

COMUNIDAD Y DROGAS
(Publicación trimestral)

Precio del ejemplar: 700 pts. (IVA incluido).
Suscripción anual: 2.500 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: 351-90-008-8
Depósito Legal: M-31656-1986

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

N.^o **16**

EDITORIAL

ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS

- 9 El Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid.
Julio Alvarez Cerberó.
- 19 En torno a la penalización del consumo de drogas. Observaciones sobre la situación en Italia.
M.^a Eugenia Zabarte.
- 23 Evaluación de un programa de reinserción laboral para exdrogodependientes.
Julen Ariño Viar, Susana Córdoba Merino.
- 39 Una aproximación a las relaciones entre conductas adictivas y delincuencia en la población juvenil.
Elena Pérez Fernández.

DOCUMENTACION

- 53 Educación de profesionales de la salud sobre abuso de drogas.
Informe sobre un Simposio Europeo.

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.

Editorial

Recibir atención sin llegar a ser problema

En este número de *Comunidad y Drogas* se da cuenta de la aparición del libro *Nosotros, los adolescentes y las drogas*; también alguno de sus artículos se refiere a esa compleja agrupación de factores de dificultad social que se produce en los jóvenes que ingresan en prisión y son consumidores de diversas drogas. Desde la aparición del último número de la revista se han producido, como es lógico, sucesos y acontecimientos en el mundo de la atención a las drogodependencias; uno de ellos ha sido la aparición del Decreto 75/90, de 19 de enero (BOE, 23-1-90), por el que se regulan nuevas posibles maneras de atención farmacológica.

Estos y otros datos conducen a retomar el antiguo criterio que debería presidir el conjunto de las actuaciones en el complejo mundo de las drogodependencias: *prestar atención a las personas antes de que lleguen a ser problema, planteamos —entre otros— objetivos limitados que eviten al menos la destrucción de las personas.*

Entre los más jóvenes, las drogas nos han hecho —una vez más— descubrir su existencia. Descubrir que los adolescentes están en nuestra sociedad y exigen atención aunque no sean clientes de los dispositivos sociosanitarios. El binomio prevención-intervención juega con frecuencia la mala pasada de focalizar la preocupación adulta en la obsesión por los problemas, provocándolos incluso antes de que lleguen a producirse. Es razonable el deseo de estimular la transición de los adolescentes hacia el mundo adulto, dotándolos de capacidades —cultura, valores, hábitos...— para convivir en un mundo de drogas. Pero el planteamiento adecuado nos lleva a reconstruir la presencia adulta, normalizada y positiva en un mundo joven al que sólo sabemos acercarnos bajo el prisma de los conflictos.

Finalmente, la complejidad social de las drogas, la diversidad real de las personas afectadas, así como las necesidades sociales y de salud que subyacen, hacen que recobremos una parte de la dimensión humana perdida. Frente a algunas rigide-

ces determinadas por el propósito de la abstinencia más general y absoluta, reaparece la necesidad de apoyar y recuperar a las personas solucionando al menos aquellos problemas sociales y de salud que más los destruyen.

Una y otra situación nos reconducen a la flexibilidad, a la normalización y la apertura; a la revisión de modos, procedimientos y recursos para que sean accesibles, para que se adapten a las necesidades de las personas y no a unos objetivos distantes y prefabricados.

Estudios y experiencias

Julio Alvarez Cerberó*

El Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid

RESUMEN

En este artículo el autor describe las bases metodológicas y los programas asistenciales del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid. Los programas asistenciales se subdividen en programas libres de drogas y programas de reducción del daño. Se ofrecen, asimismo, datos de la Red Asistencial.

SUMMARY

The Community of Madrid's Regional Drug Abuse Plan

In this article, the author describes the methodological basis and the aid programs of the Community of Madrid's Regional Drug Abuse Plan. The aid programs are subdivided into drugfree programs and programs for reducing the harmful effects of drug abuse. Data from the Drug Care Network is also provided.

CON la entrada del nuevo equipo técnico en enero de 1988, comenzó a reestructurarse el Plan sobre Drogas de la Comunidad de Madrid. Transcurrido este tiempo, y antes de exponer los resultados obtenidos hasta el momento, queríamos hacer referencia a las bases teóricas en las que se fundamenta el modelo asistencial que hemos elegido.

Nos gustaría dejar claro que el modelo de actuación de la Comunidad de Madrid ha sido elegido en base a una serie de criterios científicos que, como tales, han de ser constantemente verificados y, en su caso, adaptados o modificados por los datos que se vayan obteniendo, dentro del marco de la política social en la que se engloban.

El Plan sobre Drogas de la Comunidad de Madrid es un Plan ajustado y pensado

para un tipo de Comunidad como la nuestra (uniprovincial, urbana, densamente poblada...), cosa que dificulta la comparación de resultados con otras comunidades que no tienen ni la misma estructura, ni la misma población, ni los mismos medios.

Una vez hechas estas aclaraciones, vamos a exponer el porqué de las actuaciones hasta ahora realizadas en Asistencia dentro del Plan Regional sobre Drogas.

ASISTENCIA

Al hablar de asistencia, lo haremos en base a una primera división de los drogodependientes según su perfil: aquellos que quieren dejar las drogas, por un lado, y aquellos otros que desean seguir haciendo uso de sustancias, por otro, puesto que esto nos lleva a dos tipos de intervención claramente diferenciados: programas libres de drogas y programas de reducción del daño.

(*) Plan Regional sobre Drogas.
Avda. Filipinas, 50, 1.º. 28003 MADRID.

PROGRAMAS LIBRES DE DROGAS

La Comunidad de Madrid ha dado prioridad a los programas libres de drogas, que son los que vamos a exponer en primer lugar.

Aunque, en un principio, y basándose en filosofías sanitarias, se optara por la inclusión del tratamiento de los drogodependientes dentro de las redes sanitarias generales, más concretamente dentro de la red de Salud Mental, pronto se vió que los beneficios que teóricamente podría reportar este enfoque no se traducían en resultados prácticos satisfactorios por multitud de razones, de modo que en la Comunidad de Madrid, al igual que en muchos lugares de EE.UU. y en la mayoría de los países de Europa, se optó por una red específica, que, sin duplicar la red sanitaria (no se hacen otro tipo de tratamientos que no sean exclusivamente los encaminados a la rehabilitación y la reinserción), se incluyera dentro de los servicios específicos de integración social.

Hay aquí un criterio básico, sin el cual no es posible comprender las actuaciones en este campo, y es el concepto de *red*.

Es unánime el consenso acerca de que no existe el centro de tratamiento capaz de realizar por sí mismo todas las funciones y atender a todos los perfiles de drogodependientes, que, queriendo abandonar las drogas, demandan asistencia. Debemos, por tanto, si queremos ser efectivos, crear una Red Asistencial que comprenda los distintos dispositivos que son necesarios para satisfacer las múltiples necesidades que se generan. Pero, en nuestra opinión, para que un conjunto de dispositivos pueda considerarse una *red*, deben actuar todos guiándose por los mismos parámetros, utilizando todos la misma metodología; si no, las derivaciones entre ellos se quedan en simple papel

mojado, cuando no en «ciencia-ficción» pura.

Esto es algo que no debería sonar como herético o heterodoxo, puesto que en otros campos de la intervención científica no sólo se admite, sino que se sobreentiende cuando se pretende ser riguroso. La metodología, *que no debe confundirse con las intervenciones puntuales o terapias*, que se debe elegir para cualquier tipo de intervención pública es, creemos nosotros, aquella que presente una mayor saturación con los conceptos que definen una ciencia, conservando, eso sí, el mayor respeto por cualquier otro tipo de intervenciones, quizá muy válidas en casos y realidades concretas. También en medicina, como en toda ciencia no puramente empírica, existen multitud de escuelas o tendencias, cada una de las cuales podría presentar en su favor cientos de curaciones. Sin embargo, la Administración optó por una de ellas a la hora de elaborar sus planes de estudio y sus redes asistenciales. Optó, como el resto de los países desarrollados, por aquella que se apoyaba en una metodología científica.

No trato de equiparar aquí el estado actual de la ciencia del comportamiento o psicología científica con el de la medicina oficial o alopática, pero sí reclamo para los temas que tienen que ver con el comportamiento humano la posibilidad de un tratamiento igual al que reciben otro tipo de problemas, y no por ningún afán corporativista o sectario, sino porque este tipo de enfoque —el basado en una metodología científica— es el único que permite un *progreso*. No debemos olvidar que lo que diferencia a un enfoque científico de otro que no lo es, no son los resultados, por otro lado objetivamente mejores, sino la mayor o menor seguridad de que los resultados que se obtienen pueden ser atribuidos al método que se está empleando y no a los cientos de variables incontraladas que pueden aparecer en todo trata-

miento. Desde un punto de vista científico, no puramente clínico, de nada nos sirven los éxitos que no se pueden explicar y repetir (ver Bayés, 1980).

Por otra parte, la idea de que «en la variedad está el gusto», o de que se deben tener dispositivos de distintas metodologías, parte, a nuestro juicio, de varias equivocaciones.

La primera y principal es la de que esa diversidad no llega nunca a ser real para el usuario. La disponibilidad de distintos dispositivos es siempre limitada y éstos suelen, deben, estar zonificados, de modo que cuando un usuario decide acercarse a la red, lo tiene que hacer *al dispositivo que le toca, no al que él elige, o piensa que le sería más adecuado*. La derivación, al que a él le gustaría, es casi siempre imposible por razones de zonificación o porque el profesional que le atiende en el dispositivo al que acude, le atiende y le evalúa con una determinada metodología, desde la cual jamás va a hacer una derivación a un dispositivo que parte de supuestos contrarios a los que él utiliza. ¿Cuántas derivaciones se producen entre médicos de distintas escuelas? Y cuando éstas llegan a producirse, ¿cuántas exploraciones, análisis y tiempo ha de transcurrir primero? Estamos hablando de casos en los que teóricamente la diversidad, en caso de producirse, sería positiva, pero tengamos en cuenta que esta diversidad *sería positiva sólo en caso de dispositivos que se agotaran en sí mismos*, que pudieran realizar el tratamiento de rehabilitación y reinserción completo —puesto que si no, deberían derivar en algún momento del proceso—, y hemos visto que este tipo de centros parece haber quedado descartado hace tiempo.

No creemos que a estas alturas se pueda defender aún la diversidad de metodologías entre los profesionales de un mismo centro. Además de encontrarnos en el

caso anterior —difícilmente es real para el usuario, que en último término siempre es atendido por un profesional concreto— hace imposible la evaluación real del dispositivo.

La creencia de que la diversidad es buena, parte en muchos casos de la idea, nefasta, de que en toxicomanías todo es válido (porque no se sabe nada), o la contraria, que viene a ser igual: como nada vale, es mejor tener un poco de todo.

Esto no tiene nada que ver con nuestra profunda convicción de que el problema de la toxicomanía debe ser abordado y tratado de forma multiprofesional.

Los experimentos que concluyen demostrando que nada funciona, o que todo funciona igual, cometen casi siempre los mismos errores:

1. Consideran a los drogodependientes como algo homogéneo y/o
2. Confunden metodologías con dispositivos y/o terapias.
3. Comparan, entre sí, dispositivos distintos.

Vamos a comentar brevemente estos errores.

1.º Los drogodependientes no pueden ser considerados como una población homogénea, ni en cuanto a la droga principal de abuso, ni en cuanto a la frecuencia con que la utilizan, ni en cuanto a las causas biopsicosociales que llevaron al sujeto a abusar de una determinada droga. Sin embargo, es frecuente ver experimentos en los que se toman muestras de drogodependientes sin tener en cuenta estas diferencias, considerándolos a todos iguales, y posteriormente se los relaciona con tratamientos, metodologías o dispositivos. Si la muestra está tomada al azar, como debería ocurrir, es probable que los drogodependientes se distribuyan también

al azar en los diferentes subgrupos y que, por tanto, no aparezcan diferencias estadísticamente significativas entre unos tratamientos y otros. Pero, en el caso de que estas diferencias aparecieran, difícilmente podríamos atribuirles a ninguna causa concreta.

2.º Es frecuente ver estudios en los que se comparan dispositivos entre sí, sin atender a lo que en ellos se realiza. No todas las comunidades terapéuticas son iguales, aunque se parezcan en que el tratamiento es en régimen de internado. Tampoco los centros ambulatorios pueden ser considerados como algo homogéneo, ni podemos comparar terapias sin tener en cuenta la metodología que subyace a éstas. Una «Terapia Familiar» o una «Escuela de Padres» pueden ser muy diferentes dependiendo de la metodología que en ellas se emplea; por tanto, no se pueden tomar en bloque cinco o seis tratamientos y compararlos luego con otros cinco o seis que tengan un mismo nombre.

Son muchas las ventajas que reporta a los usuarios y a la Administración la adopción de una *Red homogénea de método científico*: Entre otras:

- 1.º Derivaciones internas lógicas.
- 2.º Coherencia interna.
- 3.º Posibilidad de investigaciones y análisis de los datos.
- 4.º Ajuste continuo de las intervenciones a las necesidades de los usuarios.

Pero también somos conscientes de sus inconvenientes, entre los que destacaríamos los siguientes:

1.º Autoperpetuación de la Red específica.—Toda Red específica tiende a su autoperpetuación; sin embargo, si el méto-

do que se emplea en ella está, como en este caso, basado en los supuestos científicos, la Red sólo se perpetuará *si los datos que se obtienen lo aconsejan*. Por otro lado, al ser esta metodología la misma que se utiliza en otras redes públicas, la comunicación entre ellas debería facilitarse.

2.º Dificultad de incorporación de otros esfuerzos de distintas metodologías.—Pero no de otros esfuerzos que, basándose en la misma metodología, utilicen aproximaciones terapéuticas distintas. Toda terapia es válida siempre que venga avalada por un método científico.

3.º Imposibilidad de estudios comparados.—Excepto con redes que utilicen una metodología comparable.

Finalmente, nos gustaría resaltar que entendemos que un *Plan Regional sobre Drogas* es mucho más que un programa y que en un *Plan* deben contemplarse aspectos políticos y sociales que van más allá de la metodología concreta que se emplee en los programas que en él se desarrollan. Pero, a nuestro entender, cualquier *Plan* que no esté basado en métodos contrastados está condenado de antemano al fracaso. No es fácil obtener el consenso necesario para que todo proyecto técnico se desarrolle plenamente y sobreviva a los cambios políticos que se puedan producir durante su implantación. Nosotros pensamos que la mejor, si no la única, manera de obtener ese consenso necesario, debe provenir de los resultados que se obtengan. Resultados que podemos explicar por el método que utilizamos y que expondremos a continuación, pero antes vamos a hablar brevemente de los dispositivos que componen la *RED DE TRATAMIENTO ASISTENCIAL* del programa libre de drogas de la Comunidad de Madrid. Estos dispositivos podrían dividirse en tres categorías: Centros o servicios de primer, segundo y tercer nivel.

Centros de primer nivel.—Son los programas municipales, que pueden hacer acogida directa y están diseñados para atender a drogodependientes de perfil no muy desestructurado que pueden hacer uso de los servicios sociales municipales, para su reinserción, desde un primer momento. Cubren las necesidades de un municipio o de un área municipal. En la Comunidad de Madrid hay actualmente 20 centros de estas características.

Centros de segundo nivel.—Son los Centros de Día a los que se puede acudir directamente o como derivación desde un Centro de Atención Municipal. Están diseñados para drogodependientes con un perfil más desestructurado, toxicómanos que deben pasar mayor tiempo en los centros de tratamiento y que necesitan una mayor atención, antes de poder utilizar los recursos normalizados. Actualmente funcionan tres centros de este tipo. Están zonificados.

Centros de tercer nivel.—Son los centros de mayor especialización, a los que sólo se puede acceder mediante derivación de los programas municipales o de los Centros de Día. Nos referimos a las Unidades de Desintoxicación, que en la actualidad disponen de 20 camas, y a las Comunidades Terapéuticas, de las que funciona una con capacidad para 20 usuarios, que contará con 18 nuevas plazas el próximo mes de diciembre, y una segunda que abrirá sus puertas también dicho mes y que dispone de 40 plazas.

Además de estos centros, puramente asistenciales, que acabamos de enumerar, el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid dispone de otros dispositivos de apoyo a los anteriores, y de una serie de programas especiales, concertados con otras instituciones, que relatamos a continuación:

- Dos pisos de reinserción, o estancia temporal post-tratamiento, concertados con Cáritas.
- Tres pisos de estancia durante el tratamiento, concertados con Adoratrices, Proyecto Hogar y Punto Omega.
- Un piso de estancia durante el tratamiento para embarazadas, concertado con Cruz Roja.
- Un piso de estancia durante el tratamiento para poblaciones altamente marginales, concertado con Cruz Roja.
- Un convenio con Proyecto Hombre que contempla la utilización de 40 plazas en su programa.
- Siete programas de orientación, información y derivación concertados, respectivamente, con AAT, ASPAFADES, PUNVI, ARPAD, ALAD-LATINA, ASPAD y APYRD.
- Cuatro programas de acogida, concertados con CAO, Punto Omega y Proyecto Hogar.
- Un programa de cárceles en Preventivos-Madrid 2, concertado con Cruz Roja.
- Dos programas para población marginal, concertados igualmente con Cruz Roja.
- Un convenio con FERMAT, que contempla la realización de diversos programas de prevención, asesoramiento técnico y acogida y derivación de familias con hijos toxicómanos.
- Un programa de emergencias psicosociales, junto con el Ayuntamiento de Madrid, que funciona a través de línea telefónica las veinticuatro horas del día.
- Un programa de derivación para el tratamiento, concertado con la Capitanía General de la Primera Región Militar.
- Un convenio con el Colegio de Farmacéuticos de Madrid para la realización de la analítica necesaria.

Con la enumeración de todos estos programas, cuyo contenido no podemos explicitar en este artículo por razones de espacio, queremos demostrar que el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad

- Dos pisos de estancia

de Madrid no es un mero programa técnico de la Administración, sino que tiene raíces y soporte en el tejido social y conexiones con las instituciones o asociaciones ciudadanas que se dedican, de una u otra forma, a paliar el problema de las drogas.

Los centros puramente asistenciales, mencionados más arriba, con el apoyo de los programas y asociaciones que acabamos de relacionar, y basándose, en su mayor parte, en una metodología común, desarrollan una serie de programas terapéuticos que cubren todo el abanico necesario en el tratamiento de los drogodependientes. Estos programas han sido elaborados y adaptados a las necesidades concretas de cada uno de los equipos por los técnicos de los programas municipales, los técnicos de los Centros de Día (Grupo EXTER y ADOS) y el equipo de coordinación del Plan Regional. Desgraciadamente, nos limitaremos a su enumeración:

1) *Programas de desintoxicación ambulatoria y hospitalaria.*

2) *Programa de Escuela de Padres.* A este programa pueden acudir padres y familiares de drogodependientes tanto si éstos están en tratamiento como si no lo están.

