuaciones en los diferentes campos o áreas

	Prevención		Información		Asistencia		Reinserción		Represión Tráfico	
	Total usuarios	Población general	Total usuarios	Población general	Total usuarios	Población general	Total usuarios	Población general	Total usuarios	Población general
Muy mal/mal	55,2	51,3	43,4	43,2	33,9	49,8	55,2	46,0	65,1	43,8
Regular	25,9	26,8	36,4	30,3	38,7	28,0	26,5	29,5	19,6	27,6
Bien/muy bien	12,1	21,8	15,2	26,1	23,8	22,2	11,9	24,5	8,7	28,6
NS/NC	6,7	22,9	5,0	20,7	3,6	25,9	6,3	81,9	6,6	72,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Base	(1.188)	(5.074)	(1.188)	(5.074)	(1.188)	(5.074)	(1.188)	(5.074)	(1.188)	(5.074)

3.2. Información y valoración de los programas y servicios a nivel local

El nivel de desinformación de la población en general, respecto a los programas y servicios de atención al problema de las drogas en sus respectivas localidades de residencia, es aún más alto que con respecto a las medidas y actuaciones a nivel nacional. Un 83,3% no conocen ninguno, tan sólo el 11,3% restante manifiesta tener conocimiento o información de algún tipo de servicios, centros o programas, en su localidad. En concreto conocen:

- Programas de prevención, un 3,8% de la población general y un 41,8% de los que conocen algún servicio.
- Programas de información, un 6,3% de la población general y el 67,7% de los que están informados.
- Servicios de asistencia y tratamiento, 7,2% de la población general y el 73,8% de los informados.
- Centros de reinserción social, un 4,0% de la población general y el 46,4% de los informados.

De ello se deduce que son los servicios de asistencia y tratamiento los más conocidos y los programas de prevención y reinserción de los que se tiene menor conocimiento.

Por el contrario, algo más de las tres cuartas partes (78,9%) de los usuarios de los centros tienen información o conocen la existencia en sus localidades de residencia de este tipo de actuaciones frente al 11,3% de la población general.

Entre los tres tipos de usuarios son los profesionales los más informados, seguidos de los familiares y, en último lugar, de los propios drogadictos.

De entre los servicios y programas concretos los más conocidos por los usuarios son:

- Los servicios de asistencia y tratamiento (93,1%), especialmente entre los propios toxicómanos (94,4%).
- Los programas de información (68,1%) destacándose en esta área los profesionales (84,7%).

Mientras que son menos conocidos:

- Los programas de prevención (44,8%), siendo los propios toxicómanos quienes menos informados están y los profesionales los que tienen mayor conocimiento de los mismos.
- Los centros de reinserción social (41,6%) de los que también son los toxicómanos los menos conocidos y los profesionales los más informados al respecto.

4. CAUCES DE INFORMACION SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE LA DROGA Y MEDIOS DE COMUNICACION

Como se puede deducir del análisis de los datos anteriores, la población española, aun cuando considera que el consumo de drogas constituye un grave problema, no se encuentra informada de los diversos programas y servicios existentes de cara a la lucha contra la droga.

Por ello interesa conocer a través de qué cauces recibe la información sobre el problema y cómo caló en ella la campaña de TVE (efectuada unos meses antes a la realización de la encuesta).

Entre los cauces de información respecto a la droga se observan diferen-

cias significativas entre la población usuaria de los centros y la población general.

El conjunto de la población más distante de la problemática de las toxicomanías señala la TV y prensa como ca-

nales prioritarios, mientras que entre los usuarios son las conversaciones con amigos y compañeros, y las charlas y conferencias los dos cauces de información más destacados, pasando la TV y prensa a un tercer y cuarto lugar.

Tabla 6. Cauces de información sobre el problema de la droga

	Toxicómanos %	Familiares %	Profesionales %	Total usuarios %	Total población general %
Prensa	13,2	17,5	10,8	13,8	18,4
Radio	3,3	4,6	0,8	3,3	8,4
TV	14,8	17,5	4,6	14,2	48,9
Conversaciones, amigos, compañeros ..	52,3	21,3	18,5	42,3	16,4
Charlas o conferencias	9,5	20,4	49,2	16,1	3,1
Libros	0,7	0,8	10,0	1,8	0,7
Escuela	0,0	0,0	0,8	0,1	0,5
Familia (padres, hijos, hermanos)	2,1	16,3	0,0	4,7	1,0
NS/NC	4,1	1,6	5,3	3,7	1,6
Total	100	100	100	100	100
Base	(818)	(240)	(130)	(1.188)	(5.074)

20

A su vez, entre los colectivos mencionados, las conversaciones con amigos y compañeros tienen un carácter muy preponderante entre los toxicómanos, y se equilibran casi con las charlas y conferencias entre los familiares. Prácticamente la mitad de los profesionales adquieren la principal información a través del cauce más cualificado de las charlas y conferencias.

En cuanto al impacto de la campaña de TVE, dada la mediación de tiempo transcurrida entre su emisión y la realización de las encuestas, resulta difícil su interpretación, máxime cuando entre la encuesta de la población y la de usuarios a su vez mediaron otros tres meses. No obstante lo anterior, se aprecia un mayor impacto de ésta entre la población general que entre los usuarios, lo cual parece lógico dado que aquéllos señalaban la TV como el

principal cauce de información sobre drogas, mientras que entre los usuarios ésta quedaba relegada al tercer lugar.

Entre los mensajes captados habría que distinguir dos ideas fundamentales. Una, que puede considerarse de signo positivo y que hace referencia a la defensa de la vida y la prevención de la droga mediante otras alternativas. Y otra, que pone el énfasis en los aspectos negativos derivados del consumo de drogas.

Por otra parte, el eslogan «Drogas no», que parece tener un carácter más neutro, es el mensaje captado en mayor proporción.

En cuanto a la valoración de la misma, es moderadamente positiva, siendo más críticos respecto a ella los usuarios que la población general.

Tabla 7. Valoración de la campaña televisiva antidroga

	Usuarios	Población general
Mala	22,2	4,4
Regular	31,8	14,2
Buena	30,3	32,0
NS/NC	15,8	49,4

Entre los propios usuarios la valoración más negativa es la realizada por los toxicómanos, siendo por el contrario los familiares quienes la valoran más positivamente, mientras que los profesionales se sitúan en posiciones más eclécticas.

cadadas en la lucha contra la droga son numerosas y tienen diferente entidad, amplitud y arraigo.

5. VALORACION DE LAS RESPUESTAS INSTITUCIONALES

Las instituciones y entidades impli-

A pesar de esta heterogeneidad cabe considerarlas conjuntamente, en base a la común dedicación, para indagar cuál de ellas es más eficaz o tiene mayor credibilidad entre la opinión pública y los usuarios de centros.

Tabla 8. Instituciones que llevan a cabo acciones y medidas más eficaces en la lucha contra la droga

	Toxicómanos	Familiares	Profesionales	Total usuarios	Total población general
Administración Central	5,6	4,5	6,8	5,5	15,1
Administraciones autonómicas	11,9	16,5	18,8	13,6	9,6
Administraciones locales	17,9	23,1	24,1	19,6	8,4
Policía	1,0	1,2	0,8	1,0	12,1
Iglesia	3,2	5,4	1,5	3,4	3,6
Partidos políticos	0,6	0,4	0,0	0,5	2,0
Entidades privadas	13,9	13,2	17,3	14,1	7,4
Asociaciones afectados	22,7	20,2	18,0	21,7	18,4
Desde ninguna instancia	6,9	2,9	5,3	5,9	4,4
NS/NC	16,3	12,4	7,5	14,5	19,0
Total	100	100	100	100	100
Base	(822)	(242)	(133)	(1.197)	(5.074)

Las tres instituciones o instancias que parecen tener mayor credibilidad o mejor imagen entre la opinión pública, de cara a la lucha contra la droga, son las asociaciones de afectados, la Administración Central y la Policía.

consideran en segundo y tercer lugar a las administraciones locales y las entidades privadas.

La coincidencia entre población general y usuarios se limita a situar en primer lugar a las asociaciones de afectados. Por su parte, los usuarios

En ello se observa una tendencia de la población, desde un mayor desconocimiento, a mencionar instituciones de mayor ámbito, mientras los usuarios, desde su experiencia habitual, detectan el interés de la Administración y de las entidades cercanas al ciudadano.

En cuanto a la consideración de la eficacia de las diferentes medidas que se adoptan o pueden adoptarse en la lucha contra la droga se percibe, tras

una primera coincidencia, una notable distancia entre las apreciaciones de los usuarios y las del conjunto de la población.

Tabla 9. Medidas más eficaces en la lucha contra la droga

	Toxicómanos	Familiares	Profesionales	Total usuarios	Total población general
Represión traficantes drogas	22,9	46,3	19,2	27,2	52,0
Represión consumidores drogas	0,9	1,3	0,0	0,8	1,6
Campañas información	13,8	14,2	15,4	14,1	9,2
Despenalización drogas	12,2	1,7	0,8	8,8	3,7
Mejorar condiciones de vida	29,1	16,3	30,8	26,7	15,8
Crear estímulos y motivar gente	5,3	2,1	6,9	4,8	1,2
Educación en las escuelas	7,1	3,8	8,5	6,6	10,5
Asistencia y tratamiento	4,3	8,3	11,5	5,9	2,4
Programas de orientación y asistencia familiar	0,9	5,4	5,4	2,3	1,1
NS/NC	3,7	0,8	1,5	2,9	2,6
Total	100	100	100	100	100
Base	(818)	(240)	(130)	(1.188)	(5.074)

22

En efecto, la jerarquía de medidas básicas señaladas en uno y otro caso coincide sustancialmente, salvo en la actuación situada en tercer lugar (información según los usuarios, y educación en las escuelas según la población, medidas que comparten su condición de educativas o informativas).

Sin embargo, los usuarios consideran que la represión de los traficantes y la mejora de las condiciones de vida deben ir prácticamente equiparadas, mientras la mitad de la población concede prioritaria importancia a la represión del tráfico y un papel mucho más secundario a la mejora en las condiciones de vida (sólo un 15,8% la considera con carácter de medida más eficaz).

Significativo resulta igualmente que, toxicómanos y profesionales consideran de primera importancia la mejora en las condiciones de vida, a la par que los familiares coinciden con la población en destacar, notablemente, la necesidad de reprimir el tráfico de drogas.

En la encuesta aplicada a la población se observa, en contraste con datos obtenidos por EDIS en 1984, una evolución hacia posturas cada vez más favorables a la represión del tráfico, tendencia que no parecen compartir los usuarios de centros y servicios de atención al drogadicto.

6. UTILIZACION Y VALORACION DE LOS CENTROS

La respuesta social a la problemática derivada del consumo de drogas en nuestro país ha ido surgiendo, de un modo relativamente espontáneo, a lo largo de los últimos años. Instituciones y grupos de diversa naturaleza han ido creando centros y servicios de atención a drogadictos en diversas zonas del país y, con orientaciones y métodos en ocasiones también muy diferenciados, han ido abordando el problema.

Por ello, uno de los objetivos de la investigación era el de conocer la utiliza-

ción que hacen los usuarios de estos centros y servicios ambulatorios, la valoración de los mismos y el grado de satisfacción de la ayuda recibida en relación a su problemática específica.

La motivación fundamental por la que los usuarios de los centros ambulatorios acuden a los centros, aparece diversificada según el tipo de usuario de que se trate.

- En el caso de los toxicómanos la razón fundamental es porque necesitan ayuda y quieren dejar la droga (78,2%).
- En el de las familias, porque ne-

cesitan información para ayudar al drogadicto (39,2%) o porque él mismo necesita ayuda para afrontar el problema del familiar adicto.

- En el caso de los profesionales acuden voluntariamente para intentar colaborar en la lucha contra la droga (73,1%).

En cuanto a los cauces a través de los cuales se han puesto en contacto con el centro o servicio, también aparecen diversificados según el tipo de usuarios de que se trate, si bien los más usuales son el contacto personal (a través de familiares o amigos).

Tabla 10. ¿A través de qué cauces se ha puesto en contacto con este centro o servicio?

	Toxicómanos	Familiares	Profesionales	Total
Un contacto personal	56,8	46,3	22,3	50,9
Sugerencia de un profesional	28,6	34,6	20,0	28,9
A través de la publicidad	1,7	2,1	3,1	1,9
Asistiendo a conferencias, simposio, etc. ...	0,2	1,7	6,2	1,2
A través de medios de comunicación	1,1	1,7	2,3	1,3
A través de oficina o servicio información ..	6,7	9,6	16,2	8,3
Otros cauces	2,6	2,9	7,7	3,2
NS/NC	2,2	1,3	22,3	4,2
Total	100	100	100	100

Por otra parte, a nivel general, los servicios o prestaciones que alcanzan mayores porcentajes de dispensación en los centros son los relativos a las terapias individual y familiar y a las curas de desintoxicación.

En menor proporción se destacan también las terapias de grupo y la información y ayuda en problemas relacionados con la ley.

De mayor a menor, la proporción de usuarios que ha recibido cada uno de los diferentes tipos de servicio o asistencia es:

- Terapia individual y familiar: 54,7%

(destacándose fundamentalmente toxicómanos).

- Desintoxicación: 49,2% (se destacan fundamentalmente toxicómanos).
- Terapia de grupo: 33,2% (se destacan toxicómanos y familiares).
- Información de problemas legales: 22,3% (se destacan familiares).
- Ayuda reinserción: 14,2% (se destacan toxicómanos).
- Terapia pareja: 12,7% (se destacan familiares y toxicómanos).
- Revisión comunidades terapéuticas: 11,0% (se destacan toxicómanos).
- Información materiales didácticos: 9,2% (se destacan profesionales).

- Otras: 6,5% (se destacan profesionales).

Casi un tercio de la población usuaria manifiesta haber recibido un solo tipo de asistencia o servicio, tratándose fundamentalmente de cura de desintoxicación, terapia individual o información. Mientras que algo más de la mitad (56,2%) manifiestan haber recibido de manera simultánea varios tipos de

servicios o prestaciones, combinándose preferentemente las curas de desintoxicación con las terapias y la información.

En cuanto a la valoración de la atención dispensada en los centros, es en general bastante positiva; quienes califican mejor dicha atención son los familiares y profesionales, y ligeramente peor los toxicómanos.

Tabla 11. Valoración de la atención recibida

	Toxicómanos	Familiares	Profesionales	Total
Muy negativa	0,7	0,0	0,0	0,5
Negativa	2,9	1,3	0,0	2,3
Regular	30,6	15,4	9,2	25,2
Positiva	48,8	55,0	50,0	50,2
Muy positiva	15,9	25,0	12,3	17,3
NS/NC	1,1	3,3	28,5	4,5
Total	100	100	100	100
Base	(818)	(240)	(130)	(1.188)
Puntuación media	3,77	4,07	4,04	3,85

24

En cuanto a la valoración respecto al grado de utilidad de los servicios prestados, es ligeramente inferior a la relativa a la asistencia prestada, que veíamos anteriormente; también en este caso es predominantemente positiva, especialmente entre los familiares y

profesionales, y algo inferior entre los toxicómanos.

Por último, los servicios que la población usuaria considera más útiles de cara a la rehabilitación de los drogadic-tos serían:

Tabla 12. Servicios más útiles según tipo usuarios

	Toxicómanos	Familiares	Profesionales	Total
Servicio ambulatorio	12,7	13,4	13,8	13,0
Centro día	20,2	17,2	23,1	19,9
Comunidades terapéuticas	23,1	23,8	26,2	23,6
Servicios de orientación	18,2	19,7	19,2	18,6
Hospitales generales	7,7	7,9	2,3	7,2
Hospitales psiquiátricos	2,9	1,3	0,8	2,4
Otros	3,9	1,3	0,8	2,4
NS/NC	11,9	13,4	9,2	11,4
Total	100	100	100	100
Base	(818)	(239)	(130)	(1.188)

Los más destacados son:

- Las comunidades terapéuticas (especialmente por parte de los profesionales).
- Los centros de día

- Los servicios de orientación.

Por el contrario, los hospitales psiquiátricos son los considerados menos útiles de cara a la rehabilitación del toxicómano.

J. Altés, L. Mestre, J. Forteza-Rei*

Tratamiento hospitalario de la dependencia de heroína.

Evaluación del primer año de funcionamiento de la Unidad de Desintoxicación del hospital «Son Dureta»

RESUMEN

Se intenta evaluar el funcionamiento de la Unidad de Desintoxicación del Hospital «Son Dureta» de Palma de Mallorca después del primer año desde su puesta en marcha. Creemos que el interés de dicha evaluación, al margen de los resultados obtenidos, sobrepasa nuestro ámbito, pudiendo servir de referencia para otras Unidades de reciente implantación en Hospitales Generales del Insalud, además de aportar elementos para una mejor definición del papel de dichas Unidades dentro de la red pública de atención a drogodependientes en España.

SUMMARY

Hospital treatment for heroin dependency. Evaluation of the first year of service of the Detoxification Unit of the «Son Dureta» Hospital

25

It is the intention to evaluate the operations of the Detoxification Unit in the Son Dureta Hospital in Palma de Mallorca following its first year of service. We believe that in addition to the results obtained, interest in this evaluation goes beyond our field. It can serve as a reference for other recently begun units in General Health Hospitals in addition to providing some elements for better defining the role of these units within the public network devoted to drug dependent people within Spain.

INTRODUCCION

Una de las medidas prioritarias que a nivel asistencial contemplaba el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 1985)¹ era la creación de 126 camas de hospitalización, tres de las cuales correspondían, por su población, a la Comunidad Autónoma de Baleares. Por razones de eficiencia, dichas camas fueron ubicadas en un solo centro (Hospital «Son Dureta» de Palma de Mallorca).

La Unidad de Desintoxicación (UD), adscrita al Departamento de Medicina

Interna, fue inaugurada en octubre de 1986, siendo la primera de este tipo que se abría en un Hospital General del INSALUD.

El primer objetivo de este trabajo es evaluar, pasado ya más de un año desde la puesta en marcha de la UD, los resultados obtenidos, y a partir de ahí valorar la necesidad de modificar ciertos aspectos de nuestra labor. Somos conscientes de que nuestra UD ha representado en alguna forma un reto, tanto para nuestro equipo como para el Hospital, e incluso para el propio INSALUD. Nuestra experiencia constituye, además, un precedente de potencial

(*) Correspondencia: Hospital «Son Dureta». Unidad de Desintoxicación. C/ Andrea Doria, 55. 07014. PALMA DE MALLORCA.

utilidad para otras iniciativas actualmente en curso.

Comunicar los resultados, al margen de que se consideren satisfactorios o no, nos parece imprescindible en el campo de las drogodependencias, donde a menudo los propios profesionales han llegado a pensar que cualquier abordaje podía ser lícito, aunque no fuese sujeto a evaluación. Esta actitud no es sostenible en la actualidad. Cuando en algunos países se cuestiona la eficacia de las Unidades de Desintoxicación, es preciso aportar datos y experiencias que permitan una valoración lo más documentada posible de estos recusos asistenciales.

METODO

Se han recogido datos referidos a todos los ingresos habidos en la UD del Hospital «Son Dureta» de Palma de Mallorca desde su apertura (20/10/86) hasta el 31 de diciembre de 1987 (período de evaluación: 14 meses).

La UD del Hospital «Son Dureta» está dotada con cuatro camas (una de ellas subvencionada por el propio Hospital), y su equipo asistencial está compuesto por un médico internista, un psicólogo clínico y seis enfermeras que voluntariamente optaron a esta Unidad. Como directo antecedente de la UD, en junio de 1985 se constituyó en nuestro Hospital el llamado Equipo de Asistencia a Toxicómanos, que surgió como una respuesta a la problemática creada por el creciente número de pacientes toxicómanos ingresados en el Hospital. El impulsor de este Equipo es actualmente el coordinador de la UD y actúa de enlace entre ésta y el resto del Hospital (Servicio Interconsulta).

La UD se encuentra cerrada al tránsito de personas ajenas a la misma. El ingreso en la UD es siempre voluntario, programado (existe lista de espera) y de una duración siempre inferior a 21 días.

Criterios de Ingreso

Se consideraron candidatos a ingreso hospitalario para desintoxicación a todos aquellos paciente heroínómanos y/o politoxicómanos que cumplieran algunos de los criterios que se indican en la Tabla 1. Estos criterios fueron remitidos a todos los centros públicos de atención a toxicómanos de nuestra isla, antes de la apertura de la Unidad. Sólo se aceptó el ingreso de pacientes en los que estuviera claramente establecido de antemano el programa post-cura, ya fuese ambulatorio o en Comunidad Terapéutica.

Preingreso

En la consulta externa se realiza, previamente al ingreso, una entrevista médica, en la que se intenta valorar el grado de motivación, la solidez del plan terapéutico individual y la posible patología asociada a la drogodependencia. Otro paso previo al ingreso es el de realizar una entrevista con el psicólogo, con la finalidad de hacer un *screening* de los pacientes a través de dos cuestionarios: el SCL-90² y el STAI³. El primero, en fase de validación y baremación conjuntamente con el Hospital del Mar de Barcelona, informa acerca de nueve dimensiones primarias además de tres índices globales del trastorno, y con el segundo tomamos un punto de partida del nivel de ansiedad que presentan en la actualidad. Finalmente, en la entrevista de enfermería se concretan aspectos prácticos referentes a la desintoxicación y se profundiza la anamnesis sobre ciertos aspectos ambientales sobre los que se deberá incidir durante el ingreso (higiene, nutrición, situación familiar y laboral, etc.). En esta entrevista el paciente lee el «Contrato terapéutico» y si está de acuerdo se concreta la fecha y hora de ingreso.

Desintoxicación

La desintoxicación de heroína se realiza en un tiempo que varía entre 8 y 14 días, dependiendo del grado de dependencia física. Como fármacos para el tratamiento de la abstinencia de opioides se han utilizado, salvo casos excepcionales (embarazo, patología orgánica grave) en los que se ha recurrido a la metadona, los agonistas α 2-adrenérgicos (clonidina o guanfacina) según una pauta ajustada al peso del paciente y a la dosis media diaria supuestamente consumida en la semana previa al ingreso⁴. Como medicación adyuvante hemos utilizado únicamente diazepam (como hipnótico y ansiolítico) y levomepromazina (como sedante, en casos de agitación). La medicación pautada se administra siempre en cápsulas indistinguibles unas de otras, cada ocho horas.

Durante el ingreso se llevan a cabo controles urinarios de opiáceos: diariamente, hasta que se negativizan, y posteriormente, en días alternos. Cuando en la orina del día de ingreso se detecta cocaína, también es monitorizada a lo largo de todo el ingreso.

Las actividades diarias que se llevan a cabo en la UD siguen un horario preestablecido en el que se intenta promover una estabilización del ritmo diario, unos hábitos higiénico-dietéticos adecuados y una creciente actividad física. En el programa se incluyen otras actividades manuales y se introducen las técnicas de relajación.

En el período de ingreso, que suele ser de dos semanas, se completa la historia clínica, practicándose además una batería de pruebas de laboratorio (Tabla 2).

Una vez han ingresado los pacientes

en la unidad, se pueden diferenciar dos aspectos por parte del psicólogo: evaluación psicométrica y apoyo psicológico individualizado.

La evaluación comprende el estudio del nivel intelectual a través del RAVEN (PM-56)⁵, de la personalidad a través del MMPI⁶, de la intensidad de la depresión mediante el B.D.I.⁷ y la evolución del nivel de ansiedad a lo largo de su estancia en la UD siempre a través del STAI.

Otro objetivo a cubrir es el apoyo psicológico al portador de anticuerpos anti-VIH. En primer lugar hay que intentar canalizar la ansiedad que presentan, hacia un estilo de vida sano (no consumo de tóxicos, orden en sus hábitos: descanso, alimentación, etc.), ya que está descrita⁸ una reacción de aumento del consumo del alcohol y drogas al poco tiempo de ser informados de ser portadores. Es innegable que en la gran mayoría de pacientes la detección de anticuerpos desencadena repercusiones emocionales que conllevan unos cambios con respecto a su entorno y a sí mismos.

RESULTADOS

Número de ingresos

En el período de tiempo estudiado se han registrado 112 ingresos en la UD, 5 de los cuales (4,5%) corresponden a reingresos. Los centros de procedencia de los pacientes ingresados (n = 107) fueron los siguientes:

Procedencia del ingreso	n.	%
Centro de Coordinación (Comunidad Autónoma)	33	(29,5)
Servicios Sociales Ayuntamiento Palma	24	21,4
Médicos de cabecera (Insalud)	19	(16,9)
Otros servicios	5	(4,5)
Directamente	31	(27,6)
TOTAL	112	

Número de pacientes

Distribución por edad y sexo: De los 107 pacientes ingresados, 26 eran mujeres (24,3%). La edad media de los pacientes ha sido de 25,2 años (rango: 17-39), siendo de 25,4 años para los hombres y de 24,6 para las mujeres. El tiempo de adicción en el momento del ingreso era de 48 (+/-) 12 meses.

Droga principal que motiva el ingreso

Los 107 pacientes habían cumplido en algún momento criterios de dependencia de heroína (dependencia de opiáceos, DSM-III), y en la mayoría de los casos el ingreso fue motivado por la dependencia de esta droga. En tres casos la dependencia en el momento del ingreso era mucho mayor para otros opiáceos: buprenorfina (dos) y D-propoxifeno. En un caso existía dependencia alcohólica sin dependencia de opiáceos en el momento del ingreso (aunque sí había existido en la fase de preingreso). En un gran número de pacientes existía abuso concomitante de benzodiacepinas y de cocaína.

Índices de rotación y ocupación de camas

Contabilizando a partir del número de camas subvencionadas por el PNSD ($n = 3$), el porcentaje ocupacional de camas fue del 79,2% (contando el período de cierre por vacaciones de todo el equipo durante un mes). El promedio de estancia fue de 9,2 días por paciente.

Altas médicas y voluntarias

87 pacientes completaron el período de ingreso y 26 solicitaron el alta vo-

luntaria antes de la fecha prevista para el alta hospitalaria (porcentaje de altas voluntarias: 23,2%). En la figura 1 se observa la evolución de las altas voluntarias por meses.

Programa post-desintoxicación

En la figura 2 se observa cuál fue el programa post-cura seguido por nuestros pacientes. Disponemos de datos referidos al seguimiento de aquellos que siguieron programa de mantenimiento con antagonistas (naltrexona), cuya tasa de retención se muestra en la figura 3. No disponemos del seguimiento completo de los restantes pacientes.

Aspectos patológicos

Los resultados de las pruebas de evaluación psicométrica son:

RAVEN: Para obtener una puntuación del C.I. en relación al nivel de atención requerido para resolver la prueba, ésta se administra a partir del séptimo día de ingreso. La puntuación media ha sido $49,54 \pm 29,03$ ($x \pm DS$); los valores medios obtenidos en nuestros pacientes son similares a los de otros estudios⁹, aunque con una mayor dispersión. Si dividimos en tres categorías: inteligencia baja, media y alta, la distribución de los pacientes puede verse en la Tabla 3.

MMPI: Este cuestionario se utiliza para realizar la evaluación psicopatológica y se contrasta con la entrevista clínica que se mantiene con el paciente.

El objetivo que se persigue es el de indicar una orientación diagnóstica según el manual (DSM-III Diagnostic Criteria). A partir de los ítems «críticos»

del test se realiza una entrevista para esclarecer la comprensión y la forma de responder al cuestionario del sujeto, para finalmente llegar al diagnóstico.

El diagnóstico principal (Eje I) en todos los pacientes atendidos durante este año en la U.D. ha sido el de «dependencia de opiáceos» (304.01); en el 10% de ellos consta de un diagnóstico mixto en este eje, del tipo de «trastorno psicótico» o «trastorno distímico».

En cuanto al diagnóstico de personalidad (Eje II), éste indica características específicas de la misma, así como rasgos del individuo. Siendo en su mayoría población joven, entre 20 a 30 años de edad, con un tiempo medio de cuatro años de adicción, su personalidad se ha visto fuertemente marcada por los hábitos de la toxicomanía: aislamiento, problemática familiar, problemas laborales, etc., resultando difícil el perfilar una personalidad previa del toxicómano. Por este motivo, al referirnos a trastornos de personalidad nunca podrán ser atribuidos exclusivamente al consumo de tóxicos ni, por el contrario, minimizar la influencia de éstos. En la figura 4 se muestra la clasificación de los trastornos de personalidad observados en nuestros pacientes. Aplicando el índice de psicopatología (Ip derivado del MMPI)¹⁰, si consideramos como patológico un «Ip» mayor o igual a 5, el 55% de los pacientes testados han resultado patológicos. Sin embargo, el estudio individualizado sugiere que algunos pacientes minimizan sus problemas mostrándose defensivos y otros, al contrario, maximizan la presencia de éstos y resulta que no siempre coincide su psicopatología con la nota obtenida por este indicador. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otro estudio realizado en nuestro país¹¹.

Servicio interconsulta

Desde la apertura de la Unidad, se ofreció a todos los servicios del hospital la posibilidad de consulta en las primeras 24 horas del ingreso de pacientes heroinómanos, con el objetivo de valorar su grado de dependencia (y en caso necesario administrar tratamiento sustitutivo), la patología médica derivada de la adicción por vía parenteral (hepatitis, SIDA, ETS.), así como explicar al enfermo las medidas preventivas para no contraer o no transmitir estas infecciones.

Al mismo tiempo se ha informado al personal médico y de enfermería encargado de estos enfermos sobre qué medidas deben adoptarse en su cuidado.

Se han hecho 150 interconsultas repartidas entre diferentes servicios, como muestra la figura 5.

El servicio que ha solicitado más consultas ha sido el de traumatología, seguido del de ginecología-obstetricia.

Comparando con otra serie numéricamente importante¹², llama la atención el elevado porcentaje de ingresos por patología gine-obstétrica, que probablemente se deba a que nuestro hospital es centro de referencia de nuestra Comunidad, a la vez que el único hospital público que dispone de servicio de gine-obstetricia.

Sólo un 10% de los pacientes tuvieron alta voluntaria sin haber finalizado el tratamiento, cifra que se puede considerar muy baja¹³ y que en gran parte podemos atribuir a nuestra intervención y también al cambio progresivo de actitud del personal de enfermería en el cuidado de estos pacientes.

Se detectaron opiáceos, que indican consumo ilegal intrahospitalario, sólo en un 5,8% de pacientes.

En el caso de los ingresos en el Departamento Médico, nuestra intervención no es sólo de consultores, sino que nos hacemos cargo del paciente, debido a la característica de que el equipo médico de la Unidad está compuesto por internistas.

Llama la atención que el sexo femenino haya representado un 53% de los ingresos hospitalarios en general, mientras que en la Unidad de Desintoxicación y en el conjunto de pacientes vistos por nuestro equipo sólo ha representado un 25%.

30

Consultas externas

Desde la apertura de la Unidad se han realizado 2.477 consultas ambulatorias. Los objetivos de la consulta externa son fundamentalmente de dos tipos: en primer lugar, de atención a la patología médica asociada a la drogadicción parenteral, y en segundo lugar, de apoyo a la Unidad de Desintoxicación, permitiendo la selección, valoración y, en ciertos casos, seguimiento de los pacientes que acuden para tratamiento de su drogodependencia.

DISCUSION

La llamada «cura de desintoxicación» se ha convertido en una especie de mito, en el que influyen tanto el nombre (por el que pacientes y familiares imaginan una «purificación» de la sangre), como la creencia de que todo el problema se encuentra en la sustancia, olvidándose la naturaleza pluridimensional del problema de la dependencia de sustancias.

Preferimos, pues, hablar de tratamiento de la dependencia física, más que de desintoxicación. Este tratamiento puede llevarse a cabo de forma domiciliaria o ambulatoria, o bien en régimen de internamiento hospitalario. La elección del tipo de desintoxicación depende en gran medida de las características individuales y ambientales de cada paciente. Los criterios que han guiado el ingreso en nuestra UD se han referido anteriormente.

Debemos decir que estos criterios no han podido cumplirse estrictamente, al carecer muchas veces de recursos extrahospitalarios que garantizaran una correcta desintoxicación a nivel domiciliario o ambulatorio. Este hecho enlaza con el problema de la todavía escasa organización para la acogida de toxicómanos, sobre todo en el ámbito rural, que ha motivado el elevado número de pacientes que acudieron directamente a nuestra consulta (más de una cuarta parte).

Resulta evidente que la UD sólo puede funcionar de forma óptima cuando existen suficientes recursos asistenciales a nivel primario, y se encuentran suficientemente organizados y coordinados entre sí.

Existe algún estudio que ha intentado comparar la eficacia de la desintoxicación hospitalaria o extrahospitalaria¹⁴, observándose una mayor eficacia de la desintoxicación en régimen de internamiento. Sin embargo, este tipo de comparaciones es siempre discutible, al existir infinidad de variables de confusión que complican en gran manera el análisis. Resulta evidente que la desintoxicación extrahospitalaria es mucho más económica, compromete más al paciente y a la familia, y desmedicaliza el problema, pero como contrapartida suele ser más lenta y menos segu-

ra con respecto al consumo de tóxicos y al control de la medicación prescrita¹⁵. Además, el tratamiento hospitalario permite un estudio más completo de la patología orgánica asociada a la drogadicción y un contacto mayor con el equipo asistencial.

En definitiva, creemos que el debate entre tratamiento hospitalario o extrahospitalario es un falso debate, y que lo que realmente debe evaluarse es la utilidad de cada recurso asistencial. En el caso de las UD recientemente puestas en marcha en nuestro país, existen datos preliminares e incompletos que señalan, en conjunto, una baja utilización y una gran diversidad en la composición de los equipos que las forman¹⁶. Serían, pues, tareas prioritarias, por una parte, la optimización del recurso hospitalario a través de una adecuada coordinación con las redes asistenciales, y por otra, intentar una cierta homogenización en el funcionamiento de las mismas.

Además, la Unidad de Desintoxicación hospitalaria puede ejercer funciones, a nuestro juicio, de gran interés para el propio hospital y para el Sistema de Salud. Con respecto al hospital, la creación de un servicio de interconsulta en toxicomanías es, en nuestra experiencia, un recurso aceptado y valorado por los servicios, sobre todo si actúa de forma ágil y operativa. La consulta externa, punto de referencia a la vez hospitalario y extrahospitalario, es de sumo interés para la organización y coordinación de la atención a toxicómanos.

Nuestra consulta externa representa el centro de la actividad asistencial, que en todo momento hemos procurado que no sobrecargue la Unidad. El estereotipo del toxicómano (indisciplinado, anárquico e incapaz de seguir nin-

guna normativa) no coincide con el del paciente que acude a nuestra consulta. Desde el comienzo de nuestras consultas nos propusimos dar cita con antelación y de forma horaria. La sorpresa ha sido comprobar que tras la tenacidad de todo el equipo por alcanzar este objetivo, un 75-80% de los pacientes acuden el día y a la hora que se les había indicado previamente. Debemos matizar que en la misma consulta se atiende a adictos por problemas médicos derivados, tratamientos de desintoxicación o deshabitación ambulatorios o determinación de anticuerpos anti-HIV o consejo a seropositivos.

Por otra parte, creemos que ha demostrado ser un instrumento útil para que los adictos contacten con el sistema sanitario. Hay quien ha calculado que el índice de frecuentación de los servicios sanitarios podría situarse en un 10% de los heroínómanos reales.¹⁷

Desde el inicio de funcionamiento de nuestro equipo, en mayo de 1985, hemos registrado 650 nuevos casos. Si aceptamos las cifras más pesimistas de adictos en nuestra isla (1.500-2.500), habríamos contactado con un 25% de éstos, y ello mediante un pequeño equipo hospitalario y en un breve período de tiempo, lo que iría en la línea propuesta por la OMS¹⁸

En lo que se refiere al Sistema de Salud, del equipo que compone la UD pueden partir las actividades y proyectos docentes y de investigación que promuevan la progresiva integración de la red de asistencia a toxicómanos, así como la profundización de los conocimientos sobre el problema de las drogodependencias entre los distintos profesionales de la salud. No concebimos nuestra UD sin esta actividad docente e investigadora.

Al analizar nuestros resultados después del primer año de funcionamiento, intentamos valorar indicadores de funcionamiento que permitan su comparación con otras unidades de desintoxicación. Uno de ellos, creemos que el de mayor peso, es el del porcentaje de altas voluntarias. Todos los programas terapéuticos para drogodependencias tropiezan con el elevado porcentaje de abandonos. Muchas veces estos abandonos se consideran como algo ajeno al propio programa e intrínseco a la drogodependencia. Craig¹⁹ ha demostrado que cuando el equipo asistencial decide que las altas voluntarias son un problema del equipo más que del paciente, entonces puede iniciarse una intervención efectiva. Un porcentaje de altas voluntarias del 23% se sitúa dentro de los límites considerados aceptables, aunque mejorables. Para ello hace falta analizar cómo y cuándo se han producido estos abandonos de

tratamiento y a partir de ahí ajustar nuestra futura actuación. En nuestro caso, el mayor problema ha sido la selección de pacientes, o la aceleración del período de preingreso debida a la existencia de altas voluntarias, lo cual creó un círculo vicioso que llegó a comprometer, el pasado mes de mayo, el funcionamiento de la UD (v. Fig. 1).

En conclusión, en un momento en que se asiste a nivel internacional a una reconsideración del recurso hospitalario de atención a toxicómanos^{19,20} la creación de camas hospitalarias para desintoxicación puede plantear dificultades si no somos capaces de evaluar su utilidad. Esta sólo puede derivar de los beneficios que para los pacientes, sus familias y el propio Sistema de Salud signifiquen estas camas, y para ello tan necesario es un equipo homogéneo y motivado como una red asistencial suficiente y coordinada.