3) *Programa de Educación para la Salud.* En el que se aprenden pautas para una mejor salud biopsicosocial.

4) *Programa de Enfrentamiento al Stress.* Basado en los trabajos de Meichenbaum (1977) y que trata de enseñar a manejar situaciones de ansiedad.

5) *Programa de Enfrentamiento a la Depresión.* Basado en los trabajos de Ellis (1962), Beck (1972) y Rehm (1979), intenta desarrollar estrategias cognitivo-conductuales para identificar y resolver estados de ánimo depresivos.

6) *Programa de Habilidades Sociales.* Basado en los trabajos de Segura (1985). Mediante este programa se pretende lograr que los drogodependientes sepan desenvolverse con éxito, sin necesidad de recurrir a conductas de manipulación y sin que aparezca ansiedad en diferentes situaciones interpersonales.

7) *Programa de Terapia Familiar.* Basado en las investigaciones de Liberman (1975). Trata de resolver los conflictos familiares que aparecen muchas veces asociados a problemas de drogodependencia.

8) *Programa de Prevención de Recaídas.* Basado en los trabajos de Marlatt y Gordon (1985). Enseña los determinantes y antecedentes de una recaída, explicándola como un error del que se puede aprender y enseñando a predecir y evitar las situaciones de riesgo.

9) *Programa de Autoayuda.* En el que los drogodependientes analizan y participan activamente en su proceso de rehabilitación.

10) *Programas farmacológicos.* Nos referimos aquí al uso de determinadas sustancias, como por ejemplo la naltrexona, que pueden ser de gran ayuda en determinadas fases del proceso de rehabilitación. Nos referimos en el caso de la naltrexona a las personas que, habiendo completado su desintoxicación y careciendo de control, tanto interno como externo, se encuentran en lista de espera para su ingreso en Comunidad Terapéutica.

Además de estos programas, los drogodependientes reciben las terapias individuales necesarias en cada caso para lograr los objetivos marcados en sus programas de rehabilitación.

Todo este esfuerzo técnico y social debe estar avalado, como indicábamos an-

tes, por los resultados, resultados que exponemos antes de entrar en los programas de reducción del daño.

Para exponer los datos, vamos a efectuar una comparación por trimestres de los dos primeros del año 1987 con los dos primeros del año 1990.

	1 ^{er} Trimestre	
	1987	1990
Toxicómanos en tratamiento	473	1.517
Ingresos	281	909
Reingresos	24	119
TOTAL	778	2.545

	2 ^o Trimestre	
	1987	1990
Toxicómanos en tratamiento	537	1.855
Ingresos	322	517
Reingresos	29	158
TOTAL	888	2.530

El aumento de la capacidad asistencial es considerable, pero nos gustaría poner de manifiesto que este aumento no se debe a un incremento proporcional de los centros de tratamiento (en Madrid capital hay 2 centros más y en la provincia 6 centros nuevos). Los centros parecen ser más adecuados y más atractivos para los drogodependientes, como demuestra el número de los reingresos del año 1990, frente a los del año 1987. Otro dato en esta misma línea es el de la capacidad de retención. Así, mientras que en el año 1987 un alta fin de tratamiento se producía tras una media de estancia en el dispositivo de 247 días, en el año 1990 se produce tras 439 días de media. Estas altas fin de tratamiento eran de un 3% de

los pacientes en 1987, mientras que en 1990 son del 13,4%. Estos datos son posibles también porque el número de abandonos, a pesar del gran incremento de drogodependientes en tratamiento, ha disminuido considerablemente (de un 23% en 1987, a un 11% en 1990).

Finalmente, querríamos resaltar que esta mejora se ha producido a pesar de la reestructuración de la Red, y que es de esperar una continua mejoría de los datos según se vayan implantando definitivamente los programas en toda la Comunidad, puesto que algunos de los centros aún son de muy reciente creación.

PROGRAMAS DE REDUCCION DEL DAÑO

Como comentábamos al comienzo de este artículo, la Comunidad de Madrid dio, en un principio, prioridad a los programas libres de drogas, ya desde el año 1985. En los primeros meses del año 1991, se abrirán los centros que restan para completar la planificación que se realizó en el año 1988, con lo que, a partir de este momento, los programas de reducción del daño, algunos de los cuales ya se han puesto en marcha durante 1990, recibirán la máxima atención.

Es un hecho sabido que un número considerable de drogodependientes no desean abandonar las drogas; también es un hecho que un alto porcentaje de los que acuden a tratamiento es portador de VIH, con lo que, debido a determinados comportamientos (uso repetido y/o compartido de jeringuillas, relaciones sexuales sin preservativo, etc.), los drogodependientes son una población de riesgo para ellos mismos y, a través de los intercambios sexuales (prostitución, pareja toxicómana, etc.), para el resto de la ciudadanía (ver Plant, 1990).

Los programas de reducción del daño que ha planificado la Comunidad de Madrid son los siguientes:

- 1.º Programas de sustitutivos opiáceos (metadona).
- 2.º Programas de intercambio de jeringuillas y distribución de preservativos.
- 3.º Programas de información y acercamiento de los servicios a la población.

Vamos a comentar a continuación algunos aspectos de estos programas.

Programas de metadona.—La metadona es presentada, a veces, por sus defensores, como la panacea contra la propagación del SIDA, como el banderín de enganche ideal para drogodependientes en las redes normalizadas, libres de drogas, como la única manera efectiva de controlar el problema de las drogas, etc. Para sus detractores, no es más que otra droga, que lo único que hace es impedir la rehabilitación y reinserción plena de los heroínomanos que pasan a depender de por vida de esta sustancia, en el caso poco probable de que les ayude a abandonar definitivamente el uso de la heroína. Para nosotros, se trata de un fármaco de gran utilidad para un grupo de heroínomanos que, no estando dispuestos a abandonar el uso de opiáceos, puede, mediante la metadona, dejar el uso de drogas por vía parenteral con el beneficio que esto reporta para su salud y la disminución del riesgo de reinfecciones y transmisión de gran número de enfermedades que esto supone. Después del Real Decreto de enero de 1990, que regula la utilización de sustitutivos opiáceos en tratamientos superiores a veintidós días, la Comunidad de Madrid ha puesto en marcha un programa de mantenimiento con metadona, para heroínomanos, que en estos momentos cuenta con más de 200 usuarios. A este programa, concertado con la Cruz Roja, sólo se puede acceder por derivación de alguno de

los centros de la Red. La idea es lograr que los drogodependientes del programa abandonen el uso de la heroína y mejoren sus hábitos sanitarios. El programa cuenta, por tanto, con una escuela de salud y análisis periódicos para garantizar que los drogodependientes que participan en él no utilizan otro tipo de opiáceo.

En un futuro próximo, se pondrá en marcha un segundo programa en Madrid capital y se estudiará la manera de dispensar metadona, si es necesario, en puntos periféricos de la Comunidad.

Programas de intercambio de jeringuillas.—En el mes de diciembre de 1990, se instalarán en diversos puntos de la Comunidad de Madrid máquinas que, a cambio de una jeringuilla usada, dispensarán un pequeño paquete con un preservativo, un apósito y una jeringuilla de un solo uso. Se trata de lograr que aquellos drogodependientes que no desean abandonar la heroína, ni tan siquiera por otro sustitutivo opiáceo, corran y supongan para la población el menor riesgo posible de infecciones y contagios. Las máquinas se instalarán preferentemente en las zonas ya usadas por los drogodependientes para inyectarse. Asimismo, se tratará de lograr que aquellas asociaciones que se presten a ello, distribuyan, siempre a cambio de jeringuillas usadas, otras nuevas de un solo uso. Naturalmente, no estamos interesados en fomentar el uso de drogas por vía parenteral, pero trataremos de que aquellas personas que no están dispuestas a abandonarlo, se inyecten de la manera más higiénica posible.

Programas de información y acercamiento de los servicios.—También en diciembre de este año, comenzará a rodar por las carreteras de la Comunidad de Madrid, con un horario nocturno, «EL ISIDRO», autobús para la «Integración Social y Drogodependencias». Este autobús, que realizará recorridos fijos por los

puntos más conflictivos de nuestra Comunidad y que llevará servicios médicos y sociales, tiene por objeto la atención a los drogodependientes en su mismo barrio, prestándoles la ayuda sanitaria y social inmediata que necesiten y dándoles las informaciones necesarias para que mejoren su salud. Asimismo realizará, cuando sea posible, la derivación del drogodependiente a los servicios normalizados.

Estos programas de reducción del daño, junto con la Red de tratamiento de programas libres de drogas, conforman la respuesta técnica asistencial de la Comunidad de Madrid. En un próximo artículo, esperamos tener la oportunidad de exponer lo realizado en materia de Prevención y Reinserción para poder dar una visión global del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad de Madrid.

BIBLIOGRAFIA

- BAYÉS, R.: *Introducción al método científico en Psicología*, Barcelona, Fontanella, 1980.
- BECK, A. T.: *Depression: Causes and Treatment*, Philadelphia, Univ. Pennsylvania Press, 1972.
- ELLIS, A.: *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York, Stuart, 1962.
- LIBERMAN, R.: «Behavioral Marital Therapy: Group Leaders Guide», Oxnard, Calif., *Behavior Analysis and Modification Project*, 1975.
- MARLATT, G. A., y GORDON, J.: *Relapse Prevention*, New York, Guilford, 1985.
- MEICHENBAUM, D.: *Cognitive Behavior Modification*, New York, Plenum Press, 1977.
- REHM, L. P., y KORNBLITH, S.: «Behavior Therapy for Depression: a review of recent developments», en *Progress of Behavior Modification*, Hersen, M.; Eisler, R.; Miller, P. M. (eds.), New York, Academic Press, 1979.
- SEGURA, M.: *Habilidades sociales*, Madrid, Cuadernos del Luria, 1985.
- PLANT, M.: *Aids Drugs + Prostitution*, London, Routledge, 1990.

M.^a Eugenia Zabarte*

En torno a la penalización del consumo de drogas. Observaciones sobre la situación en Italia

RESUMEN

La pretendida unanimidad en lo que concierne a la progresiva criminalización de la oferta de drogas, se suele ver desmentida por una práctica en la que proliferan las divergencias. Sucede lo mismo en lo que se refiere a la conducta de consumo y a las estrategias sancionadoras que se le aplican. En este artículo se analiza someramente la situación existente en algunos países de Europa a este respecto, con un especial detenimiento en lo que se refiere a los recientes cambios habidos en Italia.

SUMMARY

Some observations concerning the penalization of drug abuse in Europe with special emphasis regarding the situation in Italy

The supposed unanimity concerning the progressive criminal control of the drug supply is usually belied, in practice, by diverging forms thereof. The same is true with regard to drug abuse behaviour and the penalizing strategies applied. In this article, a brief analysis is provided of the existing situation in some European countries in this regard, special emphasis being placed on the recent changes having taken place in Italy.

19

Si, en lo que concierne a la progresiva criminalización de la oferta de drogas, la pretendida unanimidad teórica se suele ver desmentida por una práctica en la que proliferan salvedades y excepciones a la regla, tal situación se acentúa en lo que se refiere a la conducta de consumo y a las estrategias sancionadoras que se le aplican.

La orientación mayoritaria es también en este caso coincidente: criminalizar las conductas de consumo de drogas. España constituiría el único país de las Comunidades Europeas, tras la reciente aprobación

de la ley italiana en línea claramente penalizadora, en el que no se sigue tal orientación.

Sin embargo, ahí empieza y termina la coincidencia. Porque la divergencia es notable en la tipificación de las conductas, en la aplicación de atenuantes e, incluso, de eximentes, en la práctica judicial y, sobre todo, en la naturaleza de las sanciones.

Francia y Luxemburgo penalizan el consumo. Irlanda, Reino Unido, Luxemburgo y ahora también Italia, además del consumo, penalizan la posesión para el consumo, lo que les permite mitigar las penas para este tipo en relación con las que se imponen a la posesión con fines de tráfico. Países

(*) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

Bajos y Portugal penalizan la posesión, sin matizar más, con la finalidad de prevenir así el consumo.

Existen también diferencias debidas a la aplicación de atenuantes y eximentes y a la propia práctica judicial: Países Bajos o Dinamarca relativizan, a través de la práctica judicial, la penalización de la posesión en función de la sustancia consumida o de la cantidad de sustancia poseída. En Portugal la propia ley atenúa las penas cuando se trata de drogodependientes. Grecia exime de pena al consumidor toxicómano, estimando que su dependencia es un factor de exención de responsabilidad.

En cuanto a la naturaleza y *quantum* de las penas, Irlanda y Reino Unido castigan con siete años el consumo, mientras que Suiza impone una pena máxima de tres meses de arresto. Malta sanciona tal conducta únicamente con multa.

Da la impresión de que la penalización del consumo se adopta con finalidades más disuasorias que represivas, a la vista del generalizado establecimiento de medidas terapéuticas adicionales, ya sean de carácter voluntario u obligatorio. En la mayor parte de los países coexisten ambas modalidades.

En Suecia, por ejemplo, se aplica la fórmula de tratamiento voluntario en el caso de adultos y de tratamiento obligatorio en caso de menores de edad. En ciertos supuestos el sometimiento voluntario a tratamiento hace posible no ser perseguido por un delito cometido con anterioridad. En otros casos, el sometimiento a tratamiento, bajo control judicial o administrativo, posibilita la remisión de la pena.

La finalidad de disposiciones de este tipo no es otra que favorecer mediante el incentivo la finalización del tratamiento. Aunque no todos lo hacen: Reino Unido,

Dinamarca, Finlandia, Noruega y Países Bajos no prevén medidas terapéuticas en las legislaciones penales. Sin embargo, en Países Bajos y Reino Unido existen amplios programas de prevención y de asistencia (apoyados generalmente por instituciones privadas) que, aunque no influyan en la situación penal de los drogodependientes, resultan decisivos en la solución del problema.

A esa manifiesta disparidad que subyace a una orientación abrumadoramente mayoritaria de penalizar el consumo, habría que añadir, por ejemplo, la opción de los Países Bajos de autorizar la distribución controlada de metadona¹ a los toxicómanos, lo que permite evitar delitos relacionados con la búsqueda de la droga y también un cierto seguimiento sanitario cuando no procede una desintoxicación porque los interesados no la desean.

UN BREVE REPASO A LA LEY ITALIANA A PROPOSITO DE SU RECIENTE APROBACION

El 26 de junio de 1990, la Gaceta Oficial de la República Italiana publicó la «ley de la droga», o, para decirlo con mayor propiedad jurídica, la ley de actualización, modificación e integración de la de 22 de diciembre de 1975, reguladora de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas, prevención, tratamiento y rehabilitación de toxicodependencias.

El texto, aprobado sin dificultad —307 votos a favor, 148 en contra, una abstención—, ha sido objeto, no obstante, de intensa controversia durante los casi dos años en que se ha prolongado su discusión. De ello dan idea las opiniones de representantes de las distintas fuerzas políticas al hilo de su aprobación. Entre el «Es una buena ley» de Forlani, secretario de la Democracia Cristiana, y el «Confusa, ineficaz y culturalmente regresiva» del co-

munista Massimo D'Alema, existe una amplia gama de manifestaciones entre las que destaca la del secretario socialista, Bettino Craxi, uno de los más convencidos defensores de la ley: «Se concluye victoriosamente una larga batalla política y parlamentaria. Hemos encontrado fuerte oposición en el Parlamento y en el país. Pero sabemos que podemos contar con el apoyo de una gran mayoría...»².

Los argumentos en pro y en contra han tenido notable eco en determinados ámbitos profesionales y políticos de nuestro país y a buen seguro que habrán influido en la adopción de estrategias a cuya puesta en marcha tendremos oportunidad de asistir en los próximos tiempos. Por eso creo que vale la pena repasar las características más señaladas del texto legal.

En general, se está de acuerdo en que la ley de 1975 no servía. Casi todo el mundo coincide también en que el tráfico de drogas debe ser castigado con extrema dureza, incrementando al máximo posible las penas sancionadoras de tales conductas. De hecho, algunos críticos de la ley dejan a salvo su conformidad con la parte que tipifica y penaliza el delito de tráfico —«La parte referente a la lucha contra el narcotráfico es buena...», afirma Gianni Rivera, que se manifiesta contrario a otros aspectos del texto—. Pero la gran discrepancia surge al considerar ilegal y sancionable el consumo de drogas.

Hasta la entrada en vigor de este nuevo texto, la legislación italiana contemplaba al drogodependiente como a una víctima. En tanto tal, le estaba permitido consumir la dosis que precisaba. Podía llevar consigo con total impunidad la «módica cantidad» que le resultase necesaria. La ley de 1990 termina con dicha situación. Consumir droga constituye en la actualidad un acto ilegal y quien lo haga encontrará dificultades de diverso tipo. Así, el toxicómano a

quien se sorprenda «con una cantidad no superior a la dosis media diaria»³ será conducido a la prefectura (equivalente al Gobierno Civil en España). Allí se le planteará la alternativa: o se somete a un tratamiento de rehabilitación o se le aplica la sanción administrativa correspondiente. Las previstas para este supuesto son la suspensión del permiso de conducir, de la licencia de armas y pasaporte, además de cualquier otro documento equivalente. Los extranjeros serán privados del permiso de residencia temporal por motivo de turismo. La duración de la suspensión oscilará entre dos y cuatro meses si se trata de «drogas duras» y entre uno y tres meses para el resto de las sustancias.

Si el interesado no se cura y vuelve a ser sorprendido con la cantidad de droga que la ley estima «no superior a la dosis media diaria», comparece de nuevo ante el prefecto. Si todo ello acontece por tercera vez —es decir, si al interesado se le han aplicado dos veces las sanciones administrativas descritas o rehúsa el tratamiento o lo abandona por un período de dos a cuatro meses si se trata de dependencia a las «drogas duras» o de tres a ocho en el resto de los supuestos—, se le pone a disposición del juez. Este puede aplicarle, además de las medidas ya señaladas con anterioridad, otras de carácter asimismo cautelar: prohibición de alejarse del lugar de la residencia; obligación de presentarse al menos dos veces a la semana en la sede de la policía local; obligación de permanecer en su vivienda a determinadas horas del día; prohibición de frecuentar determinados locales públicos; obligación de prestar una actividad no retribuida en favor de la comunidad —en organizaciones dedicadas a la asistencia, a la educación, a la protección civil, a la tutela del patrimonio ambiental— al menos durante un día laboral a la semana. La decisión del juez, que debe ir precedida de sendos informes de la prefectura y del servicio público de drogodependencias, es recu-

rrible pero el recurso no suspende su ejecución. Si el interesado no cumple las medidas impuestas es castigado con arresto de tres meses o con multa de cinco millones de liras (unas quinientas mil pesetas).

También el abandono de jeringuillas en un lugar público, abierto al público o en un lugar privado de concurrencia pública, es castigado por la ley: multa de cien mil a un millón de liras (aproximadamente entre diez mil y cien mil pesetas).