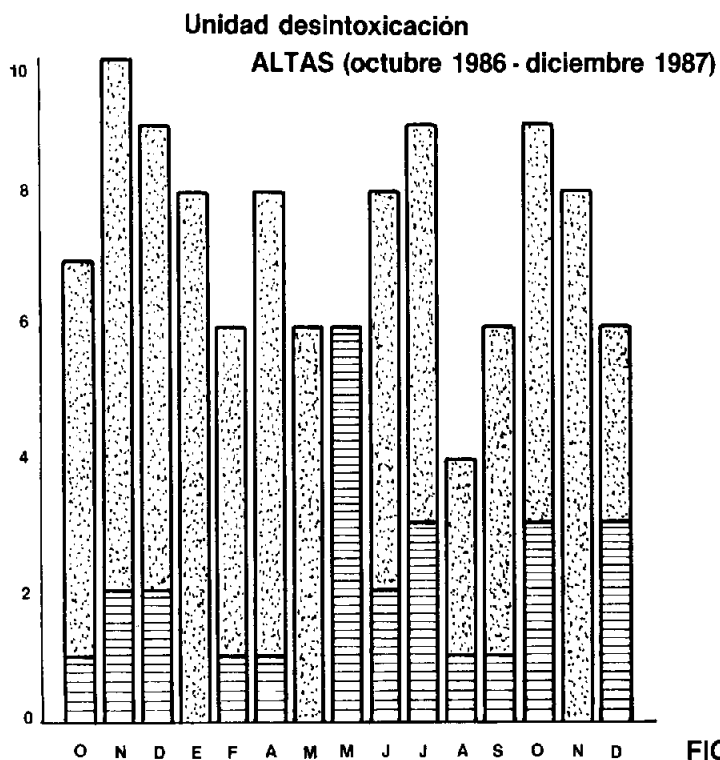
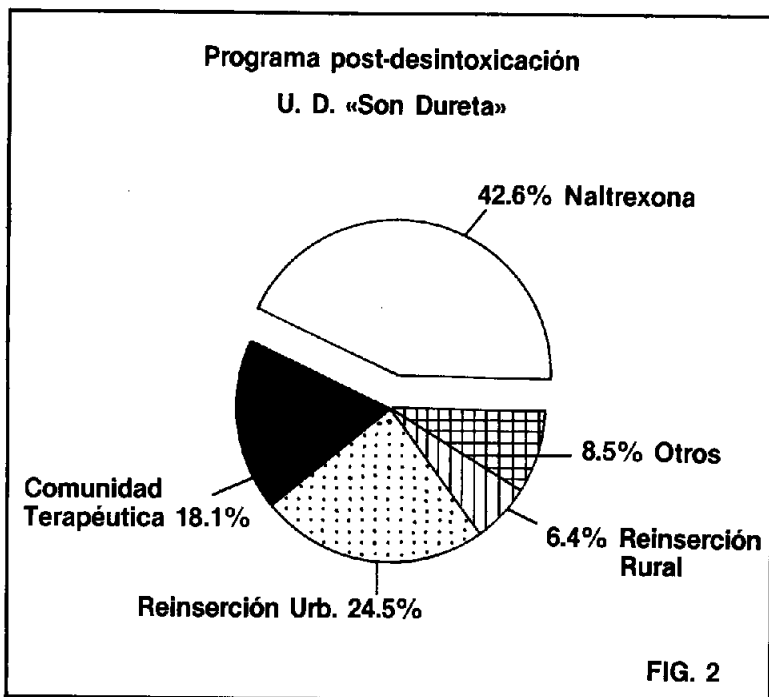
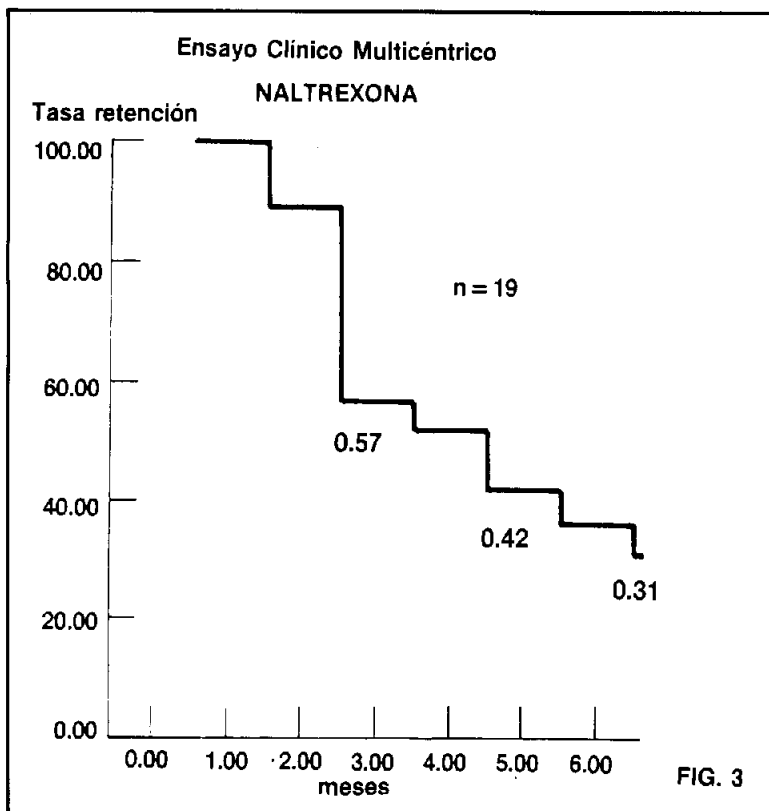
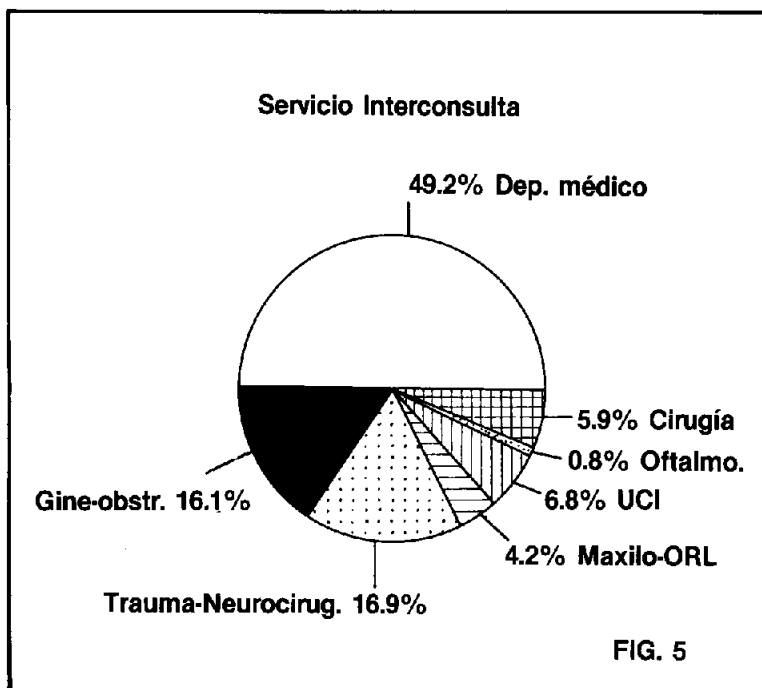
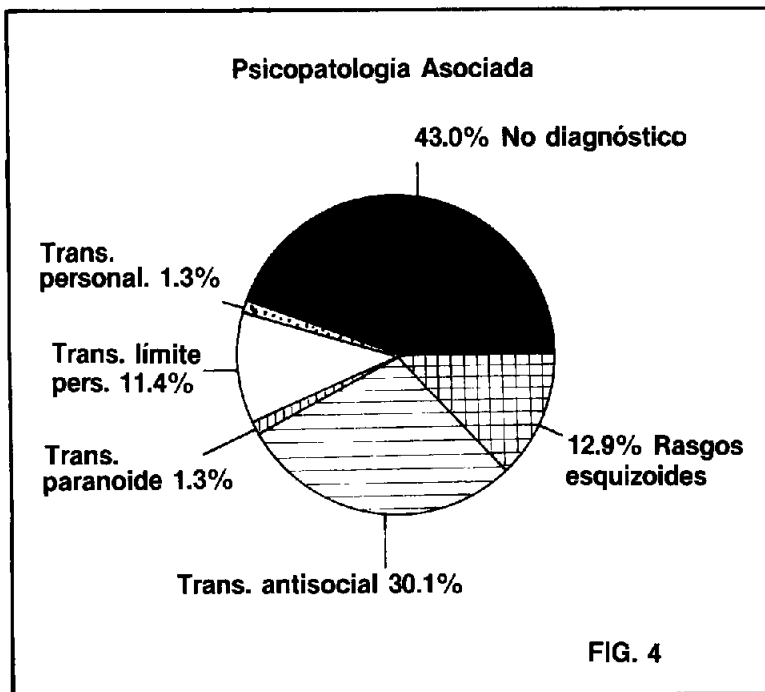


FIG. 1



33





**TABLA 1. CRITERIOS
PARA LA DESINTOXICACION
HOSPITALARIA**

- Existencia de patología orgánica o estados (p. ej., embarazo) que dificulten o imposibiliten la desintoxicación ambulatoria.
- Dependencia severa a una o más sustancias capaces de causar síndrome de abstinencia importante (p. ej., dependencia de heroína más etanol).
- Fracaso repetido de la desintoxicación ambulatoria.
- Falta de mínimo apoyo familiar o social que garantice la desintoxicación ambulatoria.
- Desintoxicación previa a la inducción del tratamiento de mantenimiento con naltrexona.

**TABLA 2. PRUEBAS DE LABORATORIO
QUE SE REALIZAN DE FORMA
ROUTINARIA DURANTE LA ESTANCIA
EN LA UD**

- Analítica de sangre: hemograma, VSG,

bioquímica completa, serología luética (reactiva y treponémica), marcadores del virus de la hepatitis B, determinación de anticuerpos anti-VIH.

- Radiografía de tórax.
- Multitest cutáneo para estudio de la inmunidad celular (Multitest IMC).
- Medición de parámetros del estado nutricional (pliegue cutáneo del tríceps, perímetros muscular del brazo, albúmina sérica).
- Test de embarazo (en todas las mujeres).

**TABLA 3. DISTRIBUCION DEL C. I.
SEGUN LA PUNTUACION DEL RAVEN
(PM-56)**

Punt.	Centil	%	Inteligencia
0 a 25		22.2	Baja
26 a 75		47.6	Media
76 a 100		30.2	Alta

35

BIBLIOGRAFIA

- 1 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid, 1985.
- 2 DEROGATIS, L. R. *Symptom Checklist 90-Revised Version*. Towson: Clinical Psychometric Research, 1983.
- 3 SPIELBERGER, C. D.; GOURSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press Inc, 1970. Versión española. Madrid: TEA, 1982.
- 4 SAN MOLINA, L.; POMAROL, G. «La dependencia de opiáceos.» *Med. Integral*, 1987; 10: 60-69.
- 5 RAVEN J. C. *Standard Progressive Matrices; Sets A, B, C, D and E*. London, H. K. Lewis & Co. Ltd, 1956. Versión española. Madrid: MEP-SA, 1970.
- 6 HATHAWAY S. R. MCKINLEY, J. C. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York, 1967. Adaptación española. Madrid, TEA, 1985.
- 7 CONDE, LOPEZ V.; FRANCH VALVERDE J. *BDI en: Escalas de evaluación comportamental*. Valladolid, Dto. de Psicología Médica del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina, 1984; 77-92.
- 8 GARCIA HUETE, E. Aspectos psicológicos. En: *SIDA: un problema de Salud Pública*. Madrid, Díaz de Santos, S.A, 1987.
- 9 GUERRA D.; SOLE A.; CAMI, J.; Tobeña, A. «Neuropsychological performance in opiate addicts after rapid detoxification.» *Drug Alc. Depend.*, 1987.
- 10 SINES, L. K.; SILVER, R. J. «An index of Psychopathology (Ip) derived from clinicians judgements of MMPI profiles.» *J. Clin. Psychol.*, 1963, 19: 324-326.
- 11 SAN MOLINA, S. *Evaluación de la eficacia de los agonistas alfa-adrenérgicos en la desintoxicación rápida de heroínómanos*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Marzo 1988.
- 12 VERDAGUER, A.; LOPEZ-COLOMES, J.; CAMI J. et al. «Estudio de los procesos patológicos en 176 ingresos de heroínómanos en un hospital general.» *Med. Clin. (Barc.)* 1984; 82: 9-12.
- 13 VILALTA, J.; TRESERRA, J.; GARCIA-ESTEVE et al. «Metadona, clonidina y levopromacina en el tratamiento del síndrome de abstinencia a opiáceos: ensayo clínico a doble ciego en pacientes heroínómanos ingresados por patolo-

- gía orgánica en un hospital general». *Med. Clin. (Barc.)* 1987; 88: 674-676.
- 14 GOSSOP, M.; JOHNS, A.; GREEN, L. «Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment to treatment.» *Br Med J* 1986; 293: 103-4.
 - 15 MEGIAS, E. «Indicación terapéutica en drogodependencias.» *Comunidad y Drogas* 1987 4: 9-27.
 - 16 BRAVO, MJ.; CAMPRUBI, J. *Evaluación de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria. Informe de la Delegación del Gobierno para el PNSD*, noviembre 1987.
 - 17 BASSON, J. V. «Attitudes to drug abuse.» *Br Med J* 1986; 292: 847-848.
 - 18 *Recomendaciones de la reunión de expertos sobre drogadicción y SIDA*. OMS. Copenhague, noviembre 1986.
 - 19 CRAIG, R. J. «Reducing the treatment drop-out rate in drug abuse programs.» *J. Subst Abuse Treat* 1985; 2: 209-219.
 - 20 ANONIMO. «Unit for treatment of drug dependence to close.» *Lancet* 1987; 2:1224.
 - 21 GLATT, M. M. «Closure of dependence units.» *Lancet* 1987; 2: 1530.

L. Caballero*, J. Matía, E. Pedernal,
M. Díez, S. Luengo, D. García,
P. E. Muñoz

Dos años de experiencia del Registro Acumulativo de Drogodependientes de Madrid.

RESUMEN

Tras dos años de existencia del Registro Acumulativo de Drogodependientes de Madrid, se han perfeccionado los procedimientos de recogida y explotación de la información, la validez y fiabilidad de la misma y se ha conseguido la cualificación progresiva del personal en las tareas específicas que exige este instrumento de investigación. Cuando un Registro lleva funcionando varios años y se han resuelto satisfactoriamente los problemas de implementación, no existe procedimiento mejor para generar información fiable y comprensiva sobre redes de servicios complejas dependientes de distintas administraciones, monitorizar los cambios en las mismas, seguir cohortes de pacientes, comparar distintas áreas en relación a las drogodependencias y facilitar la investigación evaluativa y otras. De forma concreta, el Registro de pacientes de Madrid permitiría contestar preguntas como las siguientes: ¿qué tipo de drogodependientes se atiende en la red? ¿qué tipo de pacientes no se atiende de forma adecuada?, ¿cuántos y qué tipos de servicios se requieren?, ¿obtienen los pacientes en los centros lo que realmente necesitan?, ¿necesitan los pacientes lo que se les oferta en los servicios?

SUMMARY

A two year experience in the Cumulative Drugdependents Register of Madrid

Two year after the Cumulative Drugdependents Register of Madrid was brought into operation, the procedures of collecting and exploiting information have been improved, as well as its validity and reliability. A qualified staff has also been trained to use this specific instrument of research. Once the Register has been working for years and the problems related to its implementation have been solved, it has proved to be the best way of obtaining reliable and understandable information about the complex network of services depending on different administrations, following cohorts of patients and simplifying the evaluative research among others. The Register of Madrid should specifically answer questions like the following: what kind of drug dependents are looked after in our sanitary network?; how many patients are not looked after properly?; how many and which type of services are needed?; do patients get what they really need from services?; do patients need what is offered by services?

(*) Correspondencia: Clínica Puerta de Hierro.
Servicio de Psiquiatría. C/ San Martín de
Porres, s/n. 28035 Madrid.

INTRODUCCION

CUANDO se iniciaron los Planes Nacional y Regionales sobre drogas en 1985, no se disponía de información adecuada acerca de la realidad de las drogodependencias en España. La progresiva aparición de sustancias y de patrones de consumo hasta hace poco infrecuentes en nuestro medio, con graves problemas sociales y de salud pública asociados a los mismos, representaba una laguna en la información epidemiológica que dificultaba la valoración objetiva y la planificación racional de los recursos para drogodependientes en nuestro país. Como se expuso en otra publicación (Muñoz et al, 1986), en la Comunidad de Madrid concurrían circunstancias (Rootman y Hugues, 1980) que hacían necesario un sistema de información capaz de las siguientes funciones:

- a) Monitorizar las características de los drogodependientes que solicitarían tratamiento y del tipo de asistencia que se dispensaría.
- b) Facilitar las tareas de planificación, gestión y evaluación de los recursos que el Plan Regional sobre Drogas de Madrid pondría a disposición de los drogodependientes.

DESCRIPCION DEL REGISTRO

El sistema de información elegido fue un Registro Acumulativo de drogodependientes; dicho instrumento recoge longitudinal y prospectivamente información acumulada sobre cada paciente que entra en contacto con los servicios sanitarios o sociales de un área geográfica definida. Este hecho representa enormes ventajas para la investigación epidemiológica —evita la duplicación de casos, facilita la selección de cohortes y de otro tipo de

muestras—, la evaluación y planificación de recursos.

El Registro Acumulativo de Drogodependientes de Madrid se puso en marcha el 1 de octubre de 1985. Su ámbito es regional e incluye todos los pacientes que solicitan tratamiento en los centros integrados en la red funcional del Plan Regional sobre Drogas. Los pormenores técnicos, ventajas e inconvenientes del instrumento se exponen en la publicación antes citada (Muñoz et al, 1986). En la figura 1 se sintetizan los flujos de información que mantiene el registro.

La **Hoja Maestra** es una ficha que se recoge una sola vez por paciente al llevar éste a cabo su primer contacto con cualquier dispositivo de la red asistencial. En ella se recogen datos sociodemográficos del paciente, sus características clínicas y el tipo de tratamiento indicado. La **Hoja Mensual** es una ficha que se rellena cada mes para cada paciente en tratamiento en cualquier dispositivo asistencial. En ella se recoge el tipo de tratamiento recibido, las fechas de entrada y salida, el motivo de salida del tratamiento y otras variables.

Toda esta información se encuentra en un Registro central mecanizado mediante un ordenador VAX 11/730 de la casa Digital con una base de datos Adabas. Dicha mecanización permite disponer rutinaria y permanentemente de un censo de pacientes, conocer los distintos tratamientos que un paciente dado ha recibido dentro de la red, así como elaborar trimestral y anualmente estadísticas de los servicios con suma facilidad, incluyendo diversos indicadores cuantitativos y cualitativos de la asistencia dispensada. De igual forma, el registro facilita extraordinariamente explotaciones específicas a las que se hará referencia más adelante.

PROBLEMAS DE SU PUESTA EN MARCHA

La implantación de un instrumento como el descrito implica una variedad de problemas de orden ético-legal, administrativo y técnico (Rootman y Hugues, 1980) de los que en nuestro caso se han de destacar los siguientes:

- El mantenimiento de la **confidencialidad** de la información. La confidencialidad de los registros sanitarios ha generado un intenso debate. Puede concluirse que el usuario de los servicios debe tener garantizado el uso estrictamente sanitario del registro, su anonimato personal en los trabajos de investigación, así como que ser registrado no le comporte consecuencia negativa alguna (European Science Foundation, 1980). En el Registro de Drogodependientes de Madrid se ha excluido la recogida de información con repercusiones legales, así como la mecanización de nombres o de direcciones. Sólo dos personas del equipo del Registro disponen de autorización para suministrar datos contenidos en los mismos a los profesionales de los centros de asistencia, bajo normas y control estrictos. En ausencia de una normativa legal española específica, se ha cuidado, en todo caso, el cumplimiento estricto del artículo 18 del mandato constitucional en lo que hace referencia al derecho a la intimidad y a la propia imagen.
- La evitación de **casos duplicados**. Con este objetivo se utiliza para identificar a un paciente dado, un código personal derivado de sus apellidos y de su fecha de nacimiento, mediante el cual se llevan a cabo todas las transacciones con el Registro. Un dígito adicional per-

mite distinguir las repeticiones encontradas por gemelaridad o azar.

- Detectar los **casos mal informados** o informados inexacta o incompletamente. Esta tarea y la de llevar a cabo las correcciones pertinentes han representado el mayor esfuerzo técnico y humano durante el periodo de dos años referido. La magnitud de las mismas ha puesto de manifiesto la necesidad de perfeccionar los procedimientos de depuración estándar, así como de desarrollar otros nuevos en los que se trabaja en el momento de redactar este artículo.
- Problemas de **validez, fiabilidad y pertinencia** de las variables. La puesta en marcha de un instrumento de esta naturaleza, del que no existía experiencia previa en España, obligó a introducir algunas variables a título experimental. La experiencia adquirida durante estos dos años aconsejó eliminar algunas de ellas por razones bien de validez o de pertinencia —datos que no se contestan habitualmente, variables poco informativas o de uso muy limitado—, ajustando así más el registro a sus fines y aplicaciones reales, las cuales también se han ido adquiriendo, en parte, por la propia experiencia.

Para detectar la fiabilidad entre profesionales —el grado en que una variable es recogida de la misma forma por distintos profesionales—, se llevó a cabo, durante un año, un estudio comparativo de la información contenida en las hojas maestras de los dispositivos ambulatorios y la de sus duplicadas realizadas en las unidades de desintoxicación. Cabe destacar los problemas específicos detectados en este sentido, respecto al diagnóstico psi-

quiátrico —excepto el de la propia drogodependencia—, a la historia del consumo —excepto a la de droga principal—, y a otras variables, hechos éstos que dieron origen a tareas diversas destinadas a mejorar dicha fiabilidad —mejora del manual de instrucciones, reuniones para el desarrollo de criterios comunes, reparto de manuales para el diagnóstico psiquiátrico en los centros en los que no se disponía de ellos, etc.

- Problemas relacionados con la **evaluación del propio instrumento**. Son los referidos básicamente al control de la **exhaustividad** de las fuentes —¿qué centros para drogodependientes no están integrados en el Registro?, ¿qué porcentaje de los pacientes de los centros integrados son realmente registrados?—, y de la **utilización** —¿qué personas utilizan el Registro?, ¿para qué?, ¿para qué se utiliza la información de rutina?, ¿qué es susceptible de mejorarse en la información de rutina?—, así como el **control y optimización de los costes** —¿cómo abaratar la recogida de fichas sin disminuir la calidad de la información?, etc.

Cada uno de estos y de otros puntos constituyen tareas permanentes que se han realizado paulatinamente en la medida en que lo permitía la dotación de personal del Registro. En todo registro, (Fryers, 1986) se requieren dos personas-clave para la organización del trabajo: una de ellas lleva a cabo los contactos y las relaciones con los centros integrados y se encarga de la implantación en los mismos del instrumento, tarea para la cual son necesarias ciertas dosis de paciencia y de persuasión. La otra recoge y organiza la información de las fichas maestra y mensual. El aprendizaje de ambos roles requiere entrenamiento específico. Aparte de

estas dos personas —asistente social y auxiliar administrativo, respectivamente—, han trabajado en el Registro un informático, varios epidemiólogos y un médico psiquiatra, todos ellos integrados en el Plan Regional sobre Drogas de Madrid. La suficiente definición de las tareas a la vez que la cohesión del equipo que trabaja en los registros requieren especial atención, sobre todo al principio, cuando la mayor parte de los esfuerzos se consumen en la implantación y mejora del instrumento, lo cual implica trabajos con frecuencia poco gratificantes que pueden llegar a dificultar notablemente el desarrollo del mismo.

Aunque el rendimiento pleno de un registro se obtiene sólo tras años de existencia, es importante realizar sin demora explotaciones sencillas pero útiles, capaces de mantener el interés y la motivación en los profesionales de los centros. En este sentido, se han llevado a cabo las siguientes:

a) Censo de pacientes

El Registro Acumulativo de Drogodependientes de Madrid pone a disposición de los profesionales del Plan Regional sobre Drogas el censo de pacientes que reciben o han recibido tratamiento en dicho Plan, así como los tipos de tratamiento recibido, las fechas de contacto con los dispositivos, el control de los contratos terapéuticos, etc. Desde el punto de vista de la evaluación asistencial, el censo permite seguir pacientes tras su salida de los centros —¿qué contactos hacen los pacientes al salir de la unidad de desintoxicación o de la comunidad terapéutica con los dispositivos ambulatorios?; ¿siguen en tratamiento?; ¿cuánto tiempo?...— y, en consecuencia, definir los patrones de contacto de los pacientes con los centros.

b) Estudio descriptivo de series de pacientes

Resulta del máximo interés conocer las características de la población de drogodependientes que solicitan tratamiento en los centros, ya que aquéllas, en cada caso, condicionan el tipo y la orientación de los programas clínicos y sociales más adecuados. Para conocer dichas características, se llevó a cabo un estudio descriptivo de la cohorte de los 1.828 primeros pacientes atendidos en el Plan Regional sobre Drogas, basado en la información recogida al entrar en la red de asistencia. Dicha muestra de drogodependientes en tratamiento es la mayor disponible hasta la fecha en nuestro país y, desde el punto de vista epidemiológico, presenta las ventajas de ser una cohorte de admisión al tratamiento —todos los casos que, procedentes de un área geográfica definida, la Comunidad de Madrid, solicitan tratamiento durante un tiempo definido, el año 1986—, lo cual permite comparaciones entre los distintos distritos sociosanitarios y del año estudiado con los sucesivos. Dicho estudio ha sido objeto de reciente publicación (Díez et al., 1987). Se expone sólo aquí un resumen del perfil tipo de la población atendida: predominantemente masculina —varón/hembra: 4,5/1—, joven —x media de edad: 24,02, DE: 4,3—, de clase social baja o media-baja —66,6%—, mal escolarizada —el 34% no completaron los estudios primarios—, con cifras de paro laboral muy alto —50%—, antecedentes legales muy frecuentes —62,6% y aún esta cifra está probablemente subestimada— y son básicamente heroínómanos —95%—, aunque toman también otras sustancias, como otros opiáceos, cannabis, benzodiazepinas, alcohol y cocaína. La mayor parte de las veces son adictos desde los 18-19 años, pero el tiempo de adicción cuando llegan al

tratamiento varía mucho en cada caso, a diferencia de otros países cuya oferta asistencial para pacientes por drogodependencia es más amplia, antigua y estable que la nuestra. Esta última variable tiene valor como indicador global de la proximidad y accesibilidad de los servicios respecto de la población atendida. Las repercusiones asistenciales que se derivan de estos y otros resultados publicados en el referido estudio revisten importancia práctica. Pueden citarse, a título de ejemplo, las dificultades rehabilitadoras específicas que son esperables en el alto número de pacientes no escolarizados o los requerimientos preventivos y asistenciales del numeroso colectivo de heroínómanas que tienen hijos de corta edad —40%.

En esta línea de conocimiento descriptivo de la población atendida, se llevaron a cabo también otros dos estudios con datos del Registro (Luengo et al., 1987) (Villanueva, 1987). En el primero de ellos se caracterizaron tipológicamente y se compararon las poblaciones de toxicómanos españoles de edades extremas, planteándose ideas sugerentes acerca de aspectos histórico-epidemiológicos de la heroínomanía en España. En el segundo, basado en pacientes de las unidades de desintoxicación, se describieron aspectos de las familias de los adictos que condicionaban su ingreso en unidades de desintoxicación hospitalaria.

c) Estadísticas de rutina y sus aplicaciones en la gestión asistencial

Desde el inicio del Registro Acumulativo, se ha llevado a cabo una explotación trimestral y otra anual de determinadas variables asistenciales de los dispositivos integrados en el Registro.

El objetivo de esta explotación es doble: por un lado, remitir a los centros estadísticas sobre la asistencia que dispensan que les sirvan para organizar su propio trabajo; por el otro, monitorizar centralmente dicha asistencia de forma que sea posible apoyar sobre datos objetivos determinados aspectos de la planificación y gestión de los recursos del Plan Regional sobre Drogas. Especial interés tiene este punto por cuanto el desarrollo de los dispositivos para drogodependientes se ve con frecuencia sometido a presiones sociales y políticas que pueden distorsionar la percepción de las necesidades reales. Es sabido que la planificación y reordenación de los recursos sociosanitarios dependen más de este tipo de presiones que de los resultados de estadísticas o estudios de evaluación fiables (Stromgren, 1980); pero se ha dicho también que la disociación de intereses y las diferencias de lenguaje entre administradores y epidemiólogos es el mayor obstáculo para la participación del «sentido común» epidemiológico en los procesos citados. Un Registro Acumulativo proporciona en este sentido una oportunidad única de aplicación, de la misma forma que se ha llevado a cabo en la planificación de recursos psiquiátricos (Wing, 1972), (Dupont, 1979), (Helgason, 1979), (Häfner, 1979), (Fryers, 1979), (Heiden, 1980), (Fryers, 1986), (Giel, 1986). En el Registro de Casos de Madrid se llevó a cabo un procedimiento de monitorización asistencial del Plan Regional sobre Drogas, deliberadamente accesible y poco sofisticado, para facilitar la toma de decisiones en la gestión y planificación asistencial (Caballero et al. 1987). Un grupo de trabajo de administradores y del propio equipo del Registro seleccionó para monitorizar las siguientes variables:

— *Número de pacientes nuevos, revi-*

siones y reingresos, que son atendidos por trimestre en cada uno de los distritos sociosanitarios de Madrid. Dichas cifras proporcionan una cuantificación global de la demanda asistencial y de sus variaciones —crecientes o decrecientes— en el curso del tiempo, y facilitan una valoración también global del grado de implantación del Plan Regional sobre Drogas en los distintos distritos sociosanitarios.

- *Motivos de salida y descarga de los dispositivos.* Los valores que toma esta variable constituyen, por un lado, un indicador de calidad asistencial y permiten, por otro, detectar las necesidades de dispositivos de asistencia específicos para la población atendida, como son plazas para la deshabitación en régimen hospitalario o para comunidad terapéutica (Caballero, 1986).
- *Tiempo de estancia en el programa.* La valoración de la efectividad de los tratamientos para drogodependientes es un tema complejo (Ashery, 1985), (O'Brien, 1987), pero está bien establecido en la bibliografía (Pin, 1976), (Simpson, 1984) que existe una relación directa entre el tiempo de estancia o retención de un paciente en un programa dado y los beneficios que obtiene del mismo. Un Registro permite la realización con bajos costos de estudios de retención de los pacientes en los programas y de las variables que condicionan dicha retención.
- *Número de horas por paciente que los profesionales disponen en cada distrito sociosanitario.* La monitorización de esta variable facilita la redistribución de la plantilla de profesionales del Plan Regional sobre

Drogas, dotando puestos donde parezcan más necesarios y procurando, en cualquier caso, una oferta equitativa en los distintos distritos.

- *Gastos por paciente y día.* La monitorización de los gastos por paciente y día en los distintos centros facilita el establecimiento de estándares y la corrección de resultados desfavorables. En el caso de los centros ambulatorios, se habla de gastos a cargo del Plan Regional sobre Drogas por paciente y día —y no de costes—, porque los centros tienen además sus propias fuentes de financiación que harían el cálculo de costes complejo. Sin embargo, los gastos del Plan Regional sobre Drogas coinciden con los costes en el caso de los dispositivos específicos que dependen íntegramente del Plan —como las unidades de desintoxicación, comunidad terapéutica, etc.—. Hasta la fecha, ningún Registro había monitorizado los costes del tratamiento de pacientes o grupos de pacientes (Fryers, 1987), por lo que esta variable representa una novedad introducida en el Registro de Madrid.

No es raro que lleve años obtener la versión definitiva de la monitorización de los servicios que mejor responde a las necesidades concretas de la planificación y administración; este proceso es aún más complejo cuando se trata a la vez de una red de dispositivos sociales y sanitarios, como es el caso del Plan Regional sobre Drogas de Madrid, y, por ello, son de esperar en el futuro versiones perfeccionadas de la monitorización hoy en curso.

Si se piensa en la plasticidad histórica de los problemas de drogodependencia, en el continuo esfuerzo de adaptación que este hecho impone al

sistema sociosanitario y en las dificultades que conllevan los estudios de evaluación en este terreno, puede entenderse que una explotación como la expuesta arriba puede tener el máximo interés. Se exponen a continuación algunas aplicaciones de la monitorización referida que se han llevado a cabo hasta el presente:

- El apoyo prestado en la tarea de reordenación del Programa Libre de Drogas con el objetivo de satisfacer las necesidades más perentorias y corregir deficiencias de implantación —como volúmenes de asistencia muy bajos o tasas de retención muy pobres—. La oferta de horas de trabajo profesional por paciente y los gastos por día que cada paciente en tratamiento genera han servido también para facilitar criterios objetivos de reordenación asistencial, tanto en los dispositivos generales como en los específicos.
- La confirmación del mínimo uso del que son objeto los programas de metadona —sólo el 3% de los tratamientos comenzados en Madrid en 1986, con una tendencia decreciente en los últimos trimestres— sugiere la necesidad de represtigiar dichos programas entre profesionales y entre los propios grupos de pacientes susceptibles de ser tratados en dicho tratamiento, quizá todavía influidos por el descrédito en el que éstos últimos cayeron debido al escaso rigor con que se aplicaban antes de 1985.
- La confirmación del insuficiente número de plazas para la comunidad terapéutica que el Plan Regional sobre Drogas podía proveer en relación con la demanda, junto al coste elevado por paciente y día de dichas plazas y las dificultades fun-

cionales de mantener dispositivos de esta naturaleza sólo con profesionales, sugirió muy pronto la necesidad de soluciones flexibles, tales como convenios con entidades privadas debidamente acreditadas, u otras alternativas.

- Una de las principales ventajas que comporta la monitorización de una red de servicios compleja como la del Plan Regional sobre Drogas de Madrid es su capacidad para detectar el impacto de una determinada medida —apertura o cierre de centros, incremento o limitación de personal en un centro dado, etc.—, en el resto de los dispositivos y en el total de la asistencia. Un ejemplo de lo anterior fue el estudio sobre el flujo asistencial y la tendencia de la demanda en los dispositivos de la red asistencial (Luengo et al., 1987), del que se desprendían también consecuencias útiles para la gestión asistencial.
- En la medida en que trabaja con datos que representan la realidad asistencial directa, una monitorización sugiere hipótesis de trabajo para la evaluación de programas y dispositivos. El trabajo antes referido sobre los flujos y las tendencias de la demanda asistencial y un estudio sobre los patrones de oferta terapéutica en los Programas Libre de Droga (Matía, 1987) son ejemplos de ello.
- Finalmente, esta monitorización nu-

tre el indicador «pacientes nuevos en tratamiento de Madrid» para el Sistema Estatal de Información de Toxicomanías —SEIT— del Plan Nacional sobre Drogas.

Hay que destacar, en todo caso, la necesidad de cautela y delicadeza a la hora de interpretar resultados obtenidos mediante una monitorización de servicios, evitando la comparación mecánica o grosera de centros, ya que factores complejos que con frecuencia no se monitorizan condicionan diferencias en ocasiones dramáticas. Una monitorización de servicios sólo se mantiene y se justifica si se utiliza básicamente como una vía sistemática y continua para aprender de la experiencia y mejorar las acciones en el presente y en el futuro y nunca para justificar la designación de una cabeza de turco (Sartorius, 1983).

En el año en curso, además de mantener, perfeccionar y depurar el instrumento y las explotaciones referidas, se pretende llevar a cabo un estudio sobre las variables que condicionan la retención asistencial de los distintos programas y dispositivos, abrir nuevas líneas en la investigación epidemiológica y en la evaluación asistencial y promover el uso del Registro entre los profesionales que colaboran con el mismo para dar apoyo a sus trabajos —seguimiento de cohortes, selección de muestras...—, extendiendo de esta forma las aplicaciones a la investigación clínica y social.

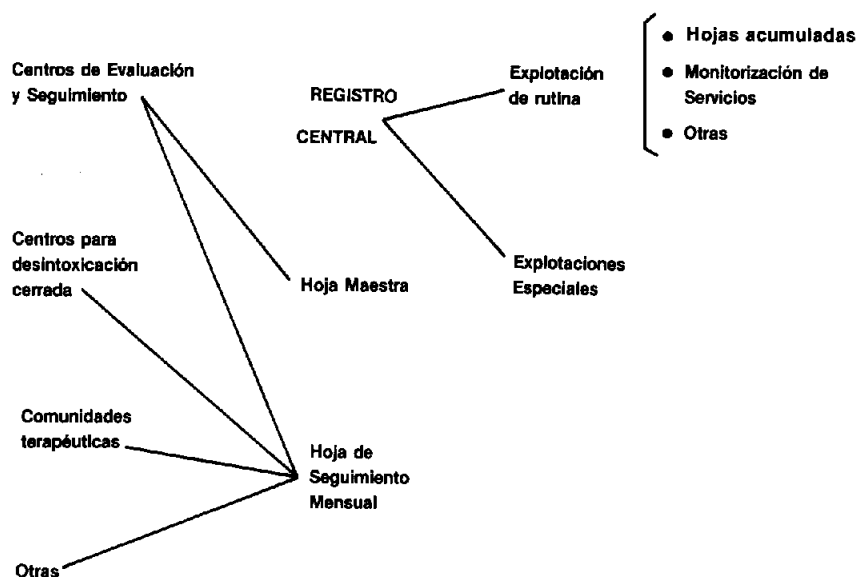


Fig. 1.— Estructura básica del RAD del Plan Regional sobre Drogas de Madrid

BIBLIOGRAFIA

ASHERY, R. S. (Ed.). *Progress in the development of cost-effective treatment for drug abusers*. Nida Research Monograph, Maryland, 1985.

CABALLERO, L. *Provisión de necesidades asistenciales en el PRD para 1986*. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid, Madrid, 1986. (Trabajo no publicado.)

CABALLERO, L. *Aplicaciones a la evaluación de programas de un Registro Acumulativo*. Actas del Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría, Pamplona, julio, 1987.

DIEZ, M.; CABALLERO, L.; MUÑOZ, P. E. *Descripción de una cohorte de 1.829 drogodependientes que inician tratamiento en Madrid*. Libro de Resúmenes del IV Congreso Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, Madrid, septiembre, 1987.

DUPONT, A. «Psychiatric Case Registers», en HAFNER (Ed.). *Estimating Needs for Mental Health Care*. Springer-Verlag, Heidelberg, 1979.

EUROPEAN SCIENCE FOUNDATION. *Statement concerning the protection of personal data for research*. ESF, Strasbourg, 1980.

FRYERS, T. «Estimation of need on the basis of case register studies: British case register data», en HAFNER (Ed.). *Estimating Needs for*

Mental Health care. Springer-Verlag, Heidelberg, 1979.

FRYERS, T. «Administrative and operational research using a psychiatric case register», en Ten Horn, GHMM; Giel, R.; Gulbinat, W. H.; Henderson, L. H. (Eds.). *Psychiatric Case Registers in Public Health*. Elsevier, Amsterdam, 1986.

FRYERS, T. «Practical issues in the establishment, maintenance and exploitation of registers: introduction», en Ten Horn, GHMM; Giel, R.; Gulbinat, W. H.; Henderson, L. H. (Eds.). *Psychiatric Case Registers in Public Health*. Elsevier, Amsterdam, 1986.

FRYERS, T. «The future of Psychiatric Case Registers», en Cooper, B. (Ed.). *The epidemiology of psychiatric disorders*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1987.

GIEL, R. «The use of a case register in administrative and operational research: introduction», en Ten Horn, GHMM; Giel, R.; Gulbinat, W. H.; Henderson, L. H. (Eds.). *Psychiatric Case Register in Public Health*. Elsevier, Amsterdam, 1986.

HAFNER, H. (Ed.). *Estimating Needs for Mental Health Care*. Springer-Verlag, Heidelberg, 1979.

HEIDEN, W. and der & KLUG, J. «An integrated re-

cord system for the observation of the demand for medical and social after care as basis for organizing extramural services.» *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum 285, Vol. 62, Págs. 54-59, 1980.

HELGASON, T. «Estimation of Need on the Basis of Case Register Studies: Discussion», en Häfner (Ed.). *Estimating needs for mental Health Care*. Springer-Verlag, Heidelberg, 1979.

LUENGO, S.; BRAVO, M. J.; CABALLERO, L.; DIEZ, M.; MUÑOZ, P. E. *Estudio descriptivo de dos poblaciones de toxicómanos de edades extremas*. Libro de Resúmenes al IV Congreso Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, Madrid, septiembre, 1987.

MATIA, J. *Análisis de los patrones terapéuticos en los dispositivos del Plan Regional sobre Drogas*. Plan Regional sobre Drogas de Madrid, 1987 (trabajo no publicado).

MUÑOZ, P. E.; CABALLERO, L.; MEGIAS, E. «El Registro Acumulativo de Drogodependientes de la Comunidad de Madrid.» *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, Vol. 14, n.º 5, Págs. 379-388, 1986.

O'BRIEN, C. P. «Treatment Research», en NIDA (Ed.). *Drug Abuse and Drug Abuse Research. The second Triennial Report to Congress from*

the Secretary, Department of Health and Human Services. NIDA, Maryland, 1987.

PIN, E. J.; MARTIN, J. M.; WALSH, J. F. «A follow-up Study of 300 Ex-clients of a Drug-Free Narcotic Treatment Program in New York City.» *Am J Drug Alcohol Abuse*, 3:397-407 (1976).

ROOTMAN, I.; HUGHES, P. H. Drug abuse reporting Systems. World Health Organization (offset publication n.º 5), Geneva, 1980.

SARTORIUS, N. «Evaluation in Mental Health Programmes», en HELGASON, T. (Ed.), *Methodology in evaluation of psychiatric treatment*. Cambridge, 1983.

SIMPSON, D. D. «National Treatment System Evaluation Based on the Drug Abuse Reporting Program (DARP) Follow up Research» en TIMS, F. M. (Ed.) *Drug Abuse Treatment Evaluation. Strategies Progress an Prospects*, NIDA, Maryland, 1984.

STROMGREN, E. «Who takes care? How and where? And why?» *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Supplementum 285, Vol. 62, Pág. 9-14, 1980.

VILLANUEVA, C. *Estudio de 50 toxicómanos ingresados en unidades de desintoxicación del PRD*. (Comunicación Personal), 1987.

WING, J. K.; HAILEY, M. *Evaluating a Community Psychiatric Service. The Camberwell Register 1964-71*. Oxford University Press, London, 1972.

Agustín Velloso*

Drogas y escuela en el Reino Unido

RESUMEN

En este trabajo estudiamos la labor que las escuelas británicas realizan para luchar contra el consumo de drogas entre la juventud. En primer lugar realizamos un breve recorrido por los estados de opinión de diversos estamentos sociales, relativos al consumo de estupefacientes. Tras presentar las actividades de las Autoridades Educativas Locales frente al problema de las drogodependencias, nos ocupamos de la educación sobre las drogas en la escuela primaria y secundaria: participación de los padres, enseñanza sobre medicinas y drogas ilegales, educación de la salud, recursos didácticos, atención personal a los alumnos e influencia de la pandilla. Terminamos con un repaso de las evaluaciones realizadas a esta educación, cuyos resultados son escasamente alentadores.

SUMMARY

Drug education in schools, in the United Kingdom

47

In this paper the British schools' activities concerning the struggle against drug abuse among young people are studied. A review of the opinions about drug abuse expressed by some social sectors is firstly made. The Local Education Authorities' work on drug issues is later introduced. Afterwards drug education in primary and secondary education is studied: parents involvement, teaching on medicaments and illegal drugs, health education, didactics, pastoral care and peer pressure. Finally some assesment studies on this educational activities show little encouraging results.

LAS autoridades británicas han emprendido diversos tipos de acciones en los últimos años con el fin de atajar en la medida de lo posible el avance de la drogadicción entre la población juvenil. Algunas de estas acciones se dan en el ámbito escolar y nos ocuparemos de ellas a continuación. Pero en primer lugar queremos realizar una breve aproximación al problema de las toxicomanías en el Reino Unido para disponer de elementos de juicio con los que comprender mejor las medidas educativas tomadas en la lucha contra aquéllas.

Aunque es difícil conocer exactamente el alcance de las drogodependencias por tratarse de actividades ilegales —ni los fabricantes ni los distribuidores hacen públicos sus volúmenes de negocios, por un lado, y muchos adictos no solicitan ayuda a los servicios oficiales de tratamiento, por otro—, es innegable que el tráfico y consumo de drogas ha ido en aumento en el Reino Unido, salvo Irlanda del Norte, en los últimos años. Este problema no comienza con la llegada de los años ochenta, ya que la escalada se inició en los sesenta, pero sí se ha producido un aumento considerable en los últimos tiempos. Como ejemplo diremos que en 1984 el servicio de Adua-

(*) Correspondencia: c/ Nicaragua, n.º 2. 28016 Madrid.

nas y la Policía incrementó en un 9% las incautaciones de drogas con respecto a 1983, que el número de personas sentenciadas por delitos relacionados con drogas aumentó en un 7% en 1984 con respecto al año anterior y que los médicos británicos notificaron al Ministerio del Interior (Home Office) alrededor de un 25% más de casos de adictos en 1984 que en 1983 y tres veces más que en 1980.