Saliendo al paso de la pregunta, frecuente en los medios de comunicación, «¿Funcionará? ¿Será eficaz esta ley?», los legisladores han incorporado al texto diversas disposiciones que tienden a asegurar la ejecución de lo preceptuado por la misma. Así, por ejemplo, la previsión de que las prefecturas dispongan de dotación de personal suficiente, afectando a los gastos derivados de los mandatos de la ley créditos por un total de 6.050 millones de liras (605 millones de pesetas, aproximadamente) para el primer año de aplicación.

También se orienta en dicha dirección el mandato dado al Ministerio de Sanidad para que, en el plazo de dos meses, a contar desde la entrada en vigor de la ley, establezca: 1) el procedimiento diagnóstico y médico-legal para determinar el uso habitual de sustancias estupefacientes o psicotrópicas; 2) el método para cuantificar el consumo habitual en veinticuatro horas; 3) el límite cuantitativo máximo de los principios activos para las dosis medias diarias.

Los hay que, como Gianni Rivera, desconfían de que algunas disposiciones de la ley sean efectivamente aplicables: «... la sanción (al consumidor), con la que no

estoy de acuerdo, resulta inaplicable. Es imposible para los prefectos y para los jueces digerir tal carga de trabajo. Por eso he votado tranquilamente a favor de la ley»⁴.

Reacciones de signo tan contrario, al menos en cuanto a sanción del consumo se refiere, bien pudieran ser anticipo de una difícil aplicación de la norma. Dificultad con la que ya han tropezado antes las estrategias sancionadoras de otros países.

NOTAS

- 1 En España, un Real Decreto que se publicó en el *Boletín Oficial del Estado* a comienzos de este año —el 75/90, de 19 de enero—, amplía notablemente las posibilidades existentes de tratar con opiáceos a personas dependientes de los mismos. Las finalidades de esta norma son similares a las descritas en el caso holandés.
- 2 *Corriere della Sera* de 12 de mayo de 1990.
- 3 La posesión de dosis superiores será considerada delito de tráfico.
- 4 La Orden número 186, de 12 de julio de 1990, del Ministro de Sanidad italiano, establece los procedimientos para determinar la adicción a drogas y los niveles máximos de agentes activos que se contienen en una dosis media diaria. Estos niveles —que por su interés se reproducen a continuación— se refieren a las drogas de uso más frecuente y por debajo de ellos pueden aplicarse las medidas administrativas.

Alfentanilo	0,03 grs.
Dietilmorfina (heroína)	0,10 grs.
Metadona	0,05 grs.
Morfina	0,20 grs.
Opio	1,00 grs.
Cocaína clorhidrato	0,15 grs.
Cocaína base (<i>crack</i>)	0,02 grs.
Anfetamina	0,05 grs.
MDA	0,05 grs.
MDMA (éxtasis)	0,05 grs.
Lisergida (LSD)	50 microgramos
LSD-acetildietilamida	50 microgramos
Hojas de cannabis e inflorescencias (2% Delta-9-THC)	2,5 grs.
Hachis (10% Delta-9-THC)	0,5 grs.

Julen Ariño Viar*, Susana Córdoba Merino

Evaluación de un programa de reinserción laboral para exdrogodependientes**

RESUMEN

Se evalúa un programa de reinserción laboral del Gobierno Vasco en el que participaron 200 alcohólicos y heroinómanos.

Se muestra la mejoría en la situación laboral y económica, así como en las relaciones familiares y sociales y en la autoestima de los sujetos participantes, transcurridos entre seis y doce meses después del programa. Por el contrario, el programa no ha afectado a las pautas de consumo de drogas.

Se describe la forma en que los centros desarrollaron el programa, y el impacto del mismo en las empresas participantes y población general. Se discute, por último, la idoneidad de los programas específicos y la población susceptible de ellos.

SUMMARY

Evaluation of a program for re-entry into employment for ex-drug abusers

An evaluation is provided of a program for re-entry into employment undertaken by the Basque Government (Spain), in which 200 alcoholics and heroin addicts participated.

Evidence of an improvement in their employment and financial situation, as well as in family and social relations and in the self-esteem of those participating is provided for the period from 6 to 12 months following the program. To the contrary, the program has not affected drug abuse behaviour.

The way in which the centers carried out the program and the impact thereof on the companies taking part and on the population at large are described. Lastly, the suitability of the specific programs and the population at which they are being targeted is discussed.

23

INTRODUCCION

EL Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, según orden del *Boletín Oficial del País Vasco*, se reserva una parte del

(*) C/ Loyola-S. Andrés, 91. 48600 SOPELANA BIZKAIA

(**) Este trabajo fue realizado con el apoyo económico del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Agradecemos a las personas entrevistadas su colaboración. Agradecemos también su colaboración a María José González, Silvia Jiménez y Juan Antonio Tejero, compañeros en la realización de la evaluación y el informe original.

importe de los programas de contratación directa (programas inespecíficos de subvención a la creación de empleo) con el fin de contratar exdrogodependientes¹.

Los fines de este programa se consideran: terapéuticos, de reinserción y rehabilitación.

La selección de las personas a incluir en el programa se realiza por los centros de tratamiento acreditados por el Gobierno Vasco (29 centros).

Estos elevan las propuestas al Departa-

mento, que en caso de aceptarlas, se compromete a abonar los salarios y cuotas de la Seguridad Social correspondientes a la empresa contratante, en función de la categoría del puesto a ocupar, y por un período de seis meses.

En un documento posterior se completa la información sobre el diseño y desarrollo del programa².

Son sus objetivos: a) apoyar el proceso de reincorporación a la sociedad de exdrogodependientes, mediante la rehabilitación personal y la reinserción social a través del trabajo; b) incentivar la contratación de exdrogodependientes debido a su marginación específica dentro del mercado de trabajo; c) no procede la inclusión en el programa de personas ya rehabilitadas e insertadas, a pesar de que estén desempleadas.

A los efectos del programa pueden ser contratados extoxicómanos y exdrogadictos que, habiendo superado, a juicio del equipo terapéutico correspondiente, la fase de deshabitación y llevando más de seis meses de tratamiento, se considere de interés su adscripción al mismo por parte de los equipos terapéuticos.

Los contratados han de aceptar una cláusula según la cual el no seguir las instrucciones del centro de salud en lo relativo al seguimiento y control de su recuperación, o bien el consumir drogas en el tiempo de vigencia del contrato, serán motivos de rescisión del contrato.

El programa se desarrolló en los años 1986 y 1987, y tomaron parte en él 200 personas, 68 alcohólicos y 132 heroinómanos. Participaron 28 centros de tratamiento.

El presente trabajo es un resumen del informe original, «Evaluación del primer y segundo programa de subvención a la

contratación de exdrogodependientes con fines de rehabilitación e inserción» (S. Córdoba, J. Ariño, M. J. González, S. Jiménez, J. A. Tejero, 1988), presentado al Gobierno Vasco³.

Dicho informe fue contratado en diciembre de 1987, una vez concluidos los programas. Se diseñó el estudio, se recogió la información y se redactó el informe entre enero y diciembre de 1988.

MÉTODOS

Se realizó un muestreo aleatorio de afijación proporcional en base a cuatro variables: tipo de droga (alcohol o heroína); sexo; programa (1986 ó 1987), y provincia (Bizkaia, Araba, Gipuzkoa).

Para un nivel de confianza del 95% el tamaño de la muestra es de 130 personas. Al preverse que pudieran surgir dificultades para encontrar alguna persona, se optó por realizar el muestreo sobre 150 personas y después volver a muestrear 130.

Fue necesario sustituir a dos personas que habían muerto y a siete que no fue posible localizar. Se entrevistaron, al final, 130 personas que habían participado en el programa (fuente: personas).

Se realizó, además, una entrevista por cada persona en el centro de tratamiento correspondiente (fuente: centros de tratamiento), preferentemente a la persona del equipo con más conocimiento sobre el caso. Y una tercera entrevista en las empresas donde trabajaron (fuente: empresas).

Las encuestas y las entrevistas fueron diseñadas y realizadas por el mismo equipo redactor. La información de campo se recogió en todos los casos entre seis y doce meses después de acabados los seis meses de trabajo subvencionado.

Se realiza un análisis descriptivo de cómo el programa se llevó a cabo por los centros de tratamiento y qué tipo de población fue incluida en él, así como el posible impacto del programa en los centros de trabajo.

El análisis de las tres fuentes de información se realiza en base a la descripción de estas fuentes: medias, porcentajes, etcétera. Se estudia con detalle la información recogida directamente de las personas, utilizando algunas de estas variables (consumo o no, relaciones familiares y sociales, ocio, situación económica, etc.) como indicadores de los posibles beneficios del programa, y fueron por tanto referidas a los tiempos antes, durante y después del programa.

RESULTADOS

Las variables sociodemográficas de los alcohólicos y heroinómanos se pueden ver en las tablas 1, 2 y 3.

Los heroinómanos son más jóvenes que los alcohólicos, en mayor número solteros, con niveles más altos de estudios, y viven más con su familia de origen. Tienen menos experiencia laboral, menos cualificación profesional y mayor dependencia económica.

Finalizaron el programa todos los alcohólicos y el 87% de los heroinómanos.

En el caso de once heroinómanos se interrumpió el programa. Las causas de la interrupción son el consumo de drogas (en 9 casos), absentismo o gran problemática laboral (en 6 casos) e inasistencia al centro (en 2 casos). De estas once personas, cinco residían en instituciones para toxicómanos previamente a su inclusión en el programa (comunidad terapéutica o piso de reinserción).

En seis casos de los once la interrupción del programa es voluntaria. En uno se interrumpe el programa por ingreso en prisión para cumplir una pena pendiente.

El 93% de los alcohólicos valoró positivamente el programa. Entre los heroinómanos se valoró positivamente el programa en el 73,3% de los casos.

La entrevista se realizó entre seis y doce meses después de finalizado el programa. La situación laboral de las personas en ese momento se aprecia en la tabla 4. Aproximadamente un 65% han conseguido tener ingresos, bien por su trabajo (alcohólicos 11%, heroinómanos 21%) o bien porque han accedido a subsidios por desempleo (alcohólicos 55%, heroinómanos 44%).

Posteriormente se estudiaron una serie de variables como indicadores de posibles cambios atribuibles al programa. Todas ellas se refieren a los tiempos antes, durante y después del programa. Los resultados obtenidos son los siguientes (tablas 5 y 6):

Consumo de alcohol

Las personas alcohólicas están abstinentes en un 82% de los casos al comenzar el programa. Porcentaje que aumenta durante el programa al 89%, y se sitúa al acabar éste en el 73% (tabla 5).

Los heroinómanos comienzan con un 85% de personas que no consumen, para ir este porcentaje descendiendo a lo largo del tiempo (71% durante el programa, 66% después del mismo).

En general, a lo largo del tiempo observado, tanto un grupo como otro consumen algo más, aunque las diferencias no son significativas, y en los casos en que ha

TABLA 1
Variables sociodemográficas de la muestra

	Alcohólicos n=44		Heroinómanos n=86		Total n=130	
SEXO						
Hombre	35	79%	64	74%	99	76%
Mujer	9	21%	22	26%	31	24%
ESTADO CIVIL						
Soltero	13	29%	63	73%	76	59%
Casado	21	48%	13	15%	34	26%
Separado-viudo	10	23%	10	12%	20	15%
CONVIVENCIA						
Familia origen	12	27%	55	64%	67	52%
Familia propia	26	59%	13	15%	39	30%
Solo	4	9%	3	4%	7	5%
C. T.-piso	0		8	9%	8	6%
Otros	2	5%	7	8%	9	7%
ESTUDIOS						
Primarios	28	64%	17	20%	45	35%
EGB	10	23%	32	37%	42	32%
BUP-FP	6	13%	28	33%	34	26%
Medio-superior	0		9	10%	9	7%
CATEGORIA PROFESIONAL						
Sin cualificar	20	46%	45	52%	65	50%
Cualificado	23	52%	31	36%	54	41%
Administrativo-técnico	1	2%	10	12%	11	9%
EXPERIENCIA LABORAL						
Trabajó con regularidad	12	27%	33	39%	45	35%
Esporádicamente	29	66%	39	45%	68	52%
No había trabajado	3	7%	14	16%	17	13%
CATEGORIA						
Especializada	18	41%	13	15%	31	24%
No especializada	24	55%	59	69%	83	64%
No había trabajado	2	4%	14	16%	16	12%

Fuente: *Personas*.

TABLA 2
Variables demográficas y cronológicas de la muestra

	Edad media	Edad primeros problemas	Edad primer tratamiento
ALCOHOLICOS			
Varón	39 (9)	27 (11)	33 (10)
Mujer	39 (5)	28 (7)	36 (5)
Total	39 (9)	27 (10)	34 (9)
HEROINOMANOS			
Varón	26 (3)	18 (4)	23 (4)
Mujer	26 (3)	17 (4)	19 (4)
Total	26 (3)	18 (4)	22 (4)

(Entre paréntesis desviación estándar.)

Todas las edades están ajustadas a números enteros.

Fuente: *Personas*.

TABLA 3
Tratamientos anteriores de la muestra

	Alcohólicos n=44		Toxicómanos n=86		Total n=130	
Tienen tratamientos previos	28	64%	57	66%	85	65%
Tratamientos ambulatorios	13	30%	34	40%	47	36%
Tratamientos hospitalarios	23	52%	24	28%	47	36%
Comunidad terapéutica	1	2%	30	35%	31	24%

Fuente: *Personas*.

TABLA 4
Situación laboral al pasar la entrevista
(Seis a doce meses tras finalizar el programa)

	Alcohólicos n=44		Heroinómanos n=86		Total n=130	
Trabajador fijo	1	2%	3	4%	4	3%
Trabajador eventual	4	9%	15	17%	19	15%
Subsidio INEM	24	55%	38	44%	62	48%
Sin salario-subsidio	12	27%	21	25%	33	25%
Otros	3	7%	9	10%	12	9%
TOTAL	44	100%	86	100%	130	100%

Fuente: *Personas*.

TABLA 5
Algunas variables referidas a periodos antes, durante y después del programa

	Antes		Durante		Después	
	OH(%)	H(%)	OH(%)	H(%)	OH(%)	(H)
Abstinentes	82	85	89	71	73	66
Dependen de otros	64	79	0	8	34	44
Otros dependen de ellos	64	26	66	28	66	30
Sin dificultades económicas	—	8	61	69	16	17
Pequeñas dificultades	32	21	25	23	41	31
Claras dificultades	68	71	14	8	43	51
Ocio activo	57	46	77	53	64	59
Ocio pasivo	30	29	21	37	27	22
Ocio problema	13	13	2	6	9	12
C.T.-piso reinserción	—	12	—	4	—	7

OH: personas alcohólicas (n=44)
H: personas heroínómanas (n=86)
Fuente: *Personas*.

TABLA 6
Relaciones familiares y sociales referidas a los periodos durante y después del programa

28

	Durante		Después	
	Alcohólicos n=44	Heroínómanos n=86	Alcohólicos n=44	Heroínómanos n=86
PADRES	*	*	*	*
Mejora	24 55% (65%)	50 58% (66%)	19 43% (51%)	43 50% (59%)
Igual	12 27% (32%)	23 27% (30%)	15 34% (41%)	25 29% (34%)
Empeora	1 2% (3%)	3 3% (4%)	3 7% (8%)	5 6% (7%)
No existe	7 16%	10 12%	7 16%	13 15%
PAREJA				
Mejora	19 43% (79%)	15 17% (56%)	14 32% (58%)	13 15% (48%)
Igual	5 11% (21%)	10 12% (37%)	8 18% (34%)	12 14% (45%)
Empeora	0	2 2% (7%)	2 5% (8%)	2 2% (7%)
No existe	20 45%	59 69%	20 45%	59 69%
AMIGOS				
Mejora	18 41% (50%)	39 45% (54%)	16 36% (44%)	32 37% (46%)
Igual	18 41% (50%)	29 34% (40%)	20 46% (56%)	31 36% (45%)
Empeora	0	4 5% (6%)	0	6 7% (9%)
No existe	8 18%	14 16%	8 18%	17 20%

(*) Entre paréntesis figuran los porcentajes ajustados según el total de casos en que existen relaciones.
Fuente: *Personas*.

habido un cambio en cuanto al consumo, éste ha sido indistintamente hacia un mayor o menor consumo.

En el momento de pasar la encuesta, el 14% de los alcohólicos beben, el 14% tienen al menos 6 meses de abstinencia, y el 18% al menos 12 meses. El 55% llevan más de 12 meses de abstinencia.

Para los heroínómanos, consumen el 11%, tienen menos de 6 meses de abstinencia el 23%, entre 6 y 12 meses un 17%, y más de 12 meses de abstinencia un 50%.

Todo ello referido al momento de realizar la encuesta. Entre 12 y 20 meses tras comenzar el programa. Y referido por las mismas personas.

Situación económica

Hay un incremento de personas que logran ser independientes económicamente en ambos grupos al comparar los tiempos antes y después del programa.

El 68% de los alcohólicos y el 71% de los heroínómanos dicen tener claras o grandes dificultades económicas antes de comenzar el programa. Esta cifra disminuye durante el programa y aumenta al finalizar el mismo, aunque sin alcanzar los límites del comienzo (alcohólicos 43%, heroínómanos 51%) (tabla 5).

En el momento de pasar la encuesta, un 65% de la muestra total ha conseguido tener ingresos, bien por su trabajo o bien porque han accedido a subsidios.

Dependen económicamente de otros antes del programa el 64% de los alcohólicos y el 79% de los heroínómanos. Esta cifra desciende después de finalizado el programa a 34% para los alcohólicos y 44% para los heroínómanos.

Relaciones sociales

Las relaciones familiares mejoran durante el programa, mejoría que se mantiene (aunque desciende algo) después del programa. Así, cuando éstas existen, mejoran durante el programa las relaciones con los padres para el 65% de los alcohólicos, y las relaciones con la pareja para el 79% (tabla 6).

Y para los toxicómanos, mejoran en el 66% de los casos las relaciones con los padres, y el 56% con la pareja.

Las relaciones sociales también mejoran. Cabe señalar que un 18% de los alcohólicos y un 20% de los heroínómanos no se relacionan con amigos.

Utilización del tiempo libre

El grupo de alcohólicos comienza con mejores utilizaciones del tiempo libre (ocio activo 57% de los casos), para mejorar durante el programa (ocio activo 77%) y disminuir después del programa (64%) (tabla 5).

Los heroínómanos mejoran su utilización del tiempo libre a lo largo de los tres tiempos, señalando que comienzan con peores usos del tiempo libre (ocio activo 46%).

La categoría «ocio-problema» comprende a aquellas personas que manifestaron tener problemas durante el tiempo libre (aburrimiento) o dedicarlo al consumo de drogas. Esta categoría desciende durante el programa para volver a ascender después del mismo, aunque a niveles inferiores a antes del programa.

CENTROS DE TRATAMIENTO

Veintiocho centros de los 29 posibles participaron en el programa.