Las cifras, sin embargo, aunque dan una indicación de la evolución del problema, resultan insuficientes para una cabal comprensión del mismo. Es preciso conocer el estado de opinión social, las ideas y sentimientos de los miembros de la sociedad ante la existencia de las drogas y su consumo y abuso por parte de algunos de ellos. Naturalmente esto es una tarea muy superior a las pretensiones de este estudio, pero no por ello queremos dejar de reflejar al menos algunos de los pensamientos dominantes que subyacen luego en los planes de prevención, en los programas de curso y en los materiales didácticos. Se puede afirmar que no existe unanimidad, ni siquiera dentro de las instituciones y organismos dependientes del Gobierno, en cuanto a la percepción del problema y el enfoque que se debe emplear en su solución. Nos serviremos de un ejemplo para ilustrar estas diferencias. Si nos fijamos en la cannabis, la droga más consumida con diferencia sobre el resto, veremos que la polémica iniciada años atrás en torno a la legalización de su consumo aún no ha concluido.

Los partidarios de ésta se basan tanto en lo extendido de su uso como en el reconocimiento de que éste es menos dañino que el de drogas como la heroína. Por su parte, el Gobierno afirma que no existe certeza acerca del daño causado por la cannabis y que existe la posibilidad de que su consumo pueda in-

crementar el riesgo de exposición a otras drogas más peligrosas. En consecuencia, es irresponsable cualquier reducción de las penas vigentes por su uso y tráfico o la iniciación del camino hacia su despenalización. En cuanto a los enfoques empleados para informar y educar a la población sobre las drogas, también existe disparidad. Lo primero que afirma el *Home Office* en su informe titulado «Tackling drug misuse: a summary of the government's strategy» (London, 1986, 2.^a ed., p. 2) es que «el consumo de drogas es una cuestión de la mayor importancia para el Gobierno y la gente de todo el Reino Unido. Ha sido la causa de muchas desgracias personales y familiares». Pero en otro informe publicado por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (Department of Health and Social Security) en 1985, titulado «Drug Misuse. A basic briefing», se lee en la página sexta que «la mayoría de la gente que usa drogas no sufre ningún daño». Y sigue líneas más abajo: «el adagio sobre la moderación también se aplica a las drogas de dos formas diferentes. La primera es que constituye un riesgo tomar mucha cantidad de una sola vez y la segunda es que tomar una droga psicoactiva frecuentemente, en altas dosis y durante mucho tiempo, probablemente conducirá a discapacidades físicas y mentales». En el mismo informe se dice en la página nueve que «al mismo tiempo que las leyes pueden ayudar a reducir el número de personas que consumen drogas, pueden incrementar ciertos riesgos para los que lo hacen: riesgos de adulteración, sobre higiene, altos costes e inadecuada o confusa información».

Podemos hablar de un mayor acuerdo de ideas en la cuestión del tabaco y el alcohol, en el sentido de que éstos (junto a los tranquilizantes y otras drogas prescritas) no por legales carecen de

efectos dañinos para los que los consumen. Un folleto destinado a informar a los padres titulado «Drugs. What you can do as a parent», publicado en 1986 por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, se inicia con estas afirmaciones: «Simplemente porque uno toma una droga, ello no quiere decir que llegará a ser un adicto a ella. A veces en nuestra vida casi todos nosotros empezamos con drogas de algún tipo u otro. Cigarrillos y alcohol son, por supuesto, las más corrientes. Pero muchos de nosotros también empezamos con pastillas para dormir, tranquilizantes o anti-depresivos para ayudarnos a relajarnos y enfrentarnos al estrés y la tensión de la vida diaria». La *Nacional Association of Head Teachers* se lamenta en su «Council Memorandum on alcohol, drug and solvent abuse» (West Sussex, Holly House, 1986, p. 3) del protagonismo conseguido por el consumo de drogas ilegales en detrimento de otros consumos de evidente peligro para la juventud: «Es fácil sentirse influido por el énfasis actual sobre las drogas y la carencia de fondos para suficientes centros de rehabilitación, y olvidarse de la influencia jugada por el alcohol en los jóvenes de hoy. La aceptación social de la bebida y su implícita aprobación de “pasarla bien” oculta el hecho de que más y más jóvenes consumen bebidas de alta gradación alcohólica y a menudo hasta un punto de intoxicación elevado. Las fiestas de adolescentes se han convertido en algo así como una persona, una botella, y ésta frecuentemente es de licor (...). Las leyes actuales sobre venta de alcohol a los menores no se aplican satisfactoriamente, ya que muchos beben licores comprados legalmente por adultos, los cuales se los ofrecen en ocasiones a aquéllos.»

Si nos acercamos a las razones del consumo juvenil de estupefacientes

desde el punto de vista de los propios británicos, veremos en un suelto de dos páginas publicado por el Consejo de Educación de la Salud (Health Education Council) en 1983 que los jóvenes usan drogas por tres razones: a) para ser aceptado en el grupo de amigos o pandilla y para poder permanecer frescos durante las fiestas del fin de semana; b) para alejar las preocupaciones o la ansiedad, vencer la timidez y superar el fracaso social y la frustración; c) para combatir el aburrimiento o buscar la excitación, el peligro, la diversión. A estas razones se pueden añadir, según otros autores, las de la fácil disponibilidad de las drogas, los problemas de personalidad, la curiosidad y la búsqueda de placer.

LAS AUTORIDADES EDUCATIVAS LOCALES

Cada una de las demarcaciones territoriales en que se divide el país está administrada, en lo que a la educación se refiere, por una Autoridad Educativa Local (Local Education Authority). Sus responsabilidades alcanzan a la enseñanza primaria y secundaria y también a la preescolar, postsecundaria, especial, de adultos y los servicios de asistencia juvenil. Contratan al profesorado de las escuelas bajo su competencia y también pueden hacerlo con consejeros y personal especializado, como médicos, psicólogos y asistentes sociales. En abril de 1986 se envió un cuestionario a estas autoridades sobre el problema que aquí tratamos con el fin de conocer el grado de preocupación de las mismas y las medidas educativas que se estaban empleando para combatirlo. Aunque no se preguntó en dicho cuestionario sobre la incidencia del abuso de heroína en las escuelas, varios contestaron por su cuenta que no tenían noticia de dicho abuso entre los

escolares. Sin embargo, muchos manifestaron preocupación por el uso de drogas menores a menudo en combinación con alcohol. Únicamente un cinco por ciento de las autoridades (contestaron un 84%) manifestaron que no estaban llevando a cabo ninguna acción en este campo. Por otra parte, más de tres cuartos de las contestaciones aseguraban que realizaban actividades diversas en el aula en combinación con la formación del profesorado. Es de resaltar que las autoridades reconocieron la necesidad de una respuesta interdisciplinaria al problema de la drogadicción. Por ello, casi todas las decisiones en cuanto a los planes a seguir se toman en acuerdo con los servicios sociales, la policía y otras agencias locales.

La tendencia general en el conjunto de actividades de las autoridades es la de seguir aumentando el número de cargos escolares dedicados a la lucha contra el abuso de drogas, si el Gobierno concede los fondos necesarios para ello. Aunque la mayor preocupación es que aquéllos se dediquen a este trabajo de forma exclusiva, existe el problema de que los fondos se agoten y no se renueven, o se reduzcan. En cuanto a los niveles escolares, casi tres quintos de las autoridades tienen designados puestos específicos para educación sobre las drogas y cuestiones de salud relacionadas en algunas o todas de sus escuelas secundarias, mientras que más de un tercio de las mismas tienen tales puestos en sus escuelas primarias. El trabajo de las personas que los cubren consiste en la organización de cursos de educación social y educación de la salud en relación con la cuestión de las drogas, la realización de orientación, la creación de lazos con las agencias exteriores, la organización de la formación del profesorado y la propagación de información concer-

niente a las drogas y de materiales de enseñanza.

A pesar de las medidas ya empleadas y las que se ponen en marcha, existen diversos problemas de efectividad y mejoramiento que esperan solución. Por ejemplo, aunque se reconoce la necesidad de incrementar la cooperación entre las autoridades y los diversos organismos de lucha contra la droga, la realidad es que se requieren medios más efectivos para aumentar dicha cooperación que pasen por encima de las diferencias entre los interesados; es preciso que un mayor número de profesores sea consciente de las posibilidades que tienen de integrar los programas educativos sobre drogas en sus cursos de educación social y de la salud, ya que no todos ellos conocen los materiales existentes publicados por diversas instituciones; también existe polémica acerca de la efectividad real de los programas educativos a la hora de ver disminuida su extensión, así como sobre la utilidad de los cursillos que se ofrecen.

ESCUELA PRIMARIA Y SECUNDARIA

Los responsables de la prevención educativa contra la droga consideran que el conocimiento sobre el acceso a las drogas es muy común y está muy extendido entre los jóvenes, sin relación con el entorno familiar o social (rural/urbano); además, la edad de la primera experiencia y del consumo posterior ha descendido considerablemente, afirman, y se han dado casos cuantificables de niños de nueve y diez años que son consumidores regulares. Al mismo tiempo, sin embargo, resaltan el hecho de que la escuela es el lugar ideal para llevar a buen fin los programas preventivos de educación, ya que esta institución cuenta con los recur-

sos adecuados, que son el profesorado, la organización y los medios didácticos.

La primera pregunta que surge al respecto es ¿a qué grupo de edad se debe dirigir esta enseñanza? Consecuentemente con lo dicho y a pesar de la creencia generalizada de que únicamente los alumnos mayores deben recibir tal enseñanza, los programas educativos deben empezar en la primaria a partir de los ocho años de edad. Naturalmente, esto lleva unas particularidades didácticas concretas y una organización acorde con las exigencias de la edad y el *currículum*. En primer lugar se ha de buscar el apoyo de los padres y las agencias externas para la realización de los programas de prevención, se debe incluir estos últimos dentro del *currículum* general de educación de la salud y no como algo aislado y deben orientarse hacia las sustancias y medicinas corrientes en el mundo de los niños. Aunque la enseñanza sobre drogas ilegales no es frecuente en el nivel primario, numerosos niños de edades entre los ocho y doce años son perfectamente conscientes del uso de drogas y realizan preguntas al maestro al respecto. Para estas situaciones existen materiales didácticos y recursos apropiados y se recomienda a los profesores que sigan las orientaciones de los especialistas. Estos han editado materiales para ser usados en el aula por niños de nueve a once años con la ayuda de sus padres y, por supuesto, sus maestros. Sus fines son crear, entre los tres grupos citados, un estado de conciencia de los peligros potenciales relativos al abuso de las drogas, incrementar su conocimiento sobre las drogas en general, su uso y abuso, y capacitarles para crear un ambiente saludable para los niños, de tal manera que la incidencia del abuso de las drogas entre ellos sea mínima.

Algunas de las recomendaciones hechas para el nivel primario sirven de igual forma para el secundario. La colaboración con los padres es de nuevo conveniente y la enseñanza ha de estar integrada en el *currículum* habitual de la educación social o de la salud. Si, además, en la escuela se tiene constancia de que los alumnos están envueltos en droga o experimentando con ella, se requiere una orientación específica destinada a los interesados, siempre bajo el imperativo de la confidencialidad. Como los intereses de los alumnos de secundaria son bastante más amplios que los de primaria y los contextos de las escuelas pueden variar en gran medida, existe mayor variedad en la programación de los cursos relativos a las drogodependencias. Estos pueden aparecer como parte del curso de educación de la salud, el cual incluye también cuestiones como la nutrición, el ejercicio corporal, la educación sexual, la seguridad, etc., o pueden aparecer en el contexto de la educación social, orientación o educación moral o religiosa. La mayoría de las escuelas incluyen cuestiones relativas al alcohol, el tabaco y el uso apropiado de las medicinas prescritas, pero no incluyen enseñanzas relativas al consumo ilegal de drogas. En ocasiones esta enseñanza es parte del *currículum* general de educación de la salud si la escuela ha decidido dar una respuesta a algún incidente que haya tenido lugar en la misma escuela, aunque tal enseñanza no estuviese programada en un principio. Uno de los problemas más importantes de la enseñanza sobre las drogas en la escuela secundaria es que ésta se enfrenta a las enseñanzas adquiridas por el joven en su grupo de amigos o pandilla. Es evidente que, independientemente de la enseñanza que facilita el aula, la pandilla provee considerable información a sus miembros sobre la cuestión, incluso si éstos

no han experimentado directamente con drogas. Por ello, los métodos tendientes a presentar al drogadicto y traficante como alguien peligroso capaz de engañar a los jóvenes se consideran carentes de sentido. Es preciso tener en cuenta que un elevado porcentaje de los que prueban drogas por vez primera la reciben de amigos o compañeros de escuela en ésta, un *pub*, un club o una fiesta en un domicilio particular. A la educación de la salud institucional, en consecuencia, no le queda otra opción que tomar en cuenta la experiencia de los educandos y reflejar el mundo real tal y como la gente lo percibe.

Una tendencia que se discute en la actualidad es la que defienden los partidarios de ofrecer a los jóvenes las habilidades y recursos sociales y personales necesarios para reducir la probabilidad de caer envueltos en drogas. Tales habilidades incluyen el desarrollo de la toma de decisiones personales y el coraje, en el sentido de que un alto grado de ambos conduce a la posesión de un fuerte control sobre el propio estilo de vida. Otras tendencias acuden a la relajación y al ejercicio corporal, los cuales, según sus autores, aumentan la capacidad de sobreponerse al estrés de la vida moderna. Aunque no se discute el valor de tales actividades, es difícil situarlas correctamente en el *currículum* y conocer con exactitud el grado en que deben ser desarrolladas. Por otro lado, si reconocemos que los jóvenes experimentan con las drogas por diversas razones, estas técnicas pueden ser insuficientes, ya que no todos los consumidores de drogas lo hacen debido al estrés sufrido. Otras discusiones se centran en el aspecto relativo a la participación de los propios jóvenes en el desarrollo de los cursos de educación de la salud. No se ha probado que el uso de métodos como discu-

sión de grupo, estudio de casos, simulación y teatro sean más efectivos que los tradicionales, pero hay suficientes indicaciones que hacen prever su desarrollo. Estos métodos cuentan con la doble ventaja de dar participación a los alumnos y permitir el empleo de su lenguaje habitual. Este uso del lenguaje se ve como fundamental en el proceso de aprendizaje, a la vez que como una oportunidad de ensayar y practicar habilidades que poseen interés para la enseñanza sobre drogas. Como norma general, se considera que el grado hasta el que una escuela debe volcarse en la enseñanza sobre las drogas depende principalmente de los objetivos que se consideren prioritarios en la escuela y la naturaleza y extensión del uso y abuso de drogas en el área escolar. No se debe olvidar, por último, en cuanto a estrategias, que además de los *currícula* destinados específicamente a la educación de la salud sobre drogas, otros aspectos tradicionales de la vida escolar pueden ser empleados en la educación del comportamiento juvenil respecto de aquéllas. Nos referimos al ambiente escolar, el modelo de relaciones interpersonales, las rutinas establecidas, el valor de la autoestima entre los escolares, etc. Aunque no se puede cuantificar la influencia de un ambiente ético saludable en la vida escolar, no cabe duda de que puede tener tanta importancia o más en el desarrollo de los jóvenes como un *currículum* exclusivamente destinado a esta materia. No cabe duda de que el profesorado tiene una importante labor que realizar en el desarrollo de la autoestima de los escolares. Pueden contribuir a ello facilitando a todos los alumnos la posibilidad de destacar en algún aspecto del trabajo y la vida escolar, sin tener en cuenta sus habilidades y capacidades concretas. El papel tradicional jugado por los profesores y tutores de atención personal, especialmente

valioso en los momentos de dudas y dificultades, es de particular relevancia en este contexto. Se trata, en definitiva, de que los alumnos no sean vencidos por la presión de las drogas a partir del abandono social, la falta de autoestima o un sentimiento de rechazo e incompetencia. Por otro lado, en el caso de los jóvenes que se sienten atraídos por el ansia de experimentar o el deseo de conocer el riesgo, la escuela puede jugar un papel preventivo proponiendo a sus alumnos un conjunto de experiencias agradables y atrayentes. La escuela puede facilitar los retos que los jóvenes necesitan y unir así su labor a la de otros centros educativos, clubs y asociaciones que proporcionan a sus jóvenes miembros las experiencias que éstos ansían conocer.

EVALUACION DE LA EDUCACION SOBRE LAS DROGAS

No existe un gran número de estudios de evaluación de los diferentes tipos de educación sobre las drogas. Mencionaremos los que poseen mayor relevancia. El más antiguo fue publicado en 1974, en Londres, por B. Swift, N. Dorn y A. Thompson, a cargo del ISDD, y se tituló «Evaluation of drug education: Findings of a National Research Study of effects on secondary school students of five types of lessons given by teachers». La idea principal del trabajo consistió en descubrir los efectos de varios tipos de clases sobre drogas, impartidas habitualmente por profesores de escuelas secundarias en Inglaterra y Gales. En palabras de los autores, éstos no intentaron clasificar esta enseñanza como «buena» o «mala», sino, mediante la comparación de sus efectos, identificar aquellos aspectos de la enseñanza cuya mejora puede fundamentarse de modo más constructivo. Dos años más tarde, en 1976, R.

H. Blum, E. Blum y E. Garfield publicaron «Drug education: results and recommendations» (Lexington, Mass. y Toronto, Lexington Press). Se considera el estudio más detallado de los resultados de la educación sobre las drogas actualmente disponible. Sus conclusiones sugieren que, aunque la educación sobre las drogas no puede evitar en su totalidad el consumo y que puede estimular la experimentación, puede reducir también una implicación excesiva.

En 1985 M. Plant, D. Peck y E. Samuel publicaron «Alcohol, Drugs, and School-leavers» (London, Tavistock). En este libro los autores dedican un apartado a la educación de la salud, a la que consideran la medida menos controvertida, no coercitiva y atrayente de todas las que se pueden emplear en la lucha contra el abuso y consumo del alcohol, tabaco y drogas ilícitas. Tras pasar revista a varias investigaciones que han evaluado el éxito obtenido por diversos tipos de educación antialcohólica y antitabaco y en las cuales se concluye que no existe una alta correlación entre educación y descenso en el consumo de ambos productos, se ocupan de la educación sobre las drogas ilícitas. De ésta dicen que sus resultados son tan tristes como los de las dos anteriores. Para ello se basan en diversos estudios realizados por N. Dorn en 1981: «Youth culture in the United Kingdom: Independence and Round Drinking» en *International Journal of Health Education* (XXIV,2: 281-82), y E. Schaps et al: «A Review of 127 Drug Abuse Prevention Programme Evaluation», en *Journal of Drug Issues* (11, 1: 17-43), los cuales concluyen que poco se puede esperar de este tipo de educación.

En palabras de los tres autores (páginas 118 y 119), «las afirmaciones pre-

cedentes sobre educación de drogas ilícitas, tabaco y alcohol constituyen una lectura deprimente. Las iniciativas educativas a la gente "normal" han tenido poco éxito en el cambio de su comportamiento y de sus actitudes. La educación no es una panacea y esto es algo poco sorprendente. La amplia variedad de factores que influyen en el uso y el abuso de las drogas legales e ilegales ha sido anteriormente explicada en este capítulo. No puede esperarse que la educación compense la presión de la pandilla, los problemas personales, el hedonismo, las predisposiciones biológicas y psicológicas o la gran responsabilidad de las drogas psicoactivas tan baratas y disponibles. Tampoco se puede pretender que los educadores carguen con los pecados del mundo sobre sus hombros ni que equilibren el rechazo público o político a modificar las leyes o controlar la disponibilidad de las drogas que son mal empleadas». Los autores afirman que la educación ha tenido poco éxito en su propósito de reducir el consumo de drogas. Esto es algo que se puede apreciar sólo con acudir a las estadísticas siempre en aumento sobre el número de drogadictos censados. Sin embargo, no tenemos más que preguntas e hipótesis sobre lo que sucedería si ni siquiera tuviésemos algunos modelos y programas educativos. Con todo, lo más acertado de este análisis reside en situar el fracaso de la educación sobre las drogas fuera de sí misma. Como afirman los autores, la educación no puede con todo, no es una panacea. Hay que reconocer que el problema no está tanto, o únicamente, en la propia educación, como en el resto de los hechos de la vida diaria no relacionados con la educación, más numerosos y más poderosos que los que acontecen dentro de aquélla. Por otro lado, ¿acaso cabría esperar desde un punto de vista ético que la educación acabase

con las drogas? La educación no puede condicionar al hombre de tal modo que lo prive de su libertad. En última instancia éste siempre decide y por ello puede escoger ser un consumidor o no serlo. Es preciso descartar de modo definitivo, por tanto, la idea de que la educación es un arma completamente eficaz contra el uso y el abuso de las drogas. Y, sin embargo, hay que seguir contando con ella. Esta es la opinión expresada por los autores, quienes reclaman, además, un mayor rigor en su planteamiento (p. 119-120): «Sería injustificado totalmente, sobre la base de la evidencia actual, descartar la educación como una respuesta al consumo juvenil (u otro) de las drogas. Claramente, la educación en este campo no parece haber alcanzado gran cosa. Próximas iniciativas habrán de ser dirigidas con cuidado y sobre bases experimentales. Se necesita seleccionar métodos y fines, seguir la guía de la evidencia mundial disponible. Las agencias que gasten grandes sumas de dinero público deben demostrar que están intentando hacerlo de un modo constructivo. A menudo se organizan campañas publicitarias para demostrar que se llevan a cabo acciones (...). Se ponen en práctica muchas iniciativas que son realmente propaganda y no educación. Los educadores sufren frecuentemente las presiones de los políticos que encuentran las campañas informativas atractivas sólo porque son vistosas.»