Los centros de tratamiento fueron los encargados de seleccionar a las personas a incluir en el programa. Asimismo realizaron el seguimiento e informe periódico de su evolución.

Los criterios de inclusión se pueden observar en la tabla 7. En el caso de los

alcohólicos los criterios son diversificados. En el caso de los heroínómanos se acumulan en el «proceso terapéutico».

Cada centro varía sus criterios en función de las personas. Los centros que remiten mayor número de gente se centran más en el proceso terapéutico,

TABLA 7
Variables relativas al comienzo del programa

	Alcohólicos n=44		Heroínómanos n=86		Total n=130	
CRITERIOS DE INCLUSION						
Proceso terapéutico	7	16%	42	49%	49	38%
Situación económica	10	23%	15	17%	25	19%
Autoestima	10	23%	12	14%	22	17%
Situación familiar	9	20%	8	9%	17	13%
Socialización	6	14%	5	6%	11	8%
Otros	2	4%	4	5%	6	5%
TIEMPO PREVIO DE TRATAMIENTO						
Más de seis meses	39	89%	65	76%	104	80%
Menos de seis meses	5	11%	20	23%	25	19%
NS/NC	0		1	1%	1	1%
TIEMPO PREVIO DE ABSTINENCIA						
Más de seis meses	36	82%	75	87%	111	86%
Menos de seis meses	7	16%	9	11%	16	12%
NS/NC	1	2%	2	2%	3	2%
SITUACION FAMILIAR PREVIA						
Buena	10	23%	34	39%	44	34%
Regular	15	34%	29	34%	44	34%
Mala	19	43%	23	27%	42	32%
SOCIALIZACION PREVIA						
Buena	20	46%	36	42%	56	43%
Regular	16	36%	30	35%	46	35%
Mala	8	18%	20	23%	28	22%
SALUD PREVIA						
Buena	17	39%	58	67%	75	58%
Regular	18	41%	23	27%	41	31%
Mala	9	20%	5	6%	14	11%

Fuente: Centros de tratamiento.

mientras que los centros que remiten menos gente se centran más en aspectos como la autoestima, situación familiar, etc.

En veinticinco casos (19%) las personas no llevaban más de seis meses en tratamiento en el centro. Se incluyen dentro de este porcentaje aquellas personas que fueron remitidas a los centros acreditados para participar en el programa por otros centros de tratamiento no acreditados.

Dieciséis personas (12%) no llevaban al menos seis meses de abstinencia.

El seguimiento de las personas incluidas en el programa se realizó por la asistente social, sola o con otra persona del equipo en el 60% de los casos. El tipo de seguimiento empleado mayoritariamente es la cita individual (49%), seguida de citas individuales y familiares (22%). El resto puede ser grupo del programa, grupo abierto, individual y grupal, etc. (tabla 8).

TABLA 8
Variables referidas al desarrollo del programa

	Alcohólicos n=44		Heroínómanos n=86		Total n=130	
GESTIONES DE REINserción						
Social	7	16%	5	6%	12	9%
Laboral	7	16%	9	11%	16	12%
Cultural	1	2%	3	3%	4	3%
Sanitaria	1	2%	3	3%	4	3%
Formación	0		6	7%	6	5%
Otras	1	2%	3	3%	4	3%
Todas	3	7%	4	5%	7	5%
No hubo	24	55%	53	62%	77	60%
TIPO DE SEGUIMIENTO						
Individual	22	50%	41	48%	63	49%
Individual + familiar	9	20%	20	23%	29	22%
Individual + grupo	5	11%	6	7%	11	9%
Individual + familiar + grupo	0		7	8%	7	5%
Familiar	2	5%	2	2%	4	3%
Grupo programa	2	5%	4	5%	6	5%
Grupo abierto	3	7%	5	6%	8	6%
Ninguno	1	2%	1	1%	2	1%
QUIEN REALIZÓ SEGUIMIENTO						
Asistente social	30	68%	48	56%	78	60%
Otro profesional	13	30%	37	43%	51	38%
Nadie	1	2%	1	1%	2	2%
SE DETECTÓ CONSUMO						
Sí	12	27%	22	25%	34	26%
No	30	69%	59	69%	89	69%
No se preguntó	2	4%	5	6%	7	5%

Dos personas no hicieron ningún tipo de seguimiento.

La frecuencia con que se realizó el seguimiento es mayor de una vez al mes para el 61% de los casos, una vez al mes para el 28%, y menor de una vez al mes para el 9% de los casos.

Se detectó consumo en el 26% de los casos.

Para el 60% de la muestra no se realizó ninguna otra gestión encaminada a la reinserción además de su inclusión en el programa (tabla 8).

Los centros de tratamiento mantuvieron contactos con la empresa contratante en el 90% de los casos (54% periódicamente y 36% puntualmente).

En el 27% de los casos los centros de tratamiento tuvieron dificultades para en-

contrar empresas dispuestas a participar en el programa. En dos casos —ambos en empresas de gran tamaño— la empresa puso como condición la seronegatividad al virus del SIDA.

Los centros de tratamiento consideraron que se habían producido cambios a nivel social, a nivel familiar, y cambios en relación al tratamiento en las personas incluidas en el programa (tabla 9).

Para los centros finalizaron el programa 115 personas (89%) y no lo finalizaron 15 (12%).

El motivo principal de exclusión fue el consumo, presente en seis casos; la inasistencia al trabajo o citas en el centro, cinco casos; la evolución desfavorable, dos casos; u otros, dos casos.

Once de los quince llevaban más de seis meses de tratamiento en el centro, y

32

TABLA 9
Cambios en relación con el programa según los centros de tratamiento

	Alcohólicos n=44		Heroínómanos n=86		Total n=130	
CAMBIO FAMILIAR						
Positivo	27	61%	47	55%	74	57%
Negativo	3	7%	11	13%	14	11%
No hay cambio	14	32%	28	32%	42	32%
CAMBIO SOCIAL						
Positivo	24	54%	47	55%	71	55%
Negativo	3	7%	10	11%	13	10%
No hay cambio	17	39%	29	34%	46	35%
CAMBIO EN EL TRATAMIENTO						
Positivo	21	48%	33	38%	54	42%
Negativo	7	16%	15	17%	22	17%
No hay cambio	16	36%	38	45%	54	41%

Fuente: Centros de tratamiento.

doce de ellos llevaban más de seis meses de abstinencia previa al comienzo del programa. Once consumieron durante el programa, y cuatro no.

El 41% de la muestra está, en el momento de realizar las entrevistas, sin relación con el centro terapéutico. El 37% está en seguimiento, un 11% siguen en tratamiento, 8% han sido dados de alta y 3% derivados (tabla 10).

EMPRESAS

Las empresas que participaron en el programa son empresas privadas (44%), ayuntamientos (55%) u otras organizaciones.

Pertenecen principalmente al sector terciario, de servicios, con gran variedad en su tamaño (30% menos de 20 trabajadores, 29% entre 20 y 99 trabajadores, 31% más de 100 trabajadores).

Las categorías laborales asignadas en las empresas privadas son más variadas y superiores a las asignadas por los ayuntamientos (tabla 11).

Se mantuvo contacto con los centros de tratamiento en el 77% de los casos. En el 31% de los casos se consideran desde la empresa estos contactos insuficientes.

Para las empresas no finalizaron el programa doce personas.

TABLA 10
Situación actual de las personas en relación con los centros de tratamiento

	Alcohólicos n=44		Heroínómanos =86		Total n=130	
En tratamiento	7	16%	7	8%	14	11%
En seguimiento	24	54%	24	28%	48	37%
Sin relación	11	25%	42	49%	53	41%
Alta	0		11	13%	11	8%
Derivado	2	5%	2	2%	4	3%

Fuente: *Centros de Tratamiento*.

TABLA 11
Categoría profesional asignada a las personas

	Ayuntamiento				Emp. privada				Total	
	OH		H		OH		H			
No cualificado	21	88%	34	72%	4	20%	10	27%	69	54%
Cualificado	3	12%	13	28%	16	80%	24	65%	56	44%
Otros	0		0		0		3	8%	3	2%
TOTAL	24	100%	47	100%	20	100%	37	100%	128	100%

Faltan dos personas —heroínómanos— que fueron contratadas por una organización sin ánimo de lucro, dedicada al tratamiento de drogodependientes. Ambos vieron prorrogados sus contratos.

Fuente: *Empresas*.

Sólo en el 10% de los casos se realizó una capacitación o aprendizaje durante su permanencia en el trabajo.

En el 83% de los casos, los compañeros de trabajo de la persona sabían que ésta era exdrogodependiente. Las relaciones con los compañeros de trabajo y jefes fueron mayormente normales y buenas (tabla 12).

Para el 64% de los casos, la productividad es similar a la del resto de los trabajadores, menor para el 24% y mayor para el 8%. Hubo absentismo laboral en el 22% de los casos.

En el 79% de los casos, la persona realizó el trabajo a satisfacción de la empresa.

El 84% de las empresas responden que volverían a participar en programas similares (el 100% de los ayuntamientos y el 75% de las empresas privadas). Las experiencias más críticas respecto a nuevas contrataciones vienen de las empresas privadas.

El 55% de los ayuntamientos y el 53% de las empresas privadas responden que contratarían a exdrogodependientes sin subvención alguna.

TABLA 12
Comportamiento laboral de las personas

	Alcohólicos n=44		Heroínómanos n=86		Total n=130	
VALORACION DEL TRABAJO						
Buena	35	80%	68	79%	103	79%
Mala	9	20%	18	21%	27	21%
PRODUCTIVIDAD						
Mayor	4	9%	6	7%	10	8%
Igual	25	57%	58	67%	83	64%
Menor	14	32%	18	21%	32	24%
NS/NC	1	2%	4	5%	5	4%
ABSENTISMO						
Sí	7	16%	21	24%	28	22%
No	37	84%	65	76%	102	78%
RELACIONES CON COMPAÑEROS						
Buena	22	50%	43	50%	65	50%
Normal	20	46%	32	38%	52	40%
Mala	1	2%	3	3%	4	3%
Sin compañeros	1	2%	8	9%	9	7%
RELACIONES CON JEFES						
Buena	21	48%	47	55%	68	53%
Normal	22	50%	33	38%	55	43%
Mala	1	2%	2	2%	3	2%
Sin jefes	—	—	4	5%	4	2%

Fuente: *Empresas.*

Veintiuna personas siguieron trabajando en la empresa al finalizar el programa (16%). En trece casos fueron contratadas por empresas privadas, en seis casos por ayuntamientos y en dos casos por una organización sin ánimo de lucro, dedicada al tratamiento de heroinómanos.

Las veintiuna personas que vieron prorrogados sus contratos son 10 alcohólicos (23%) y 11 heroinómanos (13%).

En el momento de pasar la encuesta, seis a doce meses tras finalizar el programa, doce personas siguen trabajando en las mismas empresas, todas ellas privadas. Dos son fijos, diez trabajan como eventuales. Otras tres personas siguen trabajando en condiciones de gran precariedad (por horas, sustituciones, etc.).

CONCLUSIONES

El programa de subvención a la contratación de exdrogodependientes carecía de métodos de evaluación propios, diseñados previamente al desarrollo del programa.

Además, no se contó con los centros ni empresas (agentes encargados de desarrollar el programa) a la hora de diseñar el mismo.

En varios casos no se cumplieron las condiciones de inclusión y exclusión del programa, sin que se hayan encontrado asociaciones significativas entre cumplir o no dichas condiciones y los resultados del programa, entendidos éstos en función de dos variables (finalizó el programa y situación laboral al realizar la encuesta).

El programa presenta una muy alta tasa de retención. El 100% de los alcohólicos han terminado el programa. El 87% de los heroinómanos también. No se han encontrado diferencias significativas en las variables estudiadas, sociodemográfica y de

estado previo al programa, que pudieran utilizarse como factor predictivo de aquellos que no finalizaron el programa.

El programa de reinserción laboral no ha afectado a las pautas de consumo de drogas por los sujetos. Cuando ha habido variaciones del consumo durante y después del programa, éstas han sido indistintamente hacia mayor o menor consumo.

El hecho de consumir drogas no ha sido motivo de exclusión del programa para la mayor parte de los casos en que éste se ha dado.

El programa mejora la situación económica de todas las personas. Esta mejoría se mantiene en parte posteriormente al programa, en el momento de la encuesta.

Hay un incremento en el número de personas que en el momento de la encuesta son independientes económicamente y antes no lo eran.

Ha mejorado la situación laboral de las personas.

Mejoran asimismo en gran medida las relaciones familiares y sociales en aquellos sujetos que las poseen.

Hay una ligera mejoría en la ocupación del tiempo libre, hacia el ocio activo.

Las valoraciones que las personas incluidas en el programa hacen del mismo y del trabajo son muy positivas.

La autoestima destaca como el aspecto que más ha mejorado durante el programa según las personas entrevistadas.

Para centros de tratamiento y empresas, la experiencia ha sido positiva en general.

Las empresas se muestran en la mayoría de los casos contentas con el compor-

tamiento laboral de las personas. El rendimiento, absentismo y relaciones con compañeros y jefes dentro de las empresas son calificados de normales. Y las empresas están bastante dispuestas a repetir la experiencia.

Eran los objetivos del programa: a) «apoyar el proceso de reincorporación a la sociedad de exdrogodependientes mediante la rehabilitación personal y la reinserción social a través del trabajo»; b) «incentivar la contratación a exdrogodependientes debido a su marginación específica dentro del mercado de trabajo». Se explicitaba uno tercero: c) «no procede la inclusión en el programa de personas ya rehabilitadas e insertadas a pesar de que estén desempleadas».

Las acciones desarrolladas durante el programa han contribuido a los objetivos a) y b). La condición c) no se ha cumplido en muchos casos, y de ello tratamos en la discusión.

DISCUSION

Se puede afirmar que para la mayoría de las personas adscritas al programa, éste ha sido beneficioso, que ha mejorado sus niveles de bienestar personal a corto plazo.

Las personas han manifestado un grado de satisfacción muy elevado con el programa. La alta tasa de retención en este programa se explicaría por sus características intrínsecas —remuneración económica—, pero cabe preguntarse también por el grado de marginación de la población que participó en el programa.

Si bien es cierto que se incluyeron en el programa casos de evidente marginación, este supuesto no ha sido mayoritario. Las personas que participaron en el programa

tienen una red social estable casi todas ellas, experiencia laboral, largos períodos de abstinencia, etc.

El hecho de que sólo un 16% de los heroinómanos accedieran con el programa a su primer empleo —aunque sus anteriores empleos fueran esporádicos y en gran medida en el ámbito de la economía sumergida— vendría explicado por una población con abandonos precoces del sistema educativo y una alta necesidad económica para mantener un abuso de drogas ilegales.

La selección de personas con mayor nivel de marginalidad implicaría un mayor nivel de experimentación y un mayor índice de abandonos y fracasos. Además, los alcohólicos y heroinómanos con alto grado de marginación no frecuentan los servicios sanitarios de forma mínimamente continuada, ni ofrecerían a los centros garantías de terminar con éxito el programa⁴.

Cabe también preguntarse si la inserción laboral es un problema específico de los drogodependientes o es un problema que afecta a la población general.

Así, quizá tendría más sentido potenciar las habilidades de estas personas para acceder a puestos de trabajo por vías inespecíficas, destinados a aumentar la competencia de los sujetos, lo que contribuiría por definición a desetiquetarlos e insertarlos⁵.

Y trabajar en este sentido con programas dirigidos a la comunidad, tendentes a conseguir que el consumidor de drogas sea percibido como un ciudadano, como una persona⁶.

Pero el asignamiento de etiquetas, los programas exclusivos o específicos pueden ser la única forma de desarrollar una política social que responda genuinamente

a las necesidades de los colectivos marginados^{7, 8}.

Existen drogodependientes que presentan grados de integración social muy bajos, no solamente referidos a la integración laboral. Serían éstos los susceptibles de programas específicos.

Así parece entenderse en el diseño de este programa, «un programa específico como parte de otro más amplio, inespecífico, que define tres objetivos, rehabilitación personal, reinserción social y restar marginación en el mercado laboral, y un medio, la consecución de un trabajo remunerado dentro de los cauces de la economía emergida^{1, 2}.

Pero el programa no explicita objetivos más específicos, más concretos que ayuden a clarificar los objetivos generales y contribuyan a hacer más sencilla la ejecución de la orden⁹.

Se especifican en el programa los criterios de inclusión: «personas que hayan superado la fase de deshabitación y lleven más de seis meses de tratamiento». Es fácil comprobar quién lleva más de seis meses de tratamiento; no resulta tan sencillo para el término deshabitación, que es confuso y sugiere imágenes diversas en los profesionales. Las fases desintoxicación, deshabitación y reinserción no se entienden estancas y separadas¹⁰.

El programa se muestra confuso cuando además confunde los objetivos —inserción y rehabilitación— como compromisos ineludibles por parte de las personas, de tal manera que el no cumplimiento de éstos, definidos como asistir a las citas del centro y no consumir drogas, llevaría obligatoriamente a la interrupción del programa².

Todo lo anterior y la falta de una información previa suficiente, han producido

una falta de elaboración teórica en los equipos terapéuticos sobre los objetivos y alcances del programa, y ha influido en la selección de las personas adscritas al programa, que se podría, en parte, subsanar con una mayor coordinación entre los agentes encargados de desarrollar el programa, Departamento de Bienestar Social, centros de tratamiento y empresas, coordinación desde el diseño mismo del programa, buscando acuerdo en cuanto a la población a la que va dirigida, criterios de selección y ejecución, etc. Tanto más cuando experiencias previas ya se han realizado y en su evaluación se ha señalado la insuficiente coordinación entre la administración, los centros y las empresas^{11, 12, 13}.

Creemos necesario implementar otras acciones diferentes al trabajo y encaminadas a lograr mayores niveles de inserción (formación, participación, vivienda, etc.), que habrán de ir siempre en el sentido de la utilización de servicios inespecíficos. El objetivo será potenciar la independencia y autonomía de las personas¹⁴.

Una última cuestión a discutir es el impacto del programa sobre las actitudes ciudadanas y los profesionales.

Así, en algún ayuntamiento se utilizó el programa con fines de propaganda política, en otros se han recibido críticas y rechazos por parte de los vecinos por «regalar puestos de trabajo que premian conductas antisociales».

Cuestión ésta que obvian los programas inespecíficos, y que en el caso del programa de reinserción en concreto, hace necesario para próximas ocasiones el informar a la población sobre los objetivos y motivos del programa.

Los centros de tratamiento tomaron parte en el programa, en algunos casos, por criterios morales y solidarios: «no somos

quién para negar un trabajo a nadie», o, ciertamente, de manera excesivamente experimental, personas en comunidad terapéutica que salen a trabajar y al acabar vuelven a la misma institución.

También se ha generado un nuevo tipo de demanda en los centros de tratamiento, a los que acude gente solicitando ser incluida en los programas de trabajo, nueva demanda que invierte los cauces normalizados de obtención de un puesto de trabajo.

Todo esto debería ser abordado por medio de la coordinación y discusión del programa entre los agentes sociales. Buscando maneras de informar, explicar e implicar a la población general en la consecución de los objetivos de estos programas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BOLETÍN OFICIAL DEL PAÍS VASCO: Orden del 11 de febrero de 1987, del Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, BOPV, n.º 35, 23 de febrero de 1987.
- 2 DEPARTAMENTO DE TRABAJO, SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL: *Documento informativo del programa de subvención a la contratación de extoxicómanos y exdrogadictos con fines de rehabilitación y reinserción*, Dpto. de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, 1987.
- 3 CÓRDOBA, S.; ARIÑO, J.; GONZÁLEZ, M.; JIMÉNEZ, S., y TEJERO, J.: *Evaluación del primer y segundo programa de subvención a la contratación de exdrogodependientes con fines de reinserción social*, sin publicar (en depósito en el

Dpto. de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, Gobierno Vasco).

- 4 ARIÑO, J., y CÓRDOBA, S.: *L'Efficacité Thérapeutique*, Actes des VIèmes Journées de Reims «Pour une clinique du toxicomane», IRS, 1987, pp. 165-169.
- 5 COSTA, M.: «Los Programas de Intervención Social: criterios de pertinencia y estilos de intervención», *Papeles del Colegio de Psicólogos*, octubre 1987, vol. 5, n.º 31, pp. 8-16.
- 6 TAYLOR, I.; WALTON, P., y YOUNG, J.: «Las nuevas teorías del conflicto. Conclusiones», en *La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada* (mismos autores), Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1975.
- 7 COHEN, S.: «¿Qué podemos hacer?», en *Visiones de control social*, Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias, S. A., Barcelona, 1988.
- 8 PÉREZ DE ARRÓSPEDE, J. A.: «Programas de incorporación social de colectivos marginados», *Comunidad y Drogas. Monografía*, 4 (1988), pp. 79-85.
- 9 LÓPEZ, E.: «La evaluación de programas», *Papeles del Colegio de Psicólogos*, octubre 1987, vol. 5, n.º 31, pp. 17-20.
- 10 ARIÑO, J., y GÓMEZ, A.: *La demanda y al respuesta en el toxicómano*, Actas de las I Jornadas «Prácticas terapéuticas con toxicómanos», Uribe-Kosta, Salud Mental, Getxo, 1986.
- 11 CÓRDOBA, S.: *¿Terapia o control social?*, Actas de las II Jornadas «Para una clínica del toxicómano», Servicio Vasco de Salud Mental de Alava, Vitoria-Gasteiz, 1987.
- 12 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL TRABAJO: *Alcohol y Drogas. Programas de asistencia a los trabajadores* (autores varios), Colección Informes OIT, n.º 13; Ed. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1989.
- 13 ELZO, J.: «La reinserción social», en *Libro blanco de las drogodependencias en Euskadi*, Ed. Servicio Centro de Publicaciones, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, 1987.
- 14 FUNES, J.: «La reinserción social como proceso», en *Reinserción social y drogodependencias* (autores varios), Ed. Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social, Madrid, 1987.

Elena Pérez Fernández*

Una aproximación a las relaciones entre conductas adictivas y delincuencia en la población juvenil

RESUMEN

De la complejidad de aspectos que abarca el problema de las toxicomanías, los referidos al consumo de drogas entre la población juvenil son objeto de una atención preferente. El objetivo de este trabajo es, en primer lugar, el de analizar la asociación que aparece en gran parte de los delincuentes juveniles entre la práctica de conductas adictivas y la comisión de delitos, y, en segundo lugar, el revisar las medidas de intervención dirigidas a este grupo de población, destacando el carácter limitado de las mismas. Partiendo de los datos obtenidos de la evaluación de un grupo de delincuentes juveniles institucionalizados, datos que informan sobre la presencia en dicho grupo de los llamados factores sociales de riesgo, determinantes de la adquisición de pautas de conductas desadaptativas de carácter general, y de la existencia de características diferenciales respecto a la población adulta, se plantea la necesidad de implementar programas específicos de carácter comunitario dirigidos a la población juvenil como alternativa a la prisión, y ello, con la doble finalidad de interrumpir la incipiente carrera delictiva y el consumo de drogas.

39

SUMMARY

An approach to the relationships between addictive and delinquent behaviour with regard to the juvenile population

Of the complex aspects involved in the problem of drug dependencies, special attention is placed on those concerning drug abuse among the juvenile population. The purpose of this study is, firstly, that of analyzing the association existing with regard to most juvenile delinquents among the existence of addictive habits and the committing of crimes; and secondly, that of reviewing the measures for intervention aimed at this sector of the population, stressing the limited nature thereof. Based on the data gathered from the evaluation of a group of juvenile delinquents residing in institutions, data indicating the presence of said group within the what is referred to as social risk factors, determining the acquisition of behaviour patterns leading to a general lack of adaptation and the existence of distinguishing characteristics as compared to the adult population, the need of implementing specific community programs targeted at the juvenile population as an alternative to imprisonment and, along with this, the dual purpose of curtailing the incipient escalade of crime and drug abuse are set forth.

(*) Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya. C/ Casp, 26. 08010 BARCELONA.

POBLACION JUVENIL Y TOXICOMANIA

LA población juvenil viene siendo, al menos a nivel de declaración de intenciones, bien especialmente protegida en relación con la posibilidad de acceso a ésta del tráfico de drogas, bien identificada como un tipo de población en el que, por razones evidentes, las políticas de prevención y/o intervención precoz, podrían ser significativamente alentadoras. Como ejemplo de lo primero baste recordar que el artículo 344 bis del Código Penal regula un endurecimiento de las penas a aplicar en el caso de que los sujetos pasivos del tráfico sean menores de 18 años. Como ejemplo de lo segundo las especiales referencias que, sobre todo en el área de prevención, se desarrollan tanto a nivel de diseño de programas específicos (Vega, A., 1987) como en el de planificación general, como son las consignadas en el Plan de Drogodependencias del Departamento de Sanidad y Seguridad Social (1986-1987) o en la Ley 20/85, de 25 de julio, de la Generalitat de Catalunya sobre «Prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan generar dependencias».

Sin embargo, las manifestaciones de interés a que hacemos referencia no sólo vienen determinadas por las especificidades de la población juvenil, sino también por el hecho de que, de manera más o menos expresa, el consumo de drogas, o cierto tipo de éstas, se asocia a dicho grupo de población. Al respecto, Alonso Fernández (1984, p. 53) dice: «El drogadicto se trata de una persona joven, cada vez más joven, situada por lo general entre los 12 y los 18 años.» Tal proceso de asociación, junto con el de penalización de las drogas, es puesto en tela de juicio debido a que el mismo puede ver aumentado el atractivo de la droga, y ello en base a un proceso de identificación entre los propios jóvenes (véanse al respecto Baratta, A.,

1988; González, C., 1988). Sin entrar en esta polémica, a nivel estadístico y de valoración general del fenómeno, se constata la progresiva presencia del consumo de drogas entre la población juvenil. Informes como el elaborado por Cáritas Española, ya en 1980, destacan que el 41,42% de la población comprendida entre los 15 y los 20 años han consumido hachís, cifrándose en un 13,5% el porcentaje de jóvenes entre los 15 y los 17 años que consumen habitualmente la misma droga, en un 7% el de consumidores habituales de cocaína y en un 0,2% el de opiáceos para el mismo grupo de edad. Otros informes de carácter más general apuntan a que la edad media del consumo se sitúa en la franja que va entre los 13 y los 16 años (Grupo Pompidou, 1983), destacando otros la progresiva disminución de la edad de inicio del consumo (Arroyo, P., 1984).

DELINCUENCIA JUVENIL Y DROGAS

Efecto de los datos antes apuntados es el proceso de identificación de los jóvenes como un grupo de riesgo elevado en relación con el consumo de drogas. Este proceso de identificación es particularmente evidente cuando se trata del grupo de jóvenes que se configuran como infractores, es decir, el grupo que integra la delincuencia juvenil.

No siendo el objeto de este trabajo el abordar la problemática de los menores de edad penal (<16 años) que entran en contacto con la jurisdicción de los Tribunales Tutelares de Menores, en su facultad de Reforma, sí es de destacar, en cambio, la presencia del consumo de drogas entre este grupo de población. A ello apuntan datos como los que, en relación con Italia, cifran en un 8% el número de menores que presentan problemas de toxicomanía sobre el total de menores ingresados en

las instituciones y dependencias penales durante 1986 (Fadiga, 1988).

En relación con los jóvenes entre 16 y 18 años que por superar el límite legal de minoría de edad penal entran en contacto con los Centros Penitenciarios, la asociación que aparece en éstos entre el consumo de drogas y la comisión de actos tipificados como delito es un hecho evidente, que si bien no se encuentra debidamente contrastado, es de referencia continua tanto por parte de los propios internos, en sus autoinformes verbales o escritos, como por parte de los profesionales del medio. A título de ejemplo, un estudio reciente sobre una muestra de 404 internos de la población del Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona que ha ingresado en el mismo a lo largo de los últimos cinco años, comprendida entre los 16 y los 21 años, y con una media de edad de 18 años, ha cifrado en un 39,9% el número de internos que presentaba problemas de toxicomanía (Redondo, Roca, Pérez, Sánchez y Deumal, 1989). No obstante la necesidad de realizar estudios que permitan comparar, en relación con el consumo de drogas, grupos de población de semejantes características y diferentes respecto del nivel de institucionalización, los datos reseñados apuntan hacia una presencia elevada de dicho consumo en el grupo de delincentes juveniles.

El destacar esta asociación puede sugerir bien la existencia de una relación de causalidad entre el consumo de drogas y la comisión de delitos, bien la existencia de un juicio de identidad entre ambos fenómenos (para mayor información, véanse Jiménez Villarejo, 1984; Comas Arnau, 1986).

Si bien ambas cuestiones se encuentran abiertas a debate, en relación con la primera cada día hay más opiniones que apuntan a que, al menos, en cuanto al inicio de la actividad delictiva el factor drogadicción no es determinante. Investigaciones llevadas a cabo en Holanda indican,

en el mismo sentido, que casi el 50% de los drogodependientes conocidos habían cometido delitos contra la propiedad mucho antes de empezar a consumir droga (Roelof, J., 1986).

En relación al juicio de identidad antes enunciado, igualmente se argumenta, en dirección contraria al mismo, que el consumo de drogas, en su tipología más amplia, aparece distribuido de forma homogénea en todos los estratos de población, si bien tal homogeneidad se encuentra relativizada en relación con aspectos como son, principalmente, el modelo o patrón de consumo (González, C., 1983) o el tipo de droga consumida (Navarro, J., 1987). En este sentido, respecto del grupo de delincentes juveniles, se da la concurrencia de una serie de factores de riesgo, tanto de índole socioambiental (hábitat en zonas urbanas desorganizadas, tensiones familiares, fracaso escolar, etc.) como referidas al nivel de manejo de habilidades adaptativas básicas, que vienen a determinar en la población del tipo indicado la adquisición de pautas de conducta desadaptativas de carácter general. El calificar dichas pautas como generales, parte de la idea de que la persona actúa de forma integrada en su interacción con el medio, formando parte indisoluble del «comportarse» del sujeto tanto factores cognitivos, conductuales, como los emocionales o afectivos (Redondo, Garrido y Pérez, 1989). En resumen, la presencia de los factores de riesgo enunciados hacen predecible una relación de ocurrencia entre conductas delictivas y en el consumo de drogas, siguiéndose en este caso un patrón de consumo altamente desestructurado, centrado, normalmente, en el consumo de drogas ilegales de mayor efecto marginador.

MEDIDAS DE INTERVENCION

Si bien es clara la relevancia del problema objeto de estudio, las posibilidades de

intervención en el grupo de población de delincuentes juveniles de edades comprendidas entre los 16 y los 18 años son escasas. Estas se circunscriben, por el momento, bien a aquellas que se contemplan en el ordenamiento penitenciario, medidas que si bien permiten, para determinados casos, un tratamiento en la comunidad, implican el paso previo por el engranaje penal-penitenciario; bien a las posibilidades contempladas en el artículo 65 del Código Penal. Dicho artículo permite para los delincuentes de 16 a 18 años atenuar la pena o sustituir la misma por internamiento en un Centro de Reforma, si bien no se encuentra prevista explícitamente una aplicación de dicho artículo que permita remitir a los drogodependientes a instituciones de atención especializada (Belloch, 1988).

Cabe, así, considerar las medidas de intervención existentes como insuficientes, tanto consideradas éstas en sí mismas como en relación con su carácter diferencial respecto de los delincuentes adultos. El problema de las posibilidades de intervención entra de lleno, entonces, en el campo de la aplicación de las siempre invocadas y nunca efectivas, medidas alternativas al encarcelamiento. Diversos autores (González, C.; Funes, J., 1987) destacan, respecto del tema, que la aplicación de medidas alternativas no es algo a reivindicar en exclusiva para el grupo de delincuentes toxicómanos, sino algo básico para el sistema penal en su totalidad. No tratándose, en la misma línea, de quebrantar el principio general de igualdad en la aplicación de la ley penal, determinando como necesaria la existencia de medidas diferenciales, supuestamente más positivas, para grupos diferenciales de delincuentes, sí se trata, en cambio, de plantear la necesidad de hacer realidad aquello a lo que, teóricamente, debería atender el derecho penal, es decir, a buscar siempre en la sentencia la medida o alternativa adecuada para el delincuente en concreto en rela-

ción con la actividad delictiva concreta (para mayor información, véanse las Actas del Grupo Pompidou, 1983). Junto con esta cuestión, el balance positivo que arrojaría la intervención en el grupo de delincuentes juveniles de realizarse un análisis de costo-beneficio y costo-eficacia de tal intervención, dado el enorme costo económico, personal y social que acarrea la no intervención inmediata al problema, son argumentos que hacen necesaria la prestación de un catálogo amplio de posibilidades de intervención específicas y a la vez múltiples dirigidas al grupo de delincuentes juveniles con conductas adictivas.

EVALUACION DE UN GRUPO DE DELINCUENTES JUVENILES: PROCEDIMIENTO Y RESULTADOS

Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores sobre la oportunidad de diseñar programas y medidas de intervención específicos de carácter integral para delincuentes juveniles con conductas adictivas, fundamentados en razones de necesidad de intervención inmediata y de eficacia, se realizó una evaluación de un grupo de delincuentes institucionalizados, al objeto de contrastar los aspectos siguientes:

- El grado de especificidad de los delincuentes juveniles en comparación con delincuentes adultos en áreas relativas al grado de instauración de los hábitos adictivos y carrera delictiva.
- La relevancia que atribuyen los sujetos, en general, a los factores sociales de riesgo en relación con la realización de actos delictivos y el consumo de drogas.

La exploración consistió en la realización, por parte de un grupo de internos, de una encuesta impresa compuesta de 29 ítems indagatorios de diversos datos. Dichos datos pueden ser agrupados en cinco tipos:

- *Datos sobre el consumo de drogas*, indagándose, entre otros, aspectos sobre el tipo de droga consumida, existencia o no de politoxicomanía, frecuencia de consumo, circunstancias de inicio en el consumo, percepción de dificultades físicas o psíquicas ligadas a éste, e intentos de deshabitación. Al respecto, cabe indicar que la percepción de problemas físicos o psíquicos y la realización efectiva de diversos intentos de deshabitación se incluyeron en la encuesta no sólo con una finalidad descriptiva, sino también por su configuración como posibles indicadores de toxicomanía efectiva.
- *Datos descriptivos de carácter biográfico-social*, como son datos sobre la situación familiar, las relaciones interpersonales en la familia, grado de formación, experiencias laborales, etc.; incluidos a fin de detectar la presencia de factores de riesgo.
- *Valoraciones subjetivas sobre las motivaciones para el consumo.*
- *Valoraciones subjetivas sobre expectativas y formas de recuperación.*
- *Datos sobre la actividad delictiva.* Al respecto se evaluaron principalmente datos relativos a experiencias previas en centros correccionales y en prisión, como indicadores objetivos de la existencia de actividad delictiva.

La encuesta fue pasada a un total de 40 internos del Centro Penitenciario de San Sebastián; del total de sujetos, 15 componían el grupo de delincuentes juveniles, con una edad comprendida entre 16 y 18 años, realizando éstos la misma de una forma voluntaria y anónima; en este sentido, el proceso de selección fue al azar, dado que, determinado el límite de edad, facilitado por estar todo el grupo de sujetos de edad juvenil en un Departamento independiente del resto del Centro, el realizar la encuesta sólo dependió de la voluntad de los sujetos. Idéntico procedi-

miento se siguió en relación con el grupo de delincuentes adultos, compuesto por 25 sujetos de edades iguales o superiores a 25 años.

Los datos relativos a las valoraciones subjetivas sobre las motivaciones para el consumo y sobre expectativas y formas de recuperación fueron agrupados en función de categorías, al objeto de facilitar el análisis de datos. Dichas categorías se establecieron con posterioridad a la obtención de los mismos. En las tablas anexas 1 y 2 aparecen los tipos de respuesta obtenidos y las categorías en que fueron éstas agrupadas.

Los resultados obtenidos indican que el total de los sujetos se declaró consumidor de una clase o más de drogas de las recogidas en la encuesta.

En relación con el primer objeto de la evaluación, de los datos porcentuales reflejados en la tabla anexa 3 y de la aplicación de la prueba χ^2 se extraen los resultados siguientes:

— En relación al consumo de drogas, y el grado de instauración de dicha conducta, aspecto éste principal a valorar junto con el relativo a la carrera delictiva, dado que ambos aspectos marcarían las diferencias específicas en favor de una intervención igualmente específica, aparecen diferencias significativas a un nivel de significación del 0,05 entre los dos grupos evaluados en relación con los ítems referentes al tipo de droga consumida, la frecuencia de consumo, la percepción de problemas físicos y el número de ensayos de curación realizados. En tal sentido, los internos de edad igual o superior a 25 años varían significativamente de los de menor edad, configurándose los primeros como consumidores frecuentes de heroína, con percepción de problemas físicos vinculados al consumo y habiendo efectuado varios intentos de recuperación.

TABLA 1
Categorización de las respuestas al ítem relativo a la motivación o motivaciones para el consumo

Tipo de respuesta	Categoría
<ul style="list-style-type: none"> — Problemas personales (ajuste psicológico). — Problemas familiares. — Vivencias míticas. — Inexperiencia. 	1. Percepción problemas en el ámbito personal.
<ul style="list-style-type: none"> — Estás sin trabajo. — Es lo que hay en la calle. 	2. Percepción problemas de tipo social.
<ul style="list-style-type: none"> — Por curiosidad. — Por probar. — Por pasar de lo convencional. 	3. Experimentación.