Sin mencionar estudios concretos, el ISDD, «*Drugs in Health Education: Trends & Issues*» (London, 1984, sin paginación), señala que «una parte de los programas de educación de la salud han sido evaluados para ver si cumplen lo que se proponen. La conclusión general que se deriva tras la revisión de los estudios disponibles (cuando se concentra la revisión en los que tuvieron procedimientos rigurosos de eva-

luación) es que ninguno de los tipos de educación sobre las drogas desarrollados hasta hoy (enfoque del miedo, objetivo o afectivo) reduce la tasa de experimentación con drogas. Sin embargo, la evidencia no indica que la experimentación venga fortalecida por la educación sobre las drogas. Así, la más sólida evidencia hasta hoy es que dicha educación no afecta a los niveles generales de experimentación con drogas, aunque cada persona puede reaccionar de modo particular».

BIBLIOGRAFIA

- BLUM, R. H., et al.: *Drug Education: results and recommendations*. Lexington, Lexington Press, 1976.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY: *Drug misuse: prevalence and service provision. A report on surveys and plans in English National Health service regions*. London, DHSS, 1985.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY: *Drugs. What you can do as a parent*. London, DHSS, 1986.
- DORN, N.: Youth Culture in the U.K.: Independence and Round Drinking, en *International Journal of Health Education*, 1981, XXIV,2: 281-282.
- EDWARDS, G., y BUSCH, C. (eds.): *Drug Problems in Britain: a review of ten years*. London, Academic Press, 1981.
- HODGSON, A., y STREATFIELD, D.: What are the LEAs doing about drugs?, en *Education*, 1986. 17 enero, 59.
- HOME OFFICE: *Tackling Drug Misuse: a Summary of the Government's Strategy*. London, H.O., 1986, 2.ª ed.
- INSTITUTE FOR THE STUDY OF DRUG DEPENDENCE: *Drugs in Health Education: Trends and Issues*. London, ISDD, 1984.
- NATIONAL ASSOCIATION OF HEAD TEACHERS: *Council Memorandum on alcohol, drug and solvent abuse*. West Sussex, Holly House, 1986.
- PLANT, M., et al.: *Alcohol, Drugs, and School-leavers*. London, Tavistock, 1985.
- SCHAPS, E.: A review of 127 drug abuse prevention programme evaluation, en *US Journal of Drug Issues*, 1981, 11, 1: 17-43.
- THE SOCIAL MORALITY COUNCIL STUDY GROUP ON EDUCATION AND DRUG DEPENDENCE: *Education and drug dependence*. London, Methuen, 1975.
- SWIFT, B., et al.: *Evaluation of drug education; Findings of a National Research study of effects on secondary school students of five types of lessons given by teachers*. London, ISDD, 1974.

Documentación

M.^a Eugenia Zabarte

El sistema penal y las medidas de reinserción social de los consumidores de drogas

EL Grupo Pompidou del Consejo de Europa organizó en Estrasburgo, durante los días 1 a 4 de diciembre de 1987, un simposio sobre «El sistema penal y las medidas de reinserción social de los consumidores de droga».

En el marco general del análisis sobre el papel que desempeña el sistema penal con respecto al fenómeno social del consumo de drogas, este simposio centró la reflexión en los medios a través de los cuales aquél puede cooperar con los servicios sociales y los servicios de salud a efectos de favorecer la reinserción de los delincuentes con drogodependencias, tanto durante la detención como tras su puesta en libertad, e incluso en los supuestos en los que se haya decidido adoptar una fórmula alternativa a la del cumplimiento de la condena en un centro penitenciario. Se dedicó una atención especial a la incidencia del SIDA entre dicho colectivo, así como a la situación de las mujeres encarceladas y a la de los menores delincuentes consumidores de drogas.

Los participantes representaban a un amplio espectro de entidades y sectores profesionales que abarcaba desde funcionarios penitenciarios y agentes de *probation* hasta miembros de organizaciones oficiales o benévolas de ayuda a ex-reclusos, y en particular a ex-reclusos drogodependientes, pasando por personal de servicios sociales,

públicos o privados, que intervienen en la reinserción social de dicho sector de población, personal médico penitenciario, procuradores y jueces responsables de la ejecución de las penas y funcionarios de los departamentos ministeriales afectados.

Se recogen a continuación algunos de los aspectos más significativos del debate que tuvo lugar como consecuencia de esta convocatoria.

59

EL SIDA: SU INCIDENCIA ENTRE LA POBLACION PENITENCIARIA DROGODEPENDIENTE Y LAS MEDIDAS PARA LUCHAR CONTRA LA ENFERMEDAD

En este punto se informó detalladamente sobre los resultados de la consulta efectuada por la Organización Mundial de la Salud en torno a la prevención y lucha contra el SIDA en el medio penitenciario. Se debatió asimismo la Recomendación R(87) 25 adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, el 26 de noviembre de 1987, en torno a una política europea de salud pública para la lucha contra el SIDA.

Con carácter general se coincidió en los criterios siguientes:

- Los mismos principios que sirven de base para la política de lucha contra el SIDA en el conjunto de la so-

ciudad deberían ser aplicados en las prisiones.

- Los Estados miembros deberían adoptar medidas específicas respecto a los centros penitenciarios y, en particular, respecto a los reclusos toxicómanos para garantizar:

- a) Una información y una educación sanitaria adecuadas al conjunto del personal y a los reclusos.
- b) La posibilidad de efectuar la detección y el diagnóstico de la enfermedad y de mantener una entrevista con los interesados con el compromiso de que los resultados no deben ser conocidos más que por el detenido y el personal médico.
- c) Apoyo psicológico y seguimiento médico de los reclusos seropositivos asintomáticos.
- d) Tratamiento y exámenes adecuados para aquellos reclusos que desarrollen los síntomas y signos del complejo relacionado con el SIDA o síndrome de ARC (Aids Related Complex).
- e) Cuidados y atención «humanizada» para los reclusos que desarrollen el SIDA, así como el derecho a morir con dignidad.

- La epidemia de SIDA complica los problemas que se presentan a quienes desean luchar contra el uso de drogas a través de la adopción de dispositivos penales. Ello obliga a los Estados miembros a desarrollar el siguiente decálogo de medidas:

- 1) Revisar la legislación y las políticas que se refieran a condena de drogodependientes, a efectos de ofrecer mejores servicios comunitarios alternativos.

- 2) Potenciar la información dirigida al personal que presta sus servicios en establecimientos penitenciarios, así como a los propios reclusos, al objeto de eliminar los mitos y estigmas vinculados al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y al SIDA.

- 3) Desarrollar un programa de educación sanitaria destinado a los consumidores de drogas a efectos de que protejan su salud y la de los demás. Este programa debe inscribirse necesariamente en el programa nacional de lucha contra el SIDA. Todas las medidas adoptadas para luchar contra el uso de drogas deben incorporar una información sobre el SIDA.

- 4) Velar porque en el medio penitenciario se apliquen idénticas normas de ética médica, en materia de secreto profesional y de otros principios, que las que se aplican en el resto de los ámbitos sociales. En tal sentido parecería conveniente que los servicios médicos penitenciarios quedasen bajo la responsabilidad de la administración sanitaria.

- 5) Analizar y evaluar, en el contexto de su sistema jurídico, las medidas de prevención que puedan ser de interés para la salud pública, por más que las mismas estén sujetas a controversias entre distintos sectores; entre ellas cabe señalar:
 - el suministro de preservativos a los reclusos.
 - la introducción en el medio penitenciario de programas

- de tratamiento con metadona.
 - el suministro a los consumidores de drogas de agujas y de jeringas desechables.
 - el establecimiento de programas de visitas conyugales.
- 6) Impulsar el desarrollo de servicios de apoyo psicológico para reclusos seropositivos.
 - 7) Velar para que los reclusos afectados por SIDA sean prioritariamente considerados, por razones de humanidad, de cara a una liberación anticipada.
 - 8) Considerar la posibilidad de informar sobre los riesgos relacionados con el uso de drogas.
 - 9) Velar para que los reclusos seropositivos no sean discriminados por la vía de la segregación, el aislamiento o la restricción del acceso a los talleres, a las actividades de ocio y tiempo libre, etc.
 - 10) Velar porque las normas de higiene y alojamiento en las prisiones (instalaciones sanitarias, régimen alimenticio, ventilación, habitabilidad...) se ajusten a la legislación que sobre salud pública se aplica al conjunto de la sociedad.

LOS RECLUSOS CONSUMIDORES DE DROGA: INCIDENCIA, PARTICULARIDADES Y ORIENTACIONES

Según Darbada, Magistrado de la Dirección General de Administración Pe-

nitenciaria del Ministerio de Justicia francés, el hecho de que en los últimos años se haya venido registrando un aumento importante del número de reclusos toxicómanos no es únicamente consecuencia del crecimiento de la toxicomanía en las sociedades occidentales, sino fundamentalmente el efecto de que «... una parte creciente de los toxicómanos ha recurrido al encarcelamiento como modo de gestionar su dependencia de la droga».

En general, las señas de identidad del recluso toxicómano son las de persona adulta en situación de fracaso y de sufrimiento. Dentro de este colectivo pueden, según el profesional mencionado, distinguirse, esquemáticamente, dos tipologías: 1) Auténticos toxicómanos (consumidores de drogas ilegales de forma patológica con imposibilidad de controlar el uso) cuya vida de relación se encuentra deteriorada (con dificultades familiares, profesionales...) y que cometen frecuentemente delitos conexos a las infracciones de la legislación sobre estupefacientes; y 2) delincuentes ordinarios susceptibles de consumir droga ocasionalmente e incluso de conocer, en algún momento de su itinerario, una farmacodependencia.

Naturalmente que, entre ambos polos, existe una gama amplia de situaciones diversas. Esta heterogeneidad exige, en consecuencia, la convergencia de instituciones especializadas en la atención de drogodependencias, a efectos de proporcionar las respuestas diversificadas que son necesarias en el medio penitenciario. Dicho esto cabe afirmar que las intervenciones de finalidad terapéutica pueden plantear problemas cuando tienen lugar en una institución penal. No obstante, el magistrado francés insistió en que los responsables de estas intervenciones con-

vergentes deben hacer hincapié en el imprescindible aprovechamiento del tiempo de la reclusión para, por una parte, favorecer la mentalización de los presos acerca del sentido y de los riesgos de su drogodependencia, y, por otra, para suscitar la decisión individual de ponerse en manos de un servicio especializado.

Por lo tanto, según Darbeda, las administraciones penitenciarias deben interesarse, de un lado, por restaurar la salud física y psíquica de los detenidos que manifiesten una dependencia tóxicomana, y, de otro, por poner en marcha actividades tendentes a desarrollar las capacidades de relación y de inserción de aquéllos. La conexión entre profesionales que presten servicios en el medio cerrado e instituciones que trabajan en el exterior va a permitir preparar la salida de los reclusos asegurándoles un seguimiento y apoyo en los circuitos social y sanitario.

El magistrado evocó algunos problemas de gestión penitenciaria que este sector de la población reclusa viene suscitando. Entre ellos cabría señalar por su interés los siguientes:

a) Toxicomanía carcelaria

Los servicios médicos, según Darbeda, no deben ceder a las manipulaciones de los reclusos tóxicomanos que reclaman dosis fuertes de algunos psicótrópos y buscan en el consumo de benzodiazepinas, en particular, un efecto generador de drogodependencia. Se constatan, asimismo, prescripciones excesivas de neurolépticos y una deficiencia de personal cualificado en la farmacia penitenciaria. La sensibilización del personal médico hacia una adecuada dispensación de medicamentos así como el respeto a las nor-

mas farmacéuticas contribuirían eficazmente a reducir la circulación de productos psicótrópos en los centros penitenciarios.

Por otra parte es de destacar que, en algunos Estados, el servicio médico penitenciario ha recurrido a un programa de deshabitación a base de metadona. Plantea dudas a Darbeda que este tipo de tratamiento no represente sino una simple sustitución de un producto ilegal por otro legal, retrasando con ello el proceso de deshabitación.

b) Terapia de apoyo

Junto a la atención de los problemas somáticos, el servicio médico debe adoptar aquellas medidas que proporcionen a los tóxicomanos los medios para superar la dependencia psicológica de la droga. Los profesionales de la salud admiten en la actualidad que es posible iniciar en la prisión una terapia que debería continuarse al salir de la misma por cuanto a menudo tiene una duración prolongada y no produce todos los efectos deseados hasta tanto el interesado no se encuentra en libertad. Las fórmulas que parece factible poner en marcha en las prisiones para favorecer este tipo de tratamientos, son las entrevistas individuales y la psicoterapia de grupo.

En la práctica las soluciones dadas a esta posibilidad terapéutica son diversas en los distintos Estados. Existen experiencias que cuentan con la colaboración de especialistas integrados dentro del servicio médico-psicológico del centro penitenciario y otras que recaban los servicios de psiquiatras y psicólogos de entidades ajenas a la prisión. En todo caso resulta imprescindible, para la buena marcha del tratamiento, contar con el consentimiento del recluso tóxicomano.

c) Las instituciones especializadas

Los equipos especializados exteriores a la prisión tienen la posibilidad de actuar sobre el entorno socio-familiar de los jóvenes consumidores de droga, entorno que constituye un elemento determinante a la hora de iniciar o continuar un proceso de drogodependencia. Estos equipos deben trabajar en estrecha conexión con los equipos socio-educativos de los establecimientos penitenciarios. La intervención coordinada de todos ellos en relación con presos que soliciten ayuda para elaborar un proyecto que les apoye tras su salida de la cárcel, es fundamental y de gran valor terapéutico. La orientación post-penal se concreta en la derivación del ex recluso hacia estructuras apropiadas a cada caso: hogar de acogida, centro de rehabilitación, hospital, psicoterapia ambulatoria, familia sustituta...

d) ¿Reagrupamiento o dispersión de los reclusos?

La mayor parte de las administraciones penitenciarias consideran que los presos consumidores de drogas deben ser «dispersados» entre la población reclusa no toxicómana. El argumento que apoya esta posición es que tal dispersión evita la estigmatización del colectivo drogodependiente.

Sin embargo algunos Estados miembros del Consejo de Europa subrayan el interés de que existan zonas diferenciadas, conocidas como «áreas sin droga», en algunos establecimientos penitenciarios. Estas unidades de vida acogen a aquellos toxicómanos motivados para seguir un programa activo de inserción. En ellas, la admisión está subordinada al compromiso del recluso de abstenerse de todo consumo de es-

tupefacientes y de reincorporarse en un proceso de reinserción. El interesado debe aceptar, asimismo, someterse voluntariamente a controles reforzados y a análisis de orina frecuentes. En contrapartida participa en programas de actividades orientadas a la preparación de la salida.

La objeción mayor que plantea este sistema es incitar, por vía indirecta, a los reclusos no toxicómanos al consumo de drogas y ello por cuanto que, de esa manera, pueden beneficiarse de las medidas y actividades especiales que se desarrollan en las «secciones libres de drogas».

Esta objeción ha sido paliada en algunas cárceles mediante la admisión, en dichas zonas, de reclusos no exclusivamente toxicómanos, siempre y cuando se comprometan a no consumir, ni introducir, ni comerciar con droga en el recinto de la prisión. Ello ha redundado en un mayor y mejor control del tráfico y consumo de drogas en el interior de los centros penitenciarios.

Finalizó Darbeda su exposición aludiendo a dos realizaciones interesantes en el campo de la atención a reclusos toxicómanos, desde la óptica de una preparación de los mismos para la inserción en la vida social y profesional: 1) Las antenas especializadas puestas en marcha en los grandes centros penitenciarios de Francia y 2) la experiencia de la prisión de Österaker en Suecia.

1) *Las antenas de lucha contra la toxicomanía*

En la actualidad funcionan en 16 centros penitenciarios de la región de París y de su provincia. Están integradas por personal, a tiempo completo o parcial, cualificado en la atención de per-

sonas con toxicomanías y perteneciente a cuatro categorías profesionales: educadores especializados, asistentes sociales, psicólogos y enfermeras.

Bajo la autoridad médica del facultativo hospitalario responsable del servicio médico-psicológico (sector de salud mental implantado en el medio penitenciario) y bajo la autoridad administrativa del director del centro hospitalario de conexión, estas antenas tienen por misión coordinar todas las actuaciones desarrolladas en favor de reclusos con drogodependencias así como orientar y apoyar la salida de éstos de la prisión. Proceden a la detección de los recién llegados y apoyan e impulsan a los distintos servicios existentes en la prisión sin sustituirlos.

Son el nexo de unión entre los servicios penitenciarios y las asociaciones exteriores, especializadas o no, encargadas del seguimiento de los casos individuales.

Las antenas aportan su competencia técnica para el desarrollo de actividades diversas, constituyendo los soportes de un proyecto global orientado a la lucha contra la recidiva y favoreciendo la inserción social de los reclusos toxicómanos.

2) Österaker

Algunas prisiones suecas han creado áreas reservadas al tratamiento de reclusos toxicómanos. Es de destacar el programa desarrollado a esos efectos en cinco unidades de la prisión de Österaker, con una capacidad global de cincuenta plazas. El programa se articula y completa con una fase de preparación para la salida en la prisión abierta de Bogesund, que cuenta con quince plazas para estos fines.

Los reclusos deben permanecer en tratamiento en tales unidades durante, al menos, ocho meses y participar activamente en el programa individualizado en colaboración con el equipo social así como someterse a controles y análisis de orina cotidianos.

El aprendizaje de la vida social, la formación general y profesional son los componentes más importantes de este programa, similar, en muchos aspectos, al de las comunidades terapéuticas.

RECOMENDACIONES PROVISIONALES

Como síntesis de todo lo analizado y debatido en el simposio se aprobaron una serie de conclusiones. Cabe señalar entre otras las siguientes:

1. La prisión no es un entorno terapéutico. Esta es la razón por la que, para los consumidores de droga, las soluciones de base comunitaria deberían utilizarse tan frecuentemente como fuese posible.
2. Una condición previa para que las actuaciones sean eficaces es identificar a la mayor parte de los consumidores de droga. Para ello resulta indispensable:
 - Disponer en el momento del ingreso en prisión de tiempo suficiente como para posibilitar un examen médico y un chequeo psico-social.
 - Hacer que el régimen penitenciario sea sensible a las necesidades de los consumidores de droga, de manera que estimule a éstos a que se manifiesten claramente ante las autoridades de la prisión en cuanto a su consumo de drogas.

3. En el momento de su ingreso en prisión, los consumidores de droga se enfrentan a la interrupción del consumo que presenta diversos aspectos. Entre ellos cabe mencionar:

a) La abstinencia física. En el caso de los opiáceos la experiencia es menos grave para la mayor parte de los consumidores que lo que se piensa o se pretende generalmente. Es importante la supervisión médica, pero el suministro de un ligero sedante suele ser suficiente. El hábito de consumo de metadona puede precisar un programa breve de reducción; sin embargo, la dependencia de benzodiazepinas es muchas veces más problemática y exige un estrecho control médico.

b) La abstinencia psicológica. El proceso puede durar un período de tiempo considerable (de hecho la mayor parte de la vida del consumidor) y por ello se debería disponer de una gama amplia de alternativas con las que responder a las necesidades individuales. Parece controvertida la cuestión de saber si es posible la psicoterapia en la prisión. De cualquier manera el resultado principal que puede obtenerse en el tiempo de reclusión es el de conseguir la motivación del consumidor para que decida seguir un tratamiento y cambiar su modo de vida.

Las alternativas citadas deberían comprender:

— las entrevistas individuales y discusiones de grupo que exigen recursos humanos suficientes. En este sentido debería promoverse la intervención de equipos multiprofesionales.

— el desarrollo de actividades de sustitución que tengan por objeto llenar el vacío que deja la ausencia de droga y los esfuerzos invertidos en su adquisición.

4. Es preciso estudiar, al organizar las actividades en la prisión, las ventajas e inconvenientes de un régimen común para consumidores de droga y para los presos no toxicómanos. En muchos casos se pueden tratar de la misma manera condiciones sociales y familiares análogas que constituyen la base de comportamientos desviados en ambos grupos. Por otra parte, el consumo de droga no es ni debe ser considerado como una señal de identidad y es imprescindible controlar que el medio penitenciario no refuerce, por dicha consideración, tal consumo.