44

TABLA 2
Categorización de las respuestas al ítem relativo a las soluciones que se aportan al consumo de drogas

Tipo de respuesta	Categoría
<ul style="list-style-type: none"> — Ninguna. 	1. Ninguna.
<ul style="list-style-type: none"> — Fuerza de voluntad y confianza en sí mismo. 	2. Soluciones dependientes del propio sujeto.
<ul style="list-style-type: none"> — Trabajo. — Centros especializados (terapia). — Más información y ocupación. — Colaboración social. 	3. Soluciones dependientes de «otros» en interconexión con el individuo.
<ul style="list-style-type: none"> — Quitar la droga. — Atacar a los traficantes. — Legalizar la droga. 	4. Soluciones dependientes de otros, ajenas al individuo.

TABLA 3a
Porcentajes (datos sobre el consumo)

Items	Grupo 1 (16-18 años)			Grupo 2 (≤ 25 años)		
	* Tipo 1	** Tipo 2	*** Tipo 3	* Tipo 1	** Tipo 2	*** Tipo 3
1. Consume una sola droga	13,3	50,0	5,0	8,0	50,0	5,0
— Politoxicomanía	86,7	36,1	32,5	92,0	63,9	57,5
2. Consumo de heroína	53,3	25,8	20,0	92,0	74,2	57,5
3. Consumo de cocaína	60,0	33,3	22,5	72,0	66,7	45,0
4. Consumo de hachís	80,0	40,0	30,0	72,0	60,0	45,0
5. Consumo de estimulantes	73,3	37,9	27,5	72,0	62,1	45,0
6. Consumo de barbitúricos	33,3	33,3	12,5	40,0	66,7	25,0
7. Consumo de alucinógenos	60,0	36,0	22,5	64,0	64,0	40,0
8. — Mucha frecuencia de consumo	26,7	18,2	10,0	72,0	81,8	45,0
— Poca frecuencia de consumo ...	13,3	50,0	5,0	8,0	50,0	5,0
— Regular frecuencia de consumo	33,3	62,5	12,5	12,0	37,5	7,5
— Consumo intermitente	26,7	66,7	10,0	8,0	33,3	5,0
9. — Edad del primer consumo inter- valo 0-14 años	53,4	54,4	20,0	28,0	55,6	17,6
— Edad del primer consumo inter- valo 15-18 años	46,6	28	17,5	72,0	72	45,0
10. Comienza a consumir en compa- ñía de amigos	100	42,9	37,5	80	57,1	50
11. Percepción de problemas físicos ...	40	22,2	15,0	84,0	77,8	52,5
12. Percepción de cambios en la for- ma de ser	73,3	32,4	27,5	92,0	67,6	57,5
13. Ayuda de la familia	66,7	40,0	25,5	60,0	60,0	37,5
14. Ayuda de los amigos	60,0	60,0	22,5	24,0	40,0	15,0
15. Realización de proceso de desha- bituación	33,3	20,0	12,5	80,0	80,0	50,0
16. Resultado positivo del proceso de deshabitación	20,0	37,5	7,5	20,0	62,5	12,5

* Tipo 1: Porcentaje sobre el grupo de mismo intervalo de edad.

** Tipo 2: Porcentaje sobre el grupo de misma respuesta.

*** Tipo 3: Porcentaje sobre toda la muestra. N=40.

Igualmente aparecen diferencias significativas al mismo nivel de confianza en relación con la experiencia previa en instituciones correccionales, dándose un mayor número de ingresos en el grupo de internos de más edad.

— Respecto del segundo objetivo de trabajo, y si bien abandonando ya un pun-

to de vista comparativo entre los dos grupos, sí es de destacar que no aparecen diferencias significativas entre ambos respecto de la presencia de factores de riesgo y su relevancia en relación con las conductas adictivas y delincuenciales.

Es constatable, en relación con la totalidad de la muestra, la existencia de tensio-

TABLA 3b
Porcentajes (datos biográfico-sociales)

Items	Grupo 1 (16-18 años)			Grupo 2 (≤ 25 años)		
	* Tipo 1	** Tipo 2	*** Tipo 3	* Tipo 1	** Tipo 2	*** Tipo 3
17. Número de hermanos:						
— De 0 a 4 hermanos	80	40,0	30,0	72,0	60,0	7,5
— De 5 a 8 hermanos	20,0	30,0	45,0	28,0	70,0	17,5
18. Viven los padres	93,3	45,2	35,0	68,0	54,8	42,5
19. Buenas relaciones entre los pa- dres	40,0	28,6	15,0	60,0	71,4	37,5
20. Buenas relaciones con los padres	60,0	37,5	22,5	60,0	62,5	37,5
21. Se encuentran bien en casa	66,7	43,5	25,0	52,0	56,5	32,5
22. Amigos con problemas de drogas ..	86,7	35,1	32,5	96,0	64,9	60,0
23. Familiares con problemas de dro- gas	26,7	25,0	10,0	48,0	75,0	30,0
24. Vivir en núcleo urbano	86,7	39,4	32,5	80,0	60,6	50,0
25. Finalización de la Educación Ge- neral Básica	53,3	34,8	20,0	60,0	65,2	37,5
26. Trabajo previo al ingreso en pri- sión	66,7	30,3	25,0	92,0	69,7	57,5
27. Frecuencia de trabajo:						
— Poca frecuencia	53,3	44,4	20,0	40,0	55,6	25,0
— Mucha frecuencia	26,7	66,7	21,4	8,0	33,3	5,0
— Intermitentemente	20,0	21,4	7,5	44,0	78,6	27,5

* Tipo 1: Porcentaje sobre el grupo de mismo intervalo de edad.

** Tipo 2: Porcentaje sobre el grupo de misma respuesta.

*** Tipo 3: Porcentaje sobre toda la muestra. N=40.

TABLA 3c
Porcentajes (datos sobre actividades delictivas)

Items	Grupo 1 (16-18 años)			Grupo 2 (≤ 25 años)		
	* Tipo 1	** Tipo 2	*** Tipo 3	* Tipo 1	** Tipo 2	*** Tipo 3
28. Existencia de ingresos en reforma- torios	33,3	38,5	12,5	32,0	61,5	20,0
29. El actual es el primer ingreso en prisión	53,3	88,9	20,0	4,0	11,1	2,5
30. Existencia de amigos del barrio en prisión	60,0	30,0	22,5	84,0	70,0	52,5

* Tipo 1: Porcentaje sobre el grupo de mismo intervalo de edad.

** Tipo 2: Porcentaje sobre el grupo de misma respuesta.

*** Tipo 3: Porcentaje sobre toda la muestra. N=40.

TABLA 3d
Porcentajes (datos sobre expectativas de recuperación)

Items	Grupo 1 (16-18 años)			Grupo 2 (≤ 25 años)		
	* Tipo 1	** Tipo 2	*** Tipo 3	* Tipo 1	** Tipo 2	*** Tipo 3
31. Su problema efectivamente tiene solución	86,7	36,1	32,5	92,0	63,9	57,5
32. Posibles soluciones:						
— Ninguna	13,3	50,0	5,0	8,0	50,0	5,0
— Dependientes sólo del sujeto ...	26,7	30,8	10,0	36,0	69,2	22,5
— Dependientes de «otros» sujetos	33,3	35,7	12,5	36,0	64,3	22,5
— Dependientes de «otros»	26,7	44,4	10,0	20,0	55,6	12,5

* Tipo 1: Porcentaje sobre el grupo de mismo intervalo de edad.

** Tipo 2: Porcentaje sobre el grupo de misma respuesta.

*** Tipo 3: Porcentaje sobre toda la muestra. N=40.

TABLA 3e
Porcentajes (datos sobre motivaciones)

Items	Grupo 1 (16-18 años)			Grupo 2 (≤ 25 años)		
	* Tipo 1	** Tipo 2	*** Tipo 3	* Tipo 1	** Tipo 2	*** Tipo 3
33. Motivaciones para iniciar el consumo						
— Percepción problemas personales	0	0	0	60,0	100,0	37,5
— Percepción problemas sociales	13,3	40,0	5,0	12,0	60,0	7,5
— Experimentación	86,7	65,0	32,5	28,0	35,0	17,5

* Tipo 1: Porcentaje sobre el grupo de mismo intervalo de edad.

** Tipo 2: Porcentaje sobre el grupo de misma respuesta.

*** Tipo 3: Porcentaje sobre toda la muestra. N=40.

47

nes y anomalías en el grupo familiar, cifrándose en un 23% el número de sujetos pertenecientes a familias donde se ha dado el fallecimiento de uno de los padres, en un 30-35% el número de sujetos que no mantienen buenas relaciones familiares y que perciben malas relaciones entre el resto de los miembros de su familia. Igualmente, un 33% de los sujetos admite no encontrarse bien en su propia familia.

Todos estos factores son porcentualmente más frecuentes en el grupo de delincuentes juveniles. El 40% de los sujetos tiene familiares con problemas de toxicomanía.

Otro factor presente en la muestra en general es la situación del hábitat en zonas urbanas, siendo el porcentaje de sujetos que viven en el núcleo urbano de un 82%.

En cuanto a los aspectos curriculares de los sujetos, los resultados cifran en un 43% el porcentaje de los que no han finalizado la Educación General Básica, elevándose a un 80% el porcentaje de delincuentes juveniles en tal circunstancia. En relación a la actividad laboral, indican el haber trabajado con anterioridad al ingreso en prisión un 82% de los sujetos, si bien este porcentaje es sólo del 25% en el grupo de delincuentes juveniles.

Destaca el papel preponderante que los sujetos atribuyen al grupo de amigos del barrio en relación con el consumo de drogas (92% de los sujetos) y en cuanto a la experiencia conjunta de ingreso en prisión (74% de los sujetos).

— Respecto a las dos áreas restantes evaluadas, en relación con las posibles estrategias de rehabilitación que los sujetos proponen, se atribuye, en general, más eficacia a las medidas que suponen un alto grado de esfuerzo personal y que dependen, en cierta medida, de la iniciativa de los sujetos. Resulta muy poco relevante la atribución que se realiza al grupo de amigos como agentes de «ayuda» en el proceso de tratamiento de la toxicomanía (37% de los sujetos), en contraposición con la atribución que en el mismo sentido se realiza al grupo familiar (63% de los sujetos).

Por último, y en cuanto a los datos referidos a las motivaciones para el consumo, aparece, preponderantemente, entre el grupo de sujetos de menor edad el papel fuertemente motivador de la necesidad de vivenciar nuevas experiencias, mientras que el grupo de adultos identifica como agente motivador la existencia de problemas de ajuste personal.

ALTERNATIVAS A LAS ACTUALES MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

Los resultados obtenidos, efectivamente, identifican entre los jóvenes infractores

características diferenciales respecto de la población adulta en aspectos relacionados con la carrera delictiva y el consumo de drogas.

En base a esto, resulta así necesario proceder a la ruptura de un concepto monolítico y homogéneo de los fenómenos «drogadicción» y «delincuencia». Dicha ruptura potenciaría, en consideración a la diversidad de situaciones, la aplicación de un catálogo amplio de medidas y programas de intervención, posibilitándose la adopción de medidas inmediatas dirigidas a la interrupción de la incipiente carrera delictiva y de consumo de drogas; resultando esta cuestión de evidente necesidad no sólo bajo el prisma dado por los análisis de costo-beneficio y costo-eficacia antes aludidos, sino también considerando la demanda social generada por la progresiva disminución de la edad de inicio del consumo, hecho éste igualmente citado.

En cualquier caso, la presencia de los llamados factores de riesgo en estos grupos, como son los ya identificados relativos a vivir en zonas urbanas desorganizadas, el fracaso escolar, tensiones familiares, etc., factores éstos que vienen a determinar la adquisición de pautas de conducta desadaptativas de carácter general, hacen necesario diseñar programas de intervención de amplio espectro, puesto que toda estrategia de intervención ha de incidir en la diversidad de áreas que intervienen en el grado de eficacia de la interacción del sujeto con su medio.

En relación con el grupo de delincuentes juveniles evaluados y, dado que en ellos concurren tanto conductas desadaptativas relacionadas con el consumo de drogas como con la actividad delictiva, es necesario, en resumen, generar medidas encuadradas en un movimiento de expansión de las alternativas penales, recogiendo elementos de intervención de índole educativa (Garrido, V., 1988; Potter y Bale, 1986) y comunitaria.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO FERNÁNDEZ, F. (1984): «La personalidad del drogadicto», en BERINSTAIN, A., y DE LA CUESTA, J. L.: *La droga en la sociedad actual: nuevos horizontes en criminología* (pp. 35-48), San Sebastián, Caja de Ahorros Provincial.
- ALVAREZ ARROYO, P. (1987): «El Plan Nacional sobre Drogas», en *Reinserción social y drogodependencias* (pp. 27-36), Madrid, Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- BALE, R., y POTTER, B. (1986): «Curación del abuso de drogas por el tratamiento de sus causas», en *Métodos de Consejo Psicológico*.
- BARATTA, A. (1988): «Introducción a la criminología de la droga», *Comunidad y Drogas. Monografías*, 3, 27-44, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- BELLOCH, J. A. (1988): «La reforma del artículo 344 del Código Penal: una visión judicial», *Comunidad y Drogas. Monografías*, 3, 71-90, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- CÁRITAS ESPAÑOLA (1981): «La población española ante las drogas», *Documentación Social*, 42, Madrid.
- COMAS ARNAU, D. (1986): «Reunión técnica sobre temas penales y penitenciarios».
- CONSEJO DE EUROPA (1983, marzo): «Grupo de cooperación en materia de lucha contra el abuso y el tráfico de drogas», en *Symposium sobre la Asistencia Social a los Toxicómanos*, Recomendación 989, Estrasburgo.
- DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS: *Informe General 1981*, Madrid, Ministerio de Justicia.
- DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS: *Informe General 1982*, Madrid, Ministerio de Justicia.
- FADIGA, L. (1988): «El abuso con respecto a la infancia», *Papers d'Estudis i Formació*, 4, pp. 83-102, Barcelona, Departamento de Justicia.
- GARRIDO, V., y MONTORO, L. (1989): «La vinculación entre la investigación y la praxis», *Delincuencia* (1), 1, pp. 3-12, Valencia, Nau Llibres.
- GONZÁLEZ, C. (1983): «Drogas y cuestión criminal», en BERGALLI, R., y BUSTOS, J. (dirs.): *El pensamiento criminológico: Estado y control* (vol. 2, pp. 179-220), Barcelona, Ediciones Península.
- GONZÁLEZ, C., y FUNES, J. (1987): «Imágenes sociales, política criminal y proceso terapéutico en las drogodependencias», *Comunidad y Drogas. Monografías*, 3, pp. 9-33, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- GONZÁLEZ, C. (1988): «Política criminal y drogodependencias», *Comunidad y Drogas. Monografías*, 3, pp. 45-57, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- JIMÉNEZ VILLAREJO, J. (1984): «Las drogodependencias y su incidencia en la criminalidad», en BERINSTAIN, A., y DE LA CUESTA, J. L.: *La droga en la sociedad actual. Nuevos horizontes en criminología* (pp. 141-152), San Sebastián, Caja de Ahorros Provincial.
- NAVARRO, J. (1987): «Motivación y factores de riesgo en el consumo de drogas», en *Reinserción social y drogodependencias* (pp. 61-75), Madrid, Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- REDONDO, S.; GARRIDO, V., y PÉREZ, E. (1988): «Entorno penitenciario y competencia psicossocial: un modelo integrado de reinserción social», *Papers d'Estudis i Formació*, 4, 9-21.
- REDONDO, S.; ROCA, M.; PÉREZ, E.; SÁNCHEZ, A., y DEUMAL, E. (en prensa): *Diseño ambiental en una prisión de jóvenes: cinco años de evaluación*.
- ROELOF, J. (1986, octubre): «¿Debe ser igual la respuesta del sistema de justicia penal ante un delincuente drogadicto ante otro que no lo es?», en *Symposium sobre los toxicómanos sometidos a un procedimiento penal: un difícil equilibrio entre sanción y tratamiento*, Estrasburgo.
- VEGA, A. (1987): «Prevención de drogodependencias. Marco educativo», en *Reinserción social y drogodependencias* (pp. 11-126), Madrid, Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.

Documentación

Educación de profesionales de la salud sobre abuso de drogas

Informe sobre un Simposio Europeo

La Haya, 9-11 octubre 1989

INTRODUCCION

EL «Simposio Europeo sobre educación de profesionales de la salud sobre abuso de drogas» fue organizado por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud para poner en práctica parte del programa de Lisboa (noviembre 1988), que proponía la reorientación de la educación del personal sanitario para que respondiese mejor a las necesidades sanitarias.

Ocho gobiernos fueron invitados a enviar tres participantes cada uno, a ser posible de diferentes profesiones sanitarias (enfermería, asistencia social, psicología, medicina). Un criterio importante de selección era que los participantes estuvieran en situación de poder influir sobre la formación en sus países de origen. Además, nueve consejeros temporales contribuyeron con su información y su experiencia y dos organizaciones enviaron representantes. Cinco observadores de los Países Bajos participaron en la reunión.

Ambito y propósito de la reunión

Un grupo de trabajo preliminar sobre abuso de sustancias, que se reunió en Viena en 1987, revisó la situación con especial referencia a la profesión médica. El simposio de 1989 se planificó para extender el ámbito a todos los profesionales de la salud. Los principales objetivos de la reunión fueron la promoción del intercambio de experiencias en lo referen-

te a programas y métodos de formación sobre abuso de sustancias, la identificación de mejoras al respecto, y recomendaciones para alcanzar dichos cambios. A continuación, las discusiones se concentrarían en las posibilidades y conveniencia de la formación multiprofesional.

Contribuciones preliminares

Se pidió a cada participante que enviase, antes de la reunión, un breve informe acerca de la formación disponible sobre abuso de sustancias en su país y para los miembros de su profesión, junto con comentarios sobre cualquier propuesta de cambios al respecto. Los consejeros prepararon trabajos adicionales sobre temas específicos del programa. Se identificó de esta forma un buen número de temas que se han de tener en cuenta.

1. NECESIDADES EN MATERIA DE FORMACION SOBRE ABUSO DE SUSTANCIAS Y CONTENIDOS DE LA MISMA

La formación es necesaria para preparar al personal para los siguientes propósitos y tareas:

1.1. Comprender:

— La naturaleza de los problemas relacionados con el abuso de sustancias en cuanto afecta al individuo, su familia y

entorno social y sociedad en general (farmacología clínica, factores biopsicosociales, historias clínicas).

— Las causas de los problemas del abuso de sustancias y de los cambios de su incidencia (factores de riesgo y protección, oferta y demanda, modas, política, sociología y psicología).

— La cantidad, gravedad y extensión de dichos problemas y tendencias cambiantes en los ámbitos local, nacional e internacional (epidemiología, sociología).

1.2. Tomar conciencia de:

— Las posibilidades de prevención y tratamiento, su disponibilidad, aceptabilidad, aplicación y relación coste-eficacia: localmente y en el ámbito nacional e internacional.

— Las actitudes de cada uno respecto de los que abusan de sustancias y de los problemas que implica dicho abuso, y de las posibilidades de cambiar actitudes negativas y obstaculizadoras.