5. Puede adoptarse una gama diversa de medidas sociales y educativas, de acuerdo con una concepción amplia del tratamiento que englobe todos los elementos favorecedores de las tentativas individuales para liberarse de la droga y no caer de nuevo en la dependencia. Se trata de crear centros de interés que se mantengan tras la excarcelación. Por esta razón este tipo de actividades deben implicar intervenciones del exterior, tanto públicas como privadas, y del interior del sistema penitenciario. Desde el exterior son, muy frecuentemente, los propios ex toxicómanos quienes mejor comprenden la naturaleza del problema y la propia capacidad de los consumidores para engañar y manipular las situaciones.

6. Dado el gran número de recaídas que se producen tras la excarcela-

ción, la preparación de esta fase es una actividad esencial en la prisión. Las informaciones sobre los distintos medios y posibilidades de tratamiento disponibles en el momento de la liberación deberían comunicarse a los reclusos y al personal penitenciario, por instituciones o asociaciones exteriores tanto públicas como privadas. Durante el período de reclusión, es igualmente útil la organización de contactos para un tratamiento ulterior y un seguimiento del mismo.

7. Otras dificultades que trae consigo la excarcelación: el empleo y el alojamiento. Desgraciadamente la obtención inmediata de un puesto de trabajo resulta prácticamente imposible dada la difícil situación por la que, en materia de empleo, atraviesan muchos Estados miembros. Sería deseable proporcionar un alojamiento a aquellos que tienen voluntad de cambiar, ya que el retorno al medio social incitador al consumo de drogas diluye, generalmente, todas las buenas intenciones. Un alojamiento, durante un breve período fuera de la influencia de la droga, o una estancia en un centro residencial de tratamiento, servirían de puente adecuado para efectuar el tránsito a la vida en comunidad.
8. En algunos sistemas penitenciarios existen distintos tipos de regímenes penitenciarios «libres de droga». En primer lugar se ha tendido a separar de los otros a aquellos reclusos de quienes se conoce su drogadicción. Aunque pueda serles suministrado un tratamiento, este método presenta, entre otros posibles, el riesgo de, con la aparición del SIDA, convertirse en un método indirecto de aislar a los seropositivos, medida que no parece deseable. En segundo lugar, una sección sin droga puede ofrecerse a aquellos que estén dispuestos a someterse a los controles establecidos para probar que no consumen droga, tanto si son consumidores como si no. Ello lleva a suponer que en el resto de la prisión se tolera de alguna manera la circulación de droga, lo que implica un cierto derrotismo acerca de la solución del problema. Este criterio no impide que resulten aceptables aquellos servicios especiales que puedan ser solicitados por los drogodependientes a través de los cuales se les proporcione, por medio de personal cualificado, un tratamiento y una atención específicas.
9. Por el contrario, no se acepta el tratamiento obligatorio de reclusos con drogodependencias, aunque se puede recurrir a la persuasión y a los estímulos para reforzar la motivación. De cualquier manera, se es consciente de que el carácter voluntario de la aceptación del tratamiento por el consumidor será muy relativo en el medio penitenciario.
10. Es necesario proceder a una evaluación a largo plazo de los proyectos de tratamiento y de reinserción, tengan ellos lugar en la prisión o en otra parte. Dicha evaluación no puede considerar la abstinencia como único criterio de éxito. Aquellos otros factores que hayan contribuido a la estabilidad personal y social deben también ser tenidos en cuenta. Paralelamente a la evaluación exterior de los programas, el personal que se ocupa del tratamiento y de la reinserción debe evaluar sus resultados de manera continua.

11. La presencia de la droga en las prisiones constituye un problema. Existe un dilema entre la necesidad de desarrollar la confianza mutua entre el personal y los reclusos y la de restringir la introducción fraudulenta de drogas ilegales en la prisión. Es imposible interceptar todo el tráfico de drogas, pero debería indicarse claramente al personal, a los reclusos y a los visitantes que no se permite la introducción ilegal de drogas en las prisiones. Sin embargo, es preciso buscar un equilibrio entre la necesidad de reforzar los controles y la de permitir a los presos mantener relaciones con su familia y con el resto del mundo exterior. Desde esta perspectiva deberían desarrollarse métodos basados en la confianza y efectuar controles que no impliquen una restricción de los contactos.
12. Todo lo anterior resulta aplicable tanto a hombres como a mujeres, aunque éstas exigen una atención particular. La experiencia muestra que la proporción de mujeres en el conjunto de la población reclusa aumenta y entre ellas el porcentaje de toxicómanas es más elevado que entre los hombres. Algunas están embarazadas y es preciso apoyarlas para que asuman su maternidad. Muchas practican la prostitución para financiar la adquisición de droga y el problema del SIDA amenaza con afectarles en mayor medida que a los hombres. El embarazo es causa de considerables problemas, señaladamente en relación con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Muchas no tienen confianza en sí mismas y, por tanto, los programas destinados a ayudarles a afrontar la vida exterior deben ser más cuidados y mejor definidos que para los hombres. También en mayor medida que en el caso de los hombres, es necesario integrar a las mujeres en las comunidades exteriores donde puedan, mejor que en la prisión, ocuparse de sus hijos pequeños.
13. El personal médico de la prisión debe vigilar el volumen y uso de los medicamentos prescritos y muy particularmente de los psicótrópos, que son, a menudo, reclamados por los toxicómanos. El personal penitenciario, por su parte, debe velar respecto de tales prescripciones y de su destino. Sería deseable organizar sesiones informativas con profesionales de la medicina en torno a prescripción de medicamentos en el medio penitenciario. Sería, asimismo, deseable que se efectuasen regularmente estudios de farmacovigilancia.
14. Numerosas recomendaciones de las hasta ahora mencionadas exigen recursos suplementarios para la formación del personal de todas las disciplinas. Entre éstas se incluye tanto a los administradores de las prisiones como a los vigilantes y otros funcionarios de la cárcel, ya que sin su comprensión y apoyo cualquier idea, por buena que sea, no tendrá viabilidad.
15. Las grandes cárceles no constituyen lugares adecuados para resolver los problemas derivados del uso de drogas. Es por ello esencial incrementar los recursos de personal si se quiere sustituir el universo insoportable de las grandes prisiones por unidades más pequeñas en las que el trabajo con las personas podría comenzar a tener algún sentido.
16. Debería establecerse una estrecha cooperación entre los sistemas pe-

nal y judicial, por una parte, y de rehabilitación, por otra, para informar a las partes interesadas sobre las posibilidades de rehabilitación más eficaces que se pueden ofrecer en la prisión.

17. Los trabajadores sociales pueden contribuir a la evaluación de los clientes en numerosas fases del proceso de la justicia criminal. También pueden recomendar las medidas a adoptar por el juez y posteriormente por las autoridades penales. En este sentido, el trabajador social ejerce igualmente una función de coordinador y de informador de las opciones disponibles.

18. La reinserción de los consumidores debe estimular a los profesionales. Se aprecia la necesidad de una educación del personal que presta sus servicios en este ámbito, tanto para mejorar su cualificación como para reducir la frecuencia de abandonos.

19. Pero no sólo son necesarias mejores posibilidades formativas para los profesionales de atención directa. También aquellos que se encuentran en segunda línea deben ser sensibilizados sobre las especi-

ficidades de los delincuentes consumidores de droga. De igual forma sería necesario que los dirigentes de instituciones sociales conociesen este tipo de problemática y la importancia de la misma en relación con sus organismos.

20. Los grupos de ayuda mutua pueden ser un instrumento decisivo del proceso de readaptación de los consumidores de droga y deben utilizarse en cuanto tales.

21. La cooperación entre profesionales diversos y los grupos de ayuda mutua debe constituir un objetivo en sí mismo al objeto de ofrecer a la población de drogodependientes un amplio abanico de servicios y de reforzar cada uno de sus componentes.

22. La educación y la formación pueden ser un proceso permanente integrado en las actividades cotidianas de cada grupo. La motivación y la buena voluntad son características indispensables de los profesionales, cooperantes y clientes para trabajar juntos, de manera constructiva, hacia un objetivo común.

Miscelánea

III Jornadas de clínica del toxicómano: «Proceso terapéutico e inserción»

Asociación Guipuzcoana para la Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas (AGIPAD). Plataforma Internacional para una Clínica del Toxicómano.

San Sebastián-Donostia, 22 y 23 de abril de 1988

DESDE hace varios años se viene desarrollando un movimiento en Europa, en el que participamos profesionales del campo de las drogodependencias, que tiene como objetivo reunirse en encuentros periódicos, en diferentes países, para construir desde la práctica un saber que documente la Clínica del Toxicómano.

A este respecto se han realizado en Reims (Francia) ocho encuentros en los últimos años. En España se realizó el primero en Getxo (Vizcaya) en 1986, el segundo en Vitoria-Gasteiz (1987), y el tercero en San Sebastián-Donostia (1988). Asimismo se realizan este mismo año encuentros en Bruselas e Italia.

En el mes de mayo de 1988 se constituye en París la Asociación Plataforma Internacional Clínica del Toxicómano. Cara a su formalización está en contacto con diferentes organismos del Consejo de Europa, para permitir su desarrollo e implantación en un marco supranacional: la Europa Comunitaria del 92.

LA INSERCIÓN Y EL PROCESO TERAPEUTICO

Con la participación de 120 profesionales de Francia, Bélgica y España se presentaron en estas III Jornadas 12 comunicaciones, 6 sesiones plenarias, 2 talleres y 1 mesa redonda.

A partir de la constatación de que, en bastantes toxicómanos, el consumo de drogas se alterna con la participación en programas terapéuticos, decidimos plantearnos cuándo acaba el tratamiento, con qué criterios, y cuál es el objetivo propuesto con el mismo.

Mientras que, por una parte, hablamos de inserción como objetivo y miramos al toxicómano como elemento aparte, que necesita ser insertado en la sociedad, por otro lado, tomamos conciencia de que el toxicómano está bien insertado en su familia (el 80% en España convive con sus padres) y es un consumista modelo (que bien podría activar nuestros mercados, reconvirtiéndolos). También es verdad que tiene conductas poco «sociales», o sea produce poco, molesta bastante, parece que delinque más que la media (o más descaradamente) y tiene un alto costo sanitario.

Todo tratamiento tiene como objetivo un cambio en la vida del individuo, la abstención de droga, o bien una adecuación a pautas de comportamiento o consumo que mejoren su calidad de vida.

CONCLUSIONES

— Es necesario un tratamiento individualizado y personalizado, que determine los objetivos acordes con la demanda para cada individuo.

— El tratamiento no es el único recurso para conseguir la abstinencia a las drogas y el cambio de vida. Estudios sociológicos (J. Funes) consideran que también hay toxicómanos que dejan la droga sin incidencia importante de un programa de tratamiento.

— No hay que centrar la atención en el síntoma (droga), sino en la conducta y el modo de internalización que el individuo establece.

— Existen muchos términos: «readaptarse, adaptarse, integrarse...» para definir algo tan indefinible en términos generales como la inserción. No hay respuesta simple que pueda valer para todos los individuos.

— Desde dónde se sitúa uno ante el fenómeno de la toxicomanía define también lo que cada cual entiende por proceso terapéutico e inserción, entendiendo por proceso terapéutico las intervenciones que desde fuera se hacen hacia una persona concreta, en un momento o momentos determinados de su proceso de vida.

— No existe una separación entre proceso terapéutico e inserción, ya que cuando se interviene terapéuticamente se propicia «el cambio» dirigido a una menor disfuncionalidad, lo cual se inscribe dentro de un proceso de intervenciones orientadas a la inserción del individuo en el medio de forma menos patológica.

— Ambos conceptos responden más a una definición o diferenciación de diferentes formas de intervención, para inscribirse en el mismo contexto.

— Para una buena clínica es importante hacer un diagnóstico que nos sitúe ante cada paciente de forma diferenciada, así como delimitar la oferta

terapéutica en función de los recursos existentes. Es necesario relacionar diferentes elementos:

1. El individuo.
2. El contexto.
3. La droga.

1. *El individuo.* Momento en el que aparece la relación con la droga y en el que ésta se instaura; es decir, todos aquellos elementos de la historia personal del paciente que asociados a un momento concreto de su proceso evolutivo hacen emerger el «sujeto-droga» o drogadicto.

2. *El contexto.* Refiriéndose al contexto más amplio, familia, escuela, relaciones, ecosistema, así como otros elementos de tipo médico, legal, etcétera.

3. *La droga.* Analizando cuál es la función que cumple, así como el tipo de relación que la persona establece con el objeto-droga.

Todo ello vinculándolo al momento doloroso en que el toxicómano hace la demanda de tratamiento.

Un elemento importante debatido ha sido el «deseo» del paciente y del terapeuta. Cómo se sitúa el toxicómano ante el deseo del terapeuta, haciendo las cosas para complacerle, y la frustración de este terapeuta cuando esto no se cumple.

Todo lo cual nos resitúa ante la problemática de toda relación terapéutica. ¿Dónde se sitúa el terapeuta? ¿Por delante del paciente o acompañando a éste? Todas estas cuestiones contribuyen a definir el tipo de relación, así como el tipo de vínculo terapéutico.

Gabriel Roldán Intxusta
Yulen Perurena Lizarazu

Sexto aniversario de la comunidad terapéutica «La Granja» (Barcelona)

Ayuntamiento de Barcelona.

Area de Servicios Sociales.

EL pasado 11 de mayo se celebró el 6.º aniversario de la creación de «La Granja», comunidad terapéutica para la rehabilitación de toxicómanos. La fiesta, bajo el lema «Gana tu propia olimpiada», consistió básicamente en actividades deportivas, en un intento de acercar el espíritu olímpico a un proceso tan complejo y, casi siempre, difícil, como es el de la salida de la droga. En este caso, los valores de competitividad, de estímulo y espíritu de superación propios de la práctica deportiva dieron carácter a un acto que fue, en todos sus aspectos, un éxito.

La fiesta contó con numerosos participantes: residentes, ex residentes, familiares, colaboradores, jugadores del F.C. Barcelona, fiscales de la Audiencia, terapeutas, técnicos y políticos municipales, el alcalde de Barcelona, Pasqual Maragall... todos juntos consiguieron convertir una fiesta de aniversario en un acto de apoyo y solidaridad con el Centro.

«La Granja» está situada en pleno bosque, en la ladera del Tibidabo, a seis kilómetros de Barcelona y cuenta con 52 plazas para residentes y un equipo de unas 20 personas, entre terapeutas, monitores y personal de servicio. Las instalaciones con las que cuenta están formadas por dos viviendas, diez aulas, campo cultivable, granja de animales e instalaciones deportivas. El Centro está integrado en un pro-

grama más amplio, el Programa DROSS, del Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, y cubre, aproximadamente, el 10% de los casos atendidos dentro del Programa.

La gestión del Programa DROSS, y, por tanto, la de «La Granja», corre a cargo de APAT (Asociación Para la Prevención del Alcoholismo y otras Toxicomanías), y cuenta con la estrecha colaboración de la Asociación Llevant, de carácter privado.

El perfil de la población atendida por «La Granja» podemos establecerlo en un politoxicómano dependiente fundamentalmente de la heroína, de edad media 22,6 años, con un primer contacto con las drogas sobre los 15 años y con una evolución media de consumo de heroína de tres años (estando representados tanto varones como mujeres). El proceso socioterapéutico lo diseña el terapeuta de referencia desde los Centros de Atención Integral de Drogodependencias (CAID), de los que existen tres en Barcelona, que atienden tres amplias zonas de la ciudad.

En los seis años transcurridos desde su creación, han pasado por «La Granja» unas 400 personas, de un total de más de 5.000 casos atendidos dentro del Programa DROSS. El Centro da respuesta a una tipología de toxicómanos que requiere en el proceso socioterapéutico un alejamiento temporal del

medio social habitual. Desarrolla un programa encaminado a sustituir los valores del mundo de la droga por los de la sociedad actual con la finalidad de conseguir la reinserción.

Su objetivo es cumplir la primera y segunda fases del proceso socioterapéutico y es de carácter «urbano», es decir, busca la máxima integración en el medio en el que normalmente se han de desenvolver los residentes en tratamiento. El tiempo de «desconexión» se intenta que sea lo más breve posible y, de hecho, dura sólo un mes, que es lo que constituye la primera fase del tratamiento. En estas primeras semanas de internamiento en el Centro, el nivel de protección al residente es alto y la incomunicación con el exterior es total.

La segunda fase, que se prolonga durante otros tres meses, es ya una estancia más abierta, de mayor responsabilidad por parte del residente, en la que va adquiriendo nuevos hábitos, nueva imagen de sí mismo y de los demás, nuevos valores y actitudes positivas. Se reanudan los contactos con la familia, interrumpidos durante la primera fase.

La última fase tiene una duración similar a la primera —un mes y medio—. En este período, los residentes hacen una vida más autónoma, salen solos del Centro y regresan por su cuenta. Es una fase de preparación para la salida al exterior. Tienen autonomía económica, disponen de tiempo libre y cambian el tipo de responsabilidades.

Se considera que el residente puede ser dado de alta cuando ha finalizado el período que integran las tres fases, se ha mantenido abstinente, ha conseguido y mantiene una serie de actividades y demuestra un nivel de autocontrol y responsabilidad suficientes.

El paso de una fase a la otra, el avance en el proceso durante la estancia en «La Granja», se hace de una manera progresiva, muy preparada, y a medida que avanza el tratamiento, se estimula al residente a ser responsable, protagonista de su recuperación. Existe una progresión muy directa entre la responsabilidad del residente y la ayuda y orientación que recibe del equipo terapéutico. En cualquier caso, se intenta que la duración de la estancia no sea superior a seis meses, pese a la diferencia del tiempo que puede existir en la superación de las fases en cada uno de los casos.

Desde las primeras semanas de estancia se integra al residente en diversas actividades terapéuticas, talleres, laborales, formativos y de tiempo libre y en grupos terapéuticos, de los que existen muchos tipos, de fase (formados por residentes de cada fase y un miembro del equipo, que utiliza técnicas cognitivas); de dinámica (de todos los residentes con la dirección, que tratan temas relacionados con la convivencia); especiales (en función de las necesidades específicas, como sexualidad, motivación, etc.); de expresión (corporal, relajación, asertividad, dramatización, habilidades sociales, etc.); tertulias en las que se debate un tema seleccionado, que se hacen diariamente; de talleres, de tercera fase, de valoración de fin de semana...

Actualmente se hacen cursos de formación en colaboración con el INEM, de manera que los residentes puedan combinar la adquisición de conocimientos útiles para su posterior reintegración a la vida normal con los beneficios que una actividad de este tipo les puede reportar en su proceso de rehabilitación. Las actividades que se desarrollan son lo más parecido posible a las ocupaciones «normales» en un

medio urbano. En «La Granja» funciona un taller de «offset» que realiza un gran número de publicaciones, no sólo de carácter interno del centro, sino también para el resto del Programa DROSS e, incluso, encargos externos.

Todo tiene un sentido terapéutico. En «La Granja» no existe la inactividad, el tiempo muerto. Todo se orienta a la rehabilitación, a facilitar el proceso, a ayudar al residente, a que sea activo protagonista de su recuperación. El centro se puede considerar como una «microsociedad», en la que existen normas que se aplican, jerarquías que recuerdan las de la sociedad real. Una microsociedad en la que se fomenta la autogestión y en la que se da la máxima importancia al funcionamiento del grupo. Que el residente se sienta parte integrante de un colectivo es básico. Si bien es cierto que el proceso de rehabilitación es individual y distinto en cada persona, sólo la existencia de un grupo garantiza que el proceso funcionará.

Se realizan también atenciones individuales, como refuerzo al método grupal, que están jerarquizadas: unas las realiza la dirección, otras el equipo, la jun-

ta, etc. Pueden ser de información, de refuerzo positivo o negativo, de orientación, de apoyo y de análisis de situación.

La comunidad terapéutica de «La Granja» es, pues, un eslabón más, una parte del Programa DROSS, programa que se inició en 1980 y que tuvo como núcleo base y como centro piloto el CAID Garbivent. Actualmente existen tres CAID (Centros de Atención Integral de Drogodependencias) en Barcelona (Garbivent, Sants y Sarriá), tres residencias urbanas en pisos, un centro de actividades en el distrito de Sants, un taller ocupacional, y otros talleres y centros de actividad en diversas zonas de la ciudad.

Todos ellos son parte integrante de un programa amplio de atención y reinserción impulsado por la Administración. «La Granja» seguirá cumpliendo su función de centro residencial y de acogida para toxicómanos que en una etapa determinada de su rehabilitación necesiten un centro que los acoja. El Programa DROSS, en su conjunto, será el marco de referencia de todo el proceso. Por muchos años.

Notas bibliográficas

Manual de Alcoholología

Malka, R.; Fouquet, P., y Vachofrance, G. Barcelona. Masson. 1988.

MANUAL de Alcoholología es una obra de carácter general que nos introduce en el problema del alcoholismo, desde diversos puntos de vista, ya que recoge el trabajo de varios autores.