1.3. Llegar a ser capaz de:

— Aplicar la información y las técnicas de los campos anteriormente mencionados.

— Reconocer los papeles y las técnicas del resto de los profesionales del equipo interdisciplinario.

— Evaluar los resultados de los programas.

— Obtener, analizar y difundir la información mencionada con vistas a la planificación de servicios y a la formación.

2. LA FORMACION DE DISTINTOS GRUPOS DE PROFESIONALES SANITARIOS

A la vista del reconocimiento en los últimos años de que los problemas derivados del abuso de sustancias están creando una situación que requiere una actuación urgente en la mayoría de los países de Europa, los participantes en el simposio consideraron que debería proporcionarse formación básica sobre los temas expuestos anteriormente a todo el personal sanitario. También se reconoció que muchas personas no incluidas dentro de las profesiones sanitarias pueden contribuir, y a menudo contribuyen, a reducir los problemas derivados del abuso de sustancias y podrían no sólo beneficiarse de, sino también colaborar impartiendo formación sobre las áreas mencionadas.

Se sugirió que sería apropiado, al menos en determinados países, que se enfocara la formación sobre abuso de sustancias al menos en tres etapas: a) formación básica sobre actitudes, capacidades y conocimientos para todos los profesionales sanitarios; b) formación más avanzada para categorías especiales de trabajadores, tales como los de asistencia primaria y comunitaria, y c) algún tipo de formación especializada, incluyendo aspectos clínicos, de tratamiento y de docencia, para preparar un núcleo de profesionales que actuaran como especialistas y asesores para equipos destinados al tratamiento de problemas derivados del abuso de sustancias.

2.1. Atención primaria de la salud

Dado que la atención se centra cada vez más en el enfoque de «Salud para todos» y en la provisión de servicios de atención primaria para la salud, el simposio intentó revisar el papel y formación de las profesiones sanitarias que trabajan en

ese ámbito, en especial personal de enfermería, asistentes sociales, psicólogos y médicos generales.

Las líneas divisorias entre las tres primeras categorías no están claramente definidas. En algunos países, algunos tipos de enfermeras/os colaboran intensamente en el trabajo comunitario. En otros, el personal de enfermería trabaja fundamentalmente en un ámbito clínico y los asistentes sociales pueden tener tareas especialmente importantes en el tratamiento de problemas de ámbito familiar, escolar y laboral. El papel de la enfermería comunitaria se considera cada vez más esencial en el programa «Salud para todos». El papel del psicólogo en relación con el abuso de sustancias puede tener más que ver con la creación y gestión de centros de orientación y tratamiento, pero quizá también con el trabajo comunitario y con la investigación. Las tres profesiones pueden desempeñar papeles similares sin que necesariamente tengan una correcta apreciación de la formación y conocimientos de los demás.

Quedó claro que para cada una de estas categorías de personal existe una formación básica en algunos de los países representados, pero puede estar limitada a dos o tres horas de clases teóricas.

2.1.1. *Personal de enfermería*

En varios países europeos, el personal de enfermería está en primera línea de la atención primaria de la salud. Desde hace algún tiempo, la enfermería ha evolucionado desde un modelo estrictamente médico hacia un enfoque más global de la salud y las discapacidades. En algunos países (por ejemplo, el Reino Unido), el personal de enfermería es el más numeroso de entre cuantos trabajan en puestos especializados en centros de toxicomanías y equipos comunitarios para toxicómanos, y son

a menudo el primer punto de contacto para muchos drogadictos en los servicios de urgencias, en las consultas de los médicos generales y en la comunidad. Existe una evidente necesidad de mejorar la formación sobre abuso de sustancias para el personal de enfermería de distintos niveles.

Las respuestas a una encuesta del Grupo Europeo de Enfermería revelaron que, cuando se proporciona formación sobre abuso de sustancias, ésta se halla habitualmente integrada dentro de la formación sobre otros temas, en especial salud mental, salud pública y atención primaria de la salud. Si el abuso de sustancias no se considera como un tema aparte dentro del programa, se corre el riesgo de que el tiempo dedicado a ello dentro del programa sea mínimo.

Sin embargo, algunos países han reaccionado ante la necesidad de una mayor atención a este tema. En Francia, desde 1979, la formación básica del personal de enfermería ha incluido el abuso de sustancias en cada uno de los tres años. Lo mismo ocurre en el Reino Unido, pero el tiempo dedicado a este tema depende de la formación e interés del tutor.

Se observa una mayor insistencia en la formación sobre abuso de sustancias en los programas de especialización en Francia, España y el Reino Unido, en particular para la enfermería de salud mental, salud pública y comunitaria. En Inglaterra, se establecieron cinco cursos para la obtención del Título de Especialista en Enfermería para la Atención a Dependencias de Alcohol y Drogas.

2.1.2. *Trabajadores sociales*

Ha habido ejemplos de un considerable desarrollo de la formación sobre abuso de sustancias para los trabajadores sociales

en los últimos años. En el norte de Austria, dicha formación comienza a nivel de pregrado e incluye trabajo en prácticas en centros de orientación. Existe más formación para aquellos que trabajan en centros terapéuticos y la mayor parte de los estudiantes reciben cursos de psicoterapia.

La Academia Vienesa de Trabajo Social ofrece formación continuada (formación de postgrado, cursos de dos años, incluyendo prácticas) para asistentes sociales, educadores, consejeros y otras profesiones relevantes.

Dinamarca proporciona ahora un programa de postgrado de un año de trabajo con drogadictos y sus familias.

En cada una de las regiones de Francia se han organizado cursos especiales de formación sobre abuso de sustancias desde 1985. Un cuarto de los 6.500 participantes en 1987 eran trabajadores sociales. Muchos de ellos están ahora siguiendo un tercer año de formación.

En los Países Bajos, un nuevo curso de postgrado proporciona más de 400 horas de enseñanza teórica sobre abuso de sustancias, así como supervisión profesional del trabajo práctico.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales está en contacto a través de sus miembros con 75.000 asistentes sociales formados en Europa. Muchos de ellos ya han recibido formación especializada urgente para el tratamiento de pacientes de SIDA y sus familias. De forma similar puede organizarse la formación sobre abuso de sustancias, a través de un curso central de formación para los jefes de los grupos miembros, que a su vez formarían a los de sus propios países.

2.1.3. *Psicólogos*

En la reunión sólo se disponía de información limitada en lo referente al papel y

formación de los psicólogos europeos en el campo del abuso de sustancias.

El programa de pregrado de los psicólogos en España incluye este tema. También se incluye en dos cursos de Master en psicología clínica establecidos en 1989, y dos cursos piloto están formando psicólogos para el trabajo en servicios de salud mental, lo que supondrá trabajar con drogadictos.

En Polonia, la formación de los psicólogos ha sido desarrollada principalmente a través de dos asociaciones no gubernamentales. Un programa de dos años para los estudiantes de tercero a quinto de toda Polonia proporciona formación a todos aquellos que tengan la intención de trabajar con jóvenes adictos. Hasta ahora ha habido cinco cursos, cada uno de los cuales ha tenido 50 participantes.

En varios otros países los psicólogos reciben formación clínica en los servicios para drogadictos.

2.1.4. *Médicos generales*

El importante papel de los médicos generales en el reconocimiento precoz del abuso de sustancias, así como en la orientación, ha llevado al desarrollo de unos cuantos programas de formación especializada.

Las Administraciones Regionales de Francia han organizado cursos de una duración mínima de ocho medias jornadas. Los especialistas desarrollaron un borrador de programa para su adaptación a cada región.

En los Países Bajos se están estableciendo cursos especiales de formación sobre abuso de alcohol en los ocho Institutos de Medicina General.

2.2. Estudiantes de medicina

En todos los países representados está incluida, con mayor o menor extensión, la formación sobre abuso de sustancias en el programa de pregrado, pero puede estar limitado a unas pocas horas de clase. Un estudio indicó, por ejemplo, que los estudiantes de medicina en Gran Bretaña reciben como media 14 horas de clase sobre dicha formación a lo largo de cinco años. Por otra parte, en Suecia hay un curso anual obligatorio para 90 estudiantes (empezó en un Instituto de Estocolmo en 1983), y se da cuatro veces al año (la mitad se da en varios centros clínicos).

En Francia, este tema se añadió a la lista de 21 asignaturas obligatorias para los estudiantes del segundo ciclo.

En 1983, comenzó un proyecto en los Países Bajos para desarrollar un nuevo programa de estudios de Medicina que hace hincapié en los aspectos psicológicos, biológicos y sociales de los problemas del abuso de sustancias, así como las posibilidades de prevención y actuación precoz, más que en los aspectos puramente médicos. Se probaron y aplicaron nuevos métodos de formación.

2.3. Médicos especialistas

2.3.1. *Psiquiatras*

A veces se piensa que los psiquiatras son los profesionales mejor cualificados en el tema del abuso de sustancias. Este argumento no parece ser verdad en todas partes dada la formación que reciben sobre el tema.

En Polonia, por ejemplo, los psiquiatras reciben sólo unas pocas horas de formación teórica sobre abuso de alcohol y drogas y sólo una minoría recibe formación clínica en centros de tratamiento. En el

Instituto de Psiquiatría y Neurología de Varsovia se imparten cursos especiales de 50-60 horas, pero con pocos asistentes.

En Viena son sobre todo los psiquiatras quienes tratan algunos aspectos de los problemas del abuso de sustancias. Existe una formación de postgrado en el mayor centro de tratamiento austríaco, pero hasta ahora sólo un pequeño porcentaje de psiquiatras se han formado allí y no son suficientes para tratar todos los problemas que se presentan.

2.3.2. *Especialistas en salud pública*

Hay muy pocos cursos sobre abuso de sustancias en las escuelas de salud pública. Sin embargo, éste podría ser el contexto idóneo para la formación de los organizadores de los servicios relevantes, incluyendo la recogida y análisis de la información, el desarrollo de estudios epidemiológicos, evaluación de la eficacia y coste de los servicios así, como la formación de los formadores.

Los inspectores de salud (con formación médica) en Francia reciben un curso de dos años en la Escuela Nacional de Salud Pública, en el cual el abuso de sustancias tiene un lugar importante dentro del programa.

2.3.3. *Farmacólogos y farmacéuticos*

Los farmacéuticos reciben una extensa formación en lo referente a las características de todo tipo de drogas, pero escasa en lo que respecta a farmacología clínica o problemas de abuso de sustancias. Los farmacólogos estarían en una buena posición para colaborar en los programas preventivos y de tratamiento si se incluyesen en su programa de estudios los aspectos sociales y psicológicos del problema, pero éste no parece ser el caso en Europa.

3. ORGANIZACION DE LA FORMACION

3.1. Formación de los formadores

Gran parte de la experiencia e información acumulada en los Estados Unidos y Canadá sobre este tema también ha resultado útil en los países europeos.

Se debe tener en consideración no sólo el conocimiento especializado que se requiere, sino también las técnicas docentes. Puede ser necesario un amplio abanico de disciplinas para llevar a cabo una formación interdisciplinaria.

En España, el Consejo General de Enfermería ha organizado cursos de formación para los docentes de enfermería sobre abuso de sustancias.

En Francia se estableció en 1988 un diploma de enseñanza sobre abuso de alcohol y drogas. Su obtención requiere una formación de dos años que comprende de 100 a 120 horas de enseñanza teórica y 88 medias jornadas de enseñanza clínica. Además, el Gobierno financió 20 equipos de formación en 1987 para llevar a cabo cursos multidisciplinarios de ámbito regional.

En el Reino Unido existen tres cursos (de seis a doce meses) para la formación de docentes en abuso de sustancias y una unidad especial de formación sobre drogas en Londres que ha preparado a unas 500 personas.

3.2. Dónde y cómo

En el informe de la reunión de Viena de 1987 sobre nuevas técnicas de docencia para pregraduados y especialistas pueden encontrarse muchas sugerencias al respecto.

3.2.1. Cursos breves, formación continuada

En muchos países, algunas de las deficiencias de la formación de pregraduados y especialistas se compensan mediante cursos de corta duración y formación continuada. A la vista de los frecuentes y, a menudo, rápidos cambios en las conductas relacionadas con el uso de drogas, parece que será necesario continuar con este tipo de formación.

Un trabajo de la URSS explica el sistema de formación continuada cada 3-5 años para psiquiatras especializados en narcología (abuso de alcohol y drogas).

3.2.2. Formación multiprofesional y multidisciplinaria

La formación, por y para equipos multiprofesionales y multidisciplinarios, ha recibido creciente atención en los últimos años. Se reconocen los límites en cuanto a la eficacia de la intervención sobre los problemas del abuso de sustancias cuando la llevan a cabo profesionales sanitarios a título individual, y las ventajas de los equipos multidisciplinarios están ahora aceptadas no sólo por su conveniencia y buena relación coste-eficacia, sino fundamentalmente como una influencia positiva para el futuro.

Una importante ventaja de la formación multiprofesional es la oportunidad que da de aprender a trabajar en equipo con otros profesionales. Por esta razón, sería deseable que dicha formación comenzase a nivel de pregrado antes de que se establezcan barreras entre los distintos profesionales.

Cuando no sea aún posible formar a los distintos profesionales juntos desde el principio, puede ser posible al menos establecer un equipo de formadores con diversas experiencias profesionales.

Algunos métodos de tratamiento han sido desarrollados por grupos de autoayuda y los profesionales sanitarios pueden no estar seguros del valor y aplicación de dichas medidas. Para superar este obstáculo algunos cursos han incluido en el equipo de formación a ex-adictos, alguno de los cuales ha recibido a su vez formación adicional. Se ha incluido también a profesionales de fuera del campo de la salud, como formadores y como alumnos.

Un ejemplo de formación multiprofesional son los recursos de formación de ámbito regional en Francia. Aceptan no sólo a los trabajadores sociales (como ya se mencionó), sino también a personal de hospitales y varias otras profesiones sanitarias, así como profesionales que no pertenecen al campo de la salud (en especial, profesores de colegios). En Francia también, el «grupo de Lyon» y la Asociación Nacional de Interventores en Abuso de Sustancias (ANIT) proporcionan tres niveles de formación multiprofesional, dependiendo del grado de participación pasado o presente en programas de abuso de sustancias. En el nivel básico se incluye personal ajeno a las profesiones sanitarias.

En España han sido planificados o han comenzado ya varios cursos multiprofesionales sobre abuso de sustancias. En 1989, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas promovió varios cursos para el personal de atención primaria en las distintas Comunidades Autónomas cubriendo la epidemiología, la atención primaria de la salud, el tratamiento y una introducción al Plan Regional sobre Drogas y datos sobre los recursos disponibles. Tanto en Madrid como en Barcelona existen cursos de Master de dos años para postgraduados de diferentes profesiones.

La mayor institución de Polonia que se ocupa del tratamiento de los adictos es

MONAR, en la cual los terapeutas no son profesionales, algunos de ellos antiguos adictos. En 1989 se creó para ellos un programa de formación de 300 horas. El personal docente es multiprofesional, pero la mayoría de ellos son psicoterapeutas.

En Austria se han organizado cursos de formación multiprofesionales sobre abuso de sustancias de tres semestres de duración, así como cursos de tres días dos veces al año en la Academia de Trabajo Social y en el Instituto de Formación de Educadores de Viena.

La Asociación Europea de Formación Multidisciplinaria, fundada en 1987, considera la promoción de dicha formación como prioritaria para los trabajadores sanitarios e intenta intercambiar experiencias entre los distintos países. Buenos ejemplos de educación multidisciplinaria del personal sanitario son los de la Facultad de Ciencias de la Salud de Bobigny, en Francia, y los de la Universidad Regional de la Salud de Linköping, en Suecia. La cuestión de la promoción de la formación multidisciplinaria sobre abuso de sustancias se tendrá en consideración en la siguiente reunión de la Asociación (mediados de octubre de 1989).

4. PLANIFICACION DE AMBITO NACIONAL

Durante el desarrollo del simposio, quedó claro que existe la urgente necesidad de la planificación y coordinación nacional de la formación sobre abuso de sustancias. Se espera que la reunión haya supuesto un cierto impulso para ello.

En principio, se necesita revisar la actual situación en lo referente a los problemas derivados del abuso de sustancias y de las tendencias de cada país. Deben estudiarse los recursos existentes para la prevención, tratamiento y formación. Sólo así

puede formarse una idea clara del tipo de personal que debe emplearse en los programas sobre abuso de sustancias, su papel presente y posible, y las propuestas para completar los requisitos, reformar los programas de estudios y utilizar técnicas docentes más apropiadas como el enfoque de los equipos multidisciplinarios.

Entre los países representados, quizá sea Francia el más avanzado a este respecto, a través del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social y otras diversas organizaciones nacionales, tales como la Asociación Nacional de Interventores sobre Abuso de Sustancias, con considerable colaboración de las administraciones sanitarias regionales. Se han establecido los requisitos nacionales para la formación inicial sobre abuso de sustancias para el personal sanitario y para la promoción de la formación continuada. Se han llevado a cabo cursos multidisciplinarios en la mayoría de las regiones en el seno de los servicios de tratamiento y prevención. En 1987 hubo 267 cursos para casi 6.500 personas y el Gobierno financió a 20 equipos de formación.

En España existe un Plan Nacional sobre Drogas que incluye actividades de formación. Aunque aún no existe un Plan de formación nacional, se están desarrollando planes de ámbito regional.

El Consejo Asesor del Reino Unido sobre Abuso de Drogas tuvo una reunión sobre formación en 1989 y pronto se dará a conocer un informe detallado con sugerencias para las actuaciones.

5. COLABORACION INTERNACIONAL

5.1. Red europea de centros de formación sobre abuso de sustancias

Las propuestas para los objetivos, funcionamiento y desarrollo de dicha red fue-

ron claramente establecidas y se pondrán en práctica más adelante. Un requisito preliminar sería la revisión de la situación en cada país, lo cual no se ha llevado a cabo todavía en varios de los países representados.

5.2. Intercambios bilaterales o multinacionales

Los estudios nacionales pueden ir seguidos, o acompañados, por un mayor intercambio bilateral o multilateral en lo referente a programas de estudios, estrategias y técnicas educativas, investigación sobre formación y evaluación de resultados. Los trabajos preparados para este simposio y el intercambio de experiencias durante la reunión fueron considerados pasos importantes en esta dirección.

5.3 Catálogo internacional de recursos de formación

Se llegó al acuerdo de que el futuro intercambio de experiencias podría ser promovido mediante el desarrollo y difusión de un catálogo internacional de recursos de formación. Dicha tarea pueden llevarla a cabo una organización internacional o un centro apropiado que trabaje en su nombre.

6. RECOMENDACIONES

El informe de la consulta de la OMS de Viena, 1987, contiene numerosas recomendaciones sobre los objetivos y técnicas de la formación sobre abuso de sustancias para profesionales de la salud. Estas fueron retomadas en el simposio de 1989, donde se estableció la siguiente lista de recomendaciones importantes:

6.1. La formación sobre abuso de drogas debe ser una parte esencial de la for-

mación de todos los profesionales sanitarios tanto en el nivel pre como postgraduado.