Por lo que al contenido se refiere, en el presente libro se tratan diversos aspectos de esta toxicomanía. La introducción nos acerca de forma concisa a la historia y la epidemiología del alcoholismo, y a su definición basada en tres ejes fundamentales: el alcohol como droga, el hombre y el alcohol, y la relación alcohol-sociedad. En los diferentes capítulos de la obra se estudia cada uno de estos aspectos.

En el primero, dedicado al producto en sí, se analizan los tipos de bebidas alcohólicas, su historia, sus efectos, su metabolismo, su interacción con otras drogas y, por último, el diagnóstico de la enfermedad alcohólica. Los capítulos segundo, tercero y cuarto están dedicados al estudio del hombre bajo tres parámetros: patología, etiología y tratamientos. El quinto apartado trata de la interacción entre alcohol y medio social: prevención en sus diversas facetas, alcohol y medicina laboral, aspectos legislativos, alcohol y carretera, etc.

En cada uno de los capítulos los autores realizan una introducción al tema, antes de entrar en materia. Para ello elaboran un estado de la cuestión desde el punto de vista bibliográfico. Por ejemplo, en el caso de la etiología del alcoholismo se realiza un exhaustivo repaso de los trabajos existentes sobre las causas del consumo del alcohol, agrupando las obras bajo tres epígra-

fes: factores psicológicos, factores físicos y factores socioeconómicos. Este elemento introductorio resulta de gran utilidad, ya que presenta la documentación existente sobre el tema, ofrece opiniones distintas a las de los autores del presente libro y da una información de la que carecen otras obras del mismo carácter.

En cuanto al contenido, merece ser resaltado también el hecho de que éste no es puramente teórico: los autores informan de sus experiencias prácticas. Así, en el capítulo dedicado al tratamiento de esta dependencia se exponen los problemas que un terapeuta se puede encontrar en su práctica diaria y algunas soluciones.

Por otro lado, debemos resaltar que la información que se nos ofrece se complementa, amén de con experiencias e información bibliográfica, con estadísticas y gráficos que aclaran la exposición, sin abrumar al lector con datos.

Frente a esta serie de positivas características de la obra, debemos señalar lo que, a nuestro entender, son sus deficiencias: en primer lugar existe un alto nivel de generalización debido principalmente a la brevedad de la obra. En ocasiones, temas muy importantes son tratados de forma excesivamente esquemática. De todas formas es ésta una crítica imputable a todo trabajo de síntesis. Por otro lado, en el último capítulo, dedicado a alcohol y medio social, se echan en falta algunas notas y reflexiones sobre los problemas que el alcoholismo produce en el entorno familiar del enfermo, así como sobre la

criminalidad causada directamente por el alcohol (si exceptuamos el apartado dedicado a alcohol y accidentes de tráfico), aspectos que sí son tratados en otros manuales, como el de Feuerlein (Salvat, 1982).

Por lo que a la estructura de la obra se refiere, consideramos que la selección y distribución de los temas es cuidada y ayuda a la comprensión del texto que, como dijimos, se distribuye entre una introducción y cinco capítulos.

Igualmente facilitan la lectura el estilo claro y conciso de los autores, los gráficos, cuadros y mapas, así como el hecho de que centren el tema previamente a entrar en materia. En cuanto a la unidad de esta publicación, fruto

de la colaboración de seis especialistas, su cohesión no se resiente por ello y no advertimos importantes disparidades de enfoque, opinión o estilo.

A modo de conclusión, diremos que es una obra especializada, pero que por su brevedad y claridad permite a un público más amplio acercarse al problema de la adicción al alcohol. Y no podemos dejar de señalar que se trata de una publicación cuidadosamente presentada tanto en su traducción como en la edición y revisión posterior de la misma. *Manual de Alcohología* representa por todo ello una importante aportación a la bibliografía existente en España sobre la toxicomanía alcohólica.

Francisco Rodríguez Martín

La toxicomanía: sujeto, objeto y contexto

Fábregas Poveda, J., y Bardón Cuevas, C. Barcelona, ESPAXS. 1988.

ESTA obra recoge fundamentalmente las distintas exposiciones del Seminario de Toxicomanías organizado en Barcelona por el CEPS (Centre d'Estudis de Psicoteràpia, Psiquiatria i Ciències Socials) de la Fundació Espasa, en junio de 1985.

Este hecho introduce una serie de peculiaridades: no se trata, no se podía tratar, de una obra con la unidad y cohesión interna que se encuentran en el libro de un solo autor o de varios colaboradores, ya que aquí se recogen aportaciones de personas muy diversas que trabajan en campos distintos y que exponen sus experiencias y opiniones en un congreso. Aun así, cabe destacar que, si no unidad de criterios y estilo, sí se ha conseguido una gran complementariedad entre las diferentes colaboraciones.

Por otro lado, al recoger esta publicación las conferencias de un seminario, no podemos decir que se trate de una obra de divulgación, sino de un libro especializado.

La principal característica de un congreso, como se dice en la Introducción, es la actualidad de las exposiciones que allí tienen lugar. Sin embargo, y como suele ocurrir en estos casos, la obra ha tardado tres años en ser publicada. Aunque el hecho mismo de su edición es muy valioso, en tanto que permite el acceso a sus contenidos a un mayor número de personas y durante un período de tiempo indefinido (ya que si no un congreso es un hecho puntual), los años transcurridos podrían haber hecho perder su vigencia a muchos capítulos. Esto ha sido subsa-

nado, porque los autores han revisado sus artículos, lo cual merece ser destacado.

Los contenidos —amplios, variados, dispersos— tan sólo tienen en común el que giran en torno al tema de las toxicomanías, como el título indica. Por ello resultaba difícil estructurar la obra. Se dividieron las distintas aportaciones en tres partes, cuya distribución no ha sido, a nuestro juicio, muy acertada. Salvo en el caso de la tercera parte, dedicada exclusivamente al doctor Olievenstein, no parece que exista unidad clara y rasgos comunes que permitan agrupar las colaboraciones de las dos primeras secciones de la obra. Quizá hubiera sido mejor dedicar cada uno de los dos primeros apartados a la primera y segunda jornada del Seminario, respectivamente, y en un tercero incluir los anexos que aparecen repartidos a lo largo de la obra, y que serían aquellas partes que no fueron expuestas en este congreso pero son recogidas en este libro: entrevista al doctor Freixa, entrevista al doctor Olievenstein y Sesión Informativa de la Comisión Especial de Investigación sobre el Tráfico y Consumo de Drogas, del Senado.

En cuanto al contenido de esta publicación, a pesar de la variedad inevitable en una edición de este tipo, podemos resumirlo en una serie de ideas generales.

Una opinión común a todos los ponentes es que el problema droga no es unilateral o aislado, sino un eslabón de una cadena inseparable en el mundo actual. Por ello, influyen en este problema aspectos médico-sanitarios, socia-

les, políticos, culturales, psicológicos, educacionales, judiciales, etc.

Paralelamente, la solución al problema no puede abordarse exclusivamente desde el punto de vista médico o judicial, por poner sólo dos ejemplos. Debe ser global tanto por el entorno que abarque (colaboración de las administraciones local, autonómica y estatal y coordinación, a su vez, de las diferentes naciones) como por los sectores desde los que hay que actuar: aspectos socioculturales (moda, educación, entorno familiar), políticos (paro, relaciones internacionales), aspectos relacionados con la sanidad, con el tráfico de drogas, aspectos legales y penales, prevención y un largo etcétera.

82

De acuerdo con este criterio, en el Seminario de Toxicomanías se trataron diversos temas y con diferentes enfoques: la reciente historia de las drogodependencias y su tratamiento, la prevención, la actitud legal-judicial a adoptar, la educación sanitaria de la sociedad, las características y problemática de la juventud actual y se expusieron experiencias prácticas con padres de toxicómanos, en una comunidad terapéutica («Casa Lanza» en Requena, Valencia), en tratamiento ambulatorio sin medicación, en programas de mantenimiento, etc.

Otra idea que se desprende globalmente de esta obra es que ante el problema de las toxicomanías, la sociedad demanda muchas veces una solución para sí misma (fin de la inseguridad ciudadana o del peligro de «contagio», principalmente) más que para los drogadictos. Para esa primera opción bastaría con el internamiento de los drogodependientes o la llamada «administración legal de drogas». Aunque algunos especialistas no rechazan esta última solución cuando no queda otra alternativa, de lo que se trata es de curar. Esta

cura, como explican varios autores, no significa que el paciente deje de ingerir la droga fijándolo en su rol de ex toxicómano, ni se trata de conseguir una «rehabilitación», ya que esto equivaldría a dejar a la persona en la situación en la que se encontraba antes de entrar en contacto con las drogas (problemas psicológicos o familiares o situación de paro, etc.). El fin del tratamiento del drogodependiente sería, en palabras del doctor Freixa, «habilitarlo para ser un ciudadano».

También se desprende del conjunto de la obra que hay que evitar sustituir una adicción por otra (ya sea una droga suministrada por el Estado, ya porque se reemplaza «la dependencia de un producto por la dependencia de un personaje carismático», como dice el doctor Olievenstein). Igualmente el toxicómano que ha perdido el «apoyo» de la droga se sentirá acogido por las personas e instituciones en las que se desarrolla su proceso de deshabitación; por ello otra etapa será conseguir su total independencia.

Por lo que al contenido se refiere, cabe destacar finalmente que no existe ni una base teórico-científica ni una experiencia práctica infalible o segura. La variedad de casos es ingente y dentro de un mismo caso hay varias situaciones distintas, avances y retrocesos. A pesar de su experiencia en el terreno de las toxicomanías, estos autores no coinciden en una serie de puntos: persecución total del traficante o comprensión y tratamiento para el que trafica por necesidad; voluntariedad del toxicómano para iniciar su tratamiento o bien cierta obligatoriedad al ser sustitutorio del internamiento en prisión; son factibles los «centros de día» o, como sostiene el doctor Olievenstein, «lo esencial (es) que el sujeto quede aislado de su medio de origen».

Respecto al estilo, aunque se mezclan los de varios autores, resulta, en general, claro y ameno, fundamentalmente por la brevedad de las exposiciones más teóricas entre las que se intercalan conferencias que resumen experiencias de tipo práctico y las entrevistas ya citadas. Todo ello es complementado por las tablas y estadísticas que figuran como anexo a la Sesión Informativa del Senado. Tan sólo resulta más árida la lectura de esta parte, por su carácter formal y su extensión, pero

es de gran valor su inclusión porque no había sido publicada hasta la fecha.

Se trata, por tanto, de una obra interesante, principalmente por la aportación de muy distintos expertos, en la que se aborda el tema de la toxicomanía desde diferentes puntos de vista y experiencias, por lo que resulta completa y útil. Y a pesar de ser una obra de especialistas, resulta, como hemos dicho, muy comprensible.

Carmen Mena Piñeiro

Escriben en este número

CARMEN SANCHEZ MORO: Socióloga. Investigadora del Equipo EDIS. Ha participado en la realización de las investigaciones siguientes: «Alcoholismo en la ciudad de Vitoria» (1979), «Juventud y droga en Salamanca» (1981), «El uso de medicamentos en la tercera edad» (1986), «Valoración de los programas de atención a drogadictos» (1987) y «Valoración de los programas de atención a drogadictos por parte de los usuarios de centros ambulatorios» (1987). Igualmente, ha colaborado en la redacción del volumen «Las drogas a lo claro», de Editorial Popular.

JORDI ALTES CAPELLA: Médico internista. Desde 1985 está dedicado a la atención a adictos a drogas por vía parenteral, dentro del Equipo de Asistencia a Toxicómanos del Departamento de Medicina Interna del Hospital Son Dureta (Palma de Mallorca). Desde su apertura, en octubre de 1986, está encargado de la Unidad de Desintoxicación del citado hospital. Ha publicado diversos trabajos referidos a la patología asociada a la drogadicción.

85

LUISA MESTRE MOYA: Psicóloga clínica. Trabaja en la Unidad de Desintoxicación del Hospital Son Dureta (Palma de Mallorca) desde su apertura, en octubre de 1986.

JORDI FORTEZA-REI: Médico internista. Desde 1985 coordina el Equipo de Asistencia a Toxicómanos del Hospital Son Dureta. En 1986 se diplomó en la Universidad Libre de Bruselas en Método Estadístico y Epidemiológico aplicado a la Salud Pública. Asesor de INSALUD Baleares en el Plan Nacional sobre Drogas. Su línea actual de trabajo es la patología médica derivada del uso de drogas por vía parenteral y su prevención.

LUIS CABALLERO MARTINEZ: Médico psiquiatra. Jefe adjunto del Servicio de Psiquiatría de la Clínica Puerta de Hierro (Madrid). Profesor asociado del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma (Madrid).

JUANA MATIA OLAIZ: Asistente social. Área de Evaluación y Registro del Plan Regional sobre Drogas de Madrid.

EDUARDO PEDERNAL PECES: Matemático. Plan Regional sobre Drogas de Madrid.

MERCEDES DIEZ RUIZ-NAVARRO: Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Master en Epidemiología. Jefe adjunto del Hospital de Alcalá (Madrid).

SETEFILLA LUENGO MATOS: Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

DOLORES GARCIA CHAVEZ: Psicóloga. Area de Evaluación y Registro del Plan Regional sobre Drogas de Madrid.

PEDRO ENRIQUE MUÑOZ GARCIA: Médico psiquiatra. Doctor en Medicina. Profesor asociado del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

AGUSTIN VELLOSO DE SANTISTEBAN: Licenciado en Pedagogía por la Universidad Complutense y doctor en Pedagogía por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Actualmente es becario del Programa de FPI del Ministerio de Educación y Ciencia en esta última Universidad.

MARIA EUGENIA ZABARTE MARTINEZ DE AGUIRRE: Licenciada en Derecho. Consejera técnica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

ECONOMISTAS

COLEGIO DE MADRID

NUMERO 29 EXTRAORDINARIO

ESPAÑA 1987. UN BALANCE

SUMARIO

EDITORIAL

PANORAMA GENERAL

Coordinador:

José Luis García Delgado

Entre la crisis bursátil y la recesión económica

Enrique Fuentes Quintana

De la euforia al crack
Juan Velarde Fuertes

Tres comentarios sobre algunas enseñanzas del año
Julia Segura

Crisis bursátil: la posible quiebra de algunos conceptos
Antonio Torrero Mañas

SECTOR EXTERIOR

Coordinadora:

M^a Antonia Monés

La balanza por cuenta corriente
Remedios Morales Gutiérrez

El comercio exterior: estructura geográfica y por productos
Oscar Bajo Rubio y Angel Torres

La balanza de capital
Javier Burgos y José Juan Ruiz

Movimientos de capital y tipo de cambio. La experiencia española
Javier Burgos y José Juan Ruiz

SISTEMA FINANCIERO

Coordinador:

José Luis Malo de Molina

El año en que se hipotecó la estabilidad cambiaria
Emilio Ontiveros

Bolsas mundiales: una crisis incompleta
Angel Bergés Lobera

La crisis bursátil
José Luis Feito

Una política monetaria para una economía abierta
Luis A. Lerena

Sobre el año monetario y sus desmesuras
Carlos Cuervo-Arango Martínez

POLITICA FISCAL Y SISTEMA TRIBUTARIO

Coordinador:

José Luis Carrero

El Presupuesto Comunitario para 1988.

Posición española
José Alberto Zaragoza Rameau

Gasto público y restricción presupuestaria
Angel Melguizo Sánchez

Balance del sistema tributario estatal
Juan Antonio Garde Roca

La reforma del impuesto de Sucesiones y Donaciones
Luis A. Peragón Lorenzo

Novedades del IRPF en la Ley de Presupuestos para 1988
Ignacio Ferrari Herrero

Constitución y contribuyentes
Jaime García Añoveros

MERCADO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Coordinador:

Felipe Sáez Fernández

El mercado de trabajo en España
J. Ignacio Pérez Injante

La flexibilidad del mercado de trabajo y la contratación temporal
José Ramón Lorente y Luis Marín

El factor trabajo en la empresa
Felipe Sáez Fernández

Las relaciones laborales
Luis Toharia

Seguridad Social: un crecimiento más lento
Aimudena Durán

AGRICULTURA

Coordinador:

José M^a Sumpsi

El comercio exterior agrario
Carlos Iñó Soralegui

Las nuevas directrices para la reforma de la Política Agrícola Común
Javier López de la Puerta

Riño y la política de regadíos
José M^a Sumpsi

POLITICA INDUSTRIAL Y ENERGETICA

Coordinador:

Rafael Myro

La industria
Rafael Myro

La política industrial española ante el mercado único europeo
Ramón Pérez Simarro

Unas notas sobre la situación del sector eléctrico
Fernando Maravall

SECTOR SERVICIOS

Coordinador:

Juan R. Cuadrado Roura

El proceso de "tercerización" de la economía española
Carmen Alcalde

Presente y futuro del empleo en los servicios
Miguel González Moreno

El comercio interior. Algo más que la coyuntura
Javier Cosares Ripol

Turismo: el triunfalismo de unos indicadores no significativos
Andrés Pedreño Muñoz

Los servicios a las empresas: una explicación del crecimiento del sector terciario
Clemente del Río Gómez

El comercio exterior de servicios
Cándido Muñoz Ciudad

ACTIVIDAD EMPRESARIAL

Coordinador:

Ignacio Santillana del Barrio

El comportamiento financiero de la empresa en España: un año clave
José Luis Ceo

Los resultados de la empresa española
Álvaro Cuervo

La empresa española
Angel Durán de Adeva

La empresa española y el sector exterior
Francisco Mochán Morcillo

Actividad empresarial y situación financiera: una oportunidad perdida?
Javier Monzón

INFORMACION ECONOMICA

Coordinador:

Joaquín Estefanía

El "boom" de la información económica
Joaquín Estefanía

Estadística: una reforma fuera de todo consenso
Gustavo Mañas

La información y la Bolsa
Rafael Vidal

La publicidad del dinero
Manuel de Eléxpur

La información económica en la Comunidad Europea
José M^a Zufaur

ACTIVIDAD PROFESIONAL

Coordinador:

Francisco Fernández Montes

La Ley de Auditoría: crítica y soluciones
Francisco de Quinto Zumárraga

La responsabilidad profesional de economista
José Folguera Crespo

Alcance de la responsabilidad tributaria
M^a Luz Pedregal Pacheco

El economista ante la empresa en crisis
José Miguel Cantero y Francisco Fernández Montes

La gestión de la tecnología como arma de competencia
Enrique de la Puerta

OTRAS SECCIONES

Crónicas

Las noticias económicas del año
M^a Eugenia Callejón

Panorama bibliográfico

Avances en el estudio de la industrialización española
J. L. García Delgado

Economía industrial y financiera
Francisco J. Valero

Libros**Revistas**

El Colegio en 1987

Índice de autores

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



REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS

Número 41 (enero-marzo 1988)

Directora: Rosa Conde

Consejo de Redacción:

Miguel Beltrán, Juan Díez Nicolás, Salvador Giner, Ubaldo Martínez-Lázaro, José Ramón Montero Gibert, Natalia Rodríguez-Salmones Cabeza, Luis Rodríguez Zúñiga y José Juan Toharia Cortés.

Secretario: Emilio Rodríguez Lara

Estudios

JOSE A. GARMENDIA MARTINEZ: *La cultura de la empresa: Una aproximación teórica y práctica.*

JOAN MARTINEZ-ALIER y JORDI ROCA JUSMET: *Economía política del corporativismo en el Estado español: Del franquismo al posfranquismo.*

SOLEDAD GARCIA: *Ciudadanía, bienestar y desigualdad social en España.*

LUDGER PRIES: *Calificación, relaciones laborales y mercado de trabajo: El concepto de «estrechez del ámbito empresarial» en España.*

MANFRED WALLENBORN: *Paro juvenil en la República Federal de Alemania y España.*

ENRIC SANCHIS: *Valores y actitudes de los jóvenes ante el trabajo.*

JOSE M. TORTOSA: *La economía sumergida en la provincia de Alicante: El juego de las máscaras.*

Notas de investigación

J. MIGUEL ANGEL GARCIA MARTINEZ, CRISTINO PEREZ-MELENDEZ y ANDRES RODRIGUEZ FERNANDEZ: *Aproximación al fenómeno del paro: Un modelo explicativo.*

Crítica de libros

Datos de opinión

Redacción y suscripciones:

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS
C/ Pedro Teixeira, 8, 4.º - 28020-MADRID (España) - Teléfono 456 12 61

Distribución:

SIGLO XXI DE ESPAÑA EDITORES, S. A.
C/ Plaza, 5 - 28043-MADRID - Apartado postal 48023 - Tels. 759 48 09 - 759 45 57

Precios de suscripción:

Suscripción anual, 4 números: 3.500 pesetas (35 \$ USA)
Número suelto del último año: 1.000 pesetas (10 \$ USA)
Número suelto de años anteriores: 800 pesetas (8 \$ USA)