6.2. Deben disponerse cursos especiales de postgrado sobre el tema para todos aquellos profesionales sanitarios que no hayan recibido dicho tipo de formación.

6.3. Debe proporcionarse formación más avanzada para aquellos trabajadores sanitarios que trabajan o piensan trabajar como expertos en abuso de sustancias.

6.4. Se requiere formación especializada, incluyendo la aportación de expertos en métodos docentes, para personas que son o serán responsables de cursos de formación.

6.5. Debe considerarse la inclusión de formación de tipo multidisciplinario, haciendo hincapié en la importancia de aprender a trabajar en equipo en la prácti-

ca clínica. Este tipo de formación debe comenzar idealmente a nivel de pregraduado.

6.6. Deben llevarse a cabo revisiones de ámbito nacional de la situación en lo referente a la formación de profesionales sanitarios sobre abuso de sustancias en todos los países afectados, de forma que se puedan poner en práctica planes para su mejora.

6.7. Con vistas a promover el intercambio internacional de información sobre la educación relacionada con el abuso de sustancias en Europa, debe prepararse y divulgarse, manteniendo al día, un catálogo de organizaciones nacionales y centros de formación. Esto permitiría el desarrollo de una red europea de formación sobre abuso de sustancias.

6.8. Deben crearse programas modelo de formación, a los que se dará amplia difusión.

Miscelánea

Simposio sobre el papel de los servicios de atención primaria en el tratamiento de las drogodependencias

Grupo Pompidou. Consejo de Europa

San Sebastián, 9-11 octubre 1990

El Grupo Pompidou del Consejo de Europa, organización que reúne a veinte países europeos con el objeto de cooperar en los problemas referidos al tráfico y al abuso en el consumo de drogas, ha celebrado en San Sebastián, del 9 al 11 de octubre de 1990, el Simposio sobre el papel de los servicios de atención primaria en el tratamiento de las drogodependencias. Los diversos representantes han abordado el tema objeto del Simposio por medio de la presentación de experiencias concretas que están siendo llevadas a cabo en sus respectivos países, mostrando todas ellas el objetivo común de brindar una ocasión para empezar a solucionar las consecuencias del abuso en el consumo de drogas. Cabe destacar la presencia en la reunión de representantes de Polonia, Checoslovaquia y Hungría, que ensanchan así el horizonte europeo en la búsqueda de perspectivas comunes en la cooperación ante el abuso en el consumo de drogas. El Simposio dividió sus actividades en tres grupos de trabajo, referidos a la prevención y detección precoz, la disminución de los riesgos asociados al consumo de drogas y a las modalidades de tratamiento. Se presentan a continuación las conclusiones de los tres grupos citados.

65

GRUPO DE TRABAJO: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

1. No existe una estrategia única de prevención precoz.

2. El contexto sociocultural local o regional permite diferentes enfoques:

a) El trabajo en la calle debería dirigirse a drogodependientes individuales proporcionándoles ayuda y asesoramiento en función de su situación concreta. Debe reforzarse la colaboración entre las distintas asociaciones de atención para que esta modalidad sea cada vez más eficaz.

b) En el supuesto de que se opte por la creación de una estructura de apoyo

para un grupo de drogodependientes, es importante proponerles objetivos flexibles y razonables.

c) Los drogodependientes, en tanto que miembros de la sociedad, tienen los mismos derechos a la utilización de los servicios de atención a la salud que el resto de los ciudadanos.

d) Aquellos que prestan ayuda a los drogodependientes deberían establecer contactos con las organizaciones o servicios ya existentes, y evitar el que un drogodependiente tuviera que renunciar al camino recorrido en su proceso de recuperación para adecuarse a una nueva metodología.

e) Resulta clave la colaboración entre

profesionales de varios sectores (sanitarios, trabajadores sociales, trabajadores «de calle», policía, etc.), por una parte, con otros profesionales y población variada de apoyo a los drogodependientes (amigos, familiares, voluntarios, etc.)

f) Otra posibilidad consiste en desarrollar un enfoque de los problemas relativos a las drogas mediante una aproximación extra-institucional, procurando la participación de la población local en programas comunitarios.

3. Resultan necesarias las acciones específicas de algunos profesionales (farmacéuticos, médicos generalistas, etc.) a fin de establecer un primer contacto con los drogodependientes, para prestarles ayuda en un primer momento o derivarles a un servicio especializado.

En lo que se refiere a los farmacéuticos, el objetivo sería enfatizar su tarea en el trato con aquellas personas relacionadas con los drogodependientes a fin de permitirles mantenerse en contacto y mejorar su asesoramiento a los drogodependientes, especialmente a aquellos drogodependientes de más difícil acceso.

GRUPO DE TRABAJO: REDUCCION DEL RIESGO

1. La aparición del VIH y del SIDA ha incrementado la importancia de tratar los problemas asociados con el consumo de drogas, y ha supuesto un nuevo desafío para los servicios sociales y sanitarios. Por una parte, pues, el VIH ha puesto en evidencia una vez más el problema, mientras que las dificultades previas en el abordaje del consumo de drogas permanecen aún sin resolver, siendo cada vez más urgente el hallar soluciones.

2. Las medidas para reducir el riesgo deben considerarse dentro del propio con-

texto social, tomando en consideración el hecho de que la evolución de las condiciones sociales, económicas, de vivienda y de empleo tienen mucho que ver con la prevalencia del consumo de drogas e incluso con la posibilidad de una correcta administración de sustancias inyectables y la realización de prácticas sexuales sin riesgos.

3. Pueden utilizarse distintos enfoques en la realización de una estrategia de reducción de riesgo:

- Los médicos generalistas deberían atender toda clase de pacientes. Una estrategia de reducción del riesgo que tenga en cuenta a los médicos generalistas tiene grandes ventajas. Debería, no obstante, facilitarse a estos médicos una formación específica, así como un fácil acceso al diálogo con el personal de los servicios especializados en drogodependencias.
- Los médicos generalistas pueden jugar un papel importante en lo que se refiere a los actuales programas de tratamiento con metadona.
- Debería facilitarse formación sobre prácticas sexuales sin riesgo, así como el uso de preservativos.
- Una medida importante de reducción del riesgo es la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
- En muchos países se distribuyen agujas y jeringuillas esterilizadas a fin de evitar riesgos de infección.
- Deben estimularse los programas de vacunación contra la hepatitis B.
- La educación entre personas de colectivos afines podría llevarse a cabo a través de los servicios de atención primaria.
- Existen argumentos a favor y en contra de la detección precoz de la infección por VIH. La utilidad de la detección precoz depende, entre

otros factores, de los avances conseguidos en el tratamiento médico de la infección por VIH.

4. El Grupo Pompidou podría continuar jugando un papel destacado facilitando el intercambio de experiencias entre distintos países, así como en la evaluación de los proyectos llevados a cabo. Una medida a desarrollar podría ser los programas de intercambio para el personal implicado en las actividades de reducción de riesgos.

GRUPO DE TRABAJO: TRATAMIENTO

1. La atención primaria para los drogodependientes supone la primera toma de contacto con la obtención de ayuda. Esta atención primaria va más allá del ámbito estrictamente sanitario.

2. Los drogodependientes deberían poder recibir una atención adecuada a su situación desde el inicio de sus problemas.

3. Los distintos programas deberían adaptar sus metodologías a fin de hacer que los servicios que se ocupan de los problemas relacionados con el consumo de drogas, sean accesibles al conjunto de los drogodependientes.

4. Estos programas deberían intentar proporcionar una asistencia coordinada siempre que sea necesario.

5. Los diferentes tratamientos de la atención primaria implican una amplia gama de modalidades, que incluyen aspectos farmacológicos, psicológicos y sociales. La educación en lo que respecta a la reducción del riesgo debe formar parte de cualquier intervención con el drogodependiente, especialmente en lo que se refiere a medidas preventivas en relación con la infección por VIH. Deberían incrementarse los esfuerzos para entrar en contacto con los grupos de alto riesgo.

6. Deberían llevarse a cabo actuaciones especiales en relación con las mujeres drogodependientes embarazadas.

7. Debería incrementarse la investigación en lo que se refiere a la formación de hijos de padres adictos.

8. Es necesario extender la formación en lo que se refiere a los aspectos de las drogodependencias a todos los trabajadores de la atención primaria.

9. La cooperación del Grupo Pompidou con los países de Europa Central y Oriental, en lo que atañe a los temas tratados en este Simposio, debería mantenerse e incrementarse en el futuro.

Conclusiones de las Jornadas sobre «Coordinación entre Comunidades Autónomas y Ayuntamientos en la implantación de Programas sobre Drogas»

Cartagena, 18 y 19 de octubre de 1990

DURANTE los días 18 y 19 de octubre se han celebrado en Cartagena (Murcia) las Jornadas sobre «Coordinación entre Comunidades Autónomas y Ayuntamientos en la implantación de Programas sobre Drogas», organizadas por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID), con el patrocinio de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y la colaboración de la Caja del Mediterráneo y la Federación Española de Municipios y Provincias. Cerca de un centenar de participantes, compuestos en su mayoría por responsables de planes autonómicos y municipales, así como de expertos y técnicos en materia de drogodependencias, debatieron sobre la necesidad de creación de campos comunes de actuación y métodos de coordinación.

En los talleres se analizó expresamente la realidad de la coordinación, tanto en un sentido vertical como horizontal, y con las Organizaciones no Gubernamentales (ONG).

Entre las conclusiones de los Grupos de Trabajo merecen ser extractados los siguientes puntos de reflexión:

NOTA: Todas las ponencias, los materiales de los grupos y las conclusiones de las Jornadas, están siendo revisadas para proceder a su publicación y poder hacer una amplia difusión de sus contenidos.

COORDINACION

Se entiende por tal la estructuración de recursos o medios con unos objetivos finales comunes, que desarrolle una cooperación activa entre los diferentes agentes, así como la relación necesaria para establecer unos objetivos consensuados entre los distintos implicados, que permita la toma de decisiones en cuestiones relativas a la planificación.

COORDINACION VERTICAL

Entre los problemas que impiden la coordinación se señalan:

- La indefinición de competencias.
- La existencia de diferentes realidades políticas.
- La falta de estructuras de coordinación entre diferentes Administraciones.
- Los solapamientos de estructuras burocráticas que cumplen las mismas funciones, fundamentalmente en la planificación y la evaluación.
- El intervencionismo sin claridad de criterios por parte de las Administraciones jerárquicamente superiores.
- La determinación de prioridades y criterios de evaluación y las diferentes concepciones de modelos de intervención en drogodependencias.

Para superar estos problemas se proponen:

- La elaboración de un marco legal donde se estimulen estas relaciones.
- La creación de órganos mixtos de coordinación entre las Administraciones autonómicas y locales, mejorando la comunicación entre las Administraciones.
- La elaboración por parte de las Comunidades Autónomas de Planes de intervención en función de las necesidades de los municipios, en donde se definan los espacios de los Ayuntamientos y las prioridades de actuación.
- La oferta de apoyo técnico (formación, asesoramiento, documentación) de las Comunidades Autónomas a los profesionales de los Ayuntamientos.
- La necesidad de alcanzar un consenso de las funciones administrativas respecto al modelo asistencial.

- Llegar a acuerdos sobre modelos de intervención en drogodependencias a nivel de territorio. Elaboración conjunta de proyectos de intervención.

COORDINACION CON LAS ONG

En un principio, las asociaciones fueron asumiendo objetivos y actuaciones que no podían ser realizadas por las Administraciones, pero al ir desarrollándose las actuaciones de estas últimas han ido quitando el protagonismo a dichas asociaciones, repercutiendo en conflictos que dificultan la tarea de coordinación.

Se definen, por tanto, problemas como que las ONG subvencionadas por un determinado nivel de la Administración realicen una labor que interfiera proyectos de intervención de otras Administraciones Públicas, así como la escasa información y sensibilidad manifestada por algunas Administraciones sobre las acciones de las ONG.

COORDINACION HORIZONTAL

Se señalan las siguientes dificultades:

- Indefinición de los objetivos de las diferentes áreas o departamentos.
- Tendencia en la relación inter-áreas a delegar los problemas a la estructura específica del responsable del tema.
- Dificultad para lograr la estabilidad de estructuras de coordinación horizontales. Solapamiento entre la actividad e intervención de los diferentes departamentos o áreas.
- Falta de información y de comunicación.

Propuestas:

- Búsqueda de un consenso político.
- Necesidad de acuerdos entre los niveles político y técnico.

PROPUESTAS

- Se necesita una asunción de responsabilidades y estrategias conjuntas.
- Se hace precisa una mayor coordinación de las diferentes Administraciones a la hora de asignar presupuestos a las ONG.
- No existen conflictos cuando el desarrollo es conjunto entre la Administración y las asociaciones.
- Se hace necesario consensuar la política de subvenciones entre todos los partidos para evitar que se «haga política» en esta materia.
- El papel del movimiento asociativo resulta básico para el desarrollo de los programas municipales.

En definitiva, la reunión ha resultado extremadamente provechosa, habiendo permitido abrir unos cauces de comunicación entre los distintos agentes implicados.

Estamos seguros que no es sino el prin-

cipio de unos espacios de encuentro futuros, que permitirán profundizar los diversos campos aquí abiertos y optimizar, a través de la cooperación, la rentabilidad social de las actuaciones sobre drogodependencias que se ponen en marcha.

Jornadas sobre «Público-Privado y Bienestar Social»

Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS)

Barcelona, 13-15 febrero 1991

SI hace unos años, el sector público de nuestro Estado, y especialmente en el seno de la Administración Local, tuvo que enfrentarse a la novedad de prestar servicios de bienestar social, desde una estructura democrática, ahora se enfrenta a un nuevo reto: cómo se armonizan las actuaciones del sector público y del sector privado.

Durante los últimos años hemos asistido a fenómenos que nos hacen plantear la importancia de la reflexión frente a estos temas:

- La oferta privada de servicios que hasta ahora había estado prestando la Administración en exclusiva (Correos, seguridad, cementerios, etc.)
- La aparición de un cuerpo técnico externo en la Administración, referente a asociaciones y empresas que trabajan en los Servicios de Bienestar Social.
- La contratación externa como forma habitual de prestación de determinados servicios de la Administración.

INTRESS (Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales) quiere participar de la construcción conceptual que aporte marcos de referencia en estas actuaciones y evite que la dinámica de los hechos nos lleve a situaciones no deseadas.

Es por esto que los próximos 13, 14 y 15 de febrero organiza, con el patrocinio del Ayuntamiento de Barcelona, unas Jornadas que bajo el título «Público-Privado y Bienestar Social» pondrán a debate todos estos temas.

El avance del programa es el siguiente:

• Ponencias

- La estructuración de la sociedad: el Sector Público y el Sector Privado.
- Ambitos de gestión de los Sectores Público y Privado.
- El financiamiento de los Sectores Público y Privado.
- La contratación externa de los Servicios de Bienestar Social.
- Público y Privado en el marco de la nueva Europa.

• Mesas Redondas

- Gestión pública y gestión privada de servicios.
- Contratación externa: experiencias de los últimos años.
- Condiciones laborales de los trabajadores en la contratación externa.
- Los profesionales y las asociaciones de la nueva Europa.

• Trabajos de Grupo

- Público y Privado: ámbitos de gestión y relaciones.
- Financiamiento de los Sectores Público y Privado.
- La contratación externa de los Servicios de Bienestar Social.
- La consolidación de las entidades privadas.

Todas aquellas personas que quieran recibir información de las Jornadas, pueden dirigirse a:

— INTRESS-Barcelona
Pl. Catalunya, 9, 4.º
08002 BARCELONA
Tel. 93/302 66 12

— INTRESS-Madrid
Lagasca, 125, 6.º D
28006 MADRID
Tel. 91/411 55 61

— INTRESS-Baleares
St. Bartomeu, 9, 2.º
07001 PALMA DE MALLORCA
Tel. 971/71 50 29

Notas bibliográficas

Nosotros, los adolescentes y las drogas

Jaime Funes Artiaga

Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1990

EN esta obra, Jaime Funes Arteaga nos explica con gran lucidez el porqué la cuestión de las drogas en los adolescentes resulta ser un problema muy serio que las Administraciones no saben cómo abordar adecuadamente. El gran hándicap que tiene la sociedad adulta respecto a la problemática de la drogadicción en la adolescencia, proviene sobre todo de la gran dificultad que experimenta para comprender a los adolescentes y acercarse a los mismos. De hecho, entre Administración y adolescencia hay una dificultad de comunicación casi connatural. Y no cuesta mucho comprender que el superarla no está en manos de los adolescentes.

Jaime Funes nos viene a decir que este *impasse* empezará a resolverse el día en que la condición del adolescente no sea un problema, sino una preocupación. Y esto ocurrirá cuando los adultos y las Administraciones aceptemos a los adolescentes. Cuando seamos capaces de verlos no desde nuestros ojos, sino desde los suyos propios. Porque desde los nuestros el adolescente es casi siempre un problema (y si no lo es, no es ninguna buena señal), mientras que desde los suyos es un ser que intenta buscar un sitio en una sociedad que no le ofrece ninguno, y un sentido a la vida, en un mundo que no es muy capaz de darle alguno que sea convincente.

Esto explica, entre otras cosas, el porqué los adolescentes consumidores de drogas no acuden a los centros y demás recursos que los adultos han establecido para estos problemas.

Para que las Administraciones y los adultos en general puedan poner solución a este problema, Funes nos recuerda los rasgos fundamentales de los adolescen-

tes. Pero no con la pesadez propia de un tratado de la adolescencia, sino con la vitalidad e incluso parquedad de quien conoce y domina el tema.

El gran secreto de la exposición de Funes, que la hace superior a muchas otras, está en la solidez del conocimiento y la claridad de su transmisión; pero, sobre todo, en la capacidad que tiene de comprender a los adolescentes. Lo cual quiere decir que tiene la rara capacidad de estimarlos tal como son. Es tal la comprensión que tiene de los adolescentes que incluso llega a comprender el porqué los adultos no los comprendemos. Gracias a lo cual puede transmitirnos no solamente lo que es el adolescente, sino qué actitudes debemos corregir y qué otras adquirir para poder, también nosotros, llegar a tener una comprensión parecida.

Insiste, acertadamente, en la relación dialéctica que se establece entre el adolescente y su entorno social y nos explica el porqué esta relación define el ser constantemente variable del adolescente. Nos dice que el adolescente es una persona que tantea definirse, ser algo, en relación con los demás.

Insiste mucho en dos ideas capitales, es decir: que el adolescente se plasma en función de los adultos y que la sociedad adulta no admite al adolescente. Lo cual nos conduce fácilmente a pensar que la sociedad, inconscientemente, se rechaza a sí misma. Es decir, que la sociedad sólo tolera de sí misma las imágenes que logra maquillar lo bastante para que pueda reconocerse sin horror. Por eso, acepta la imagen de los niños que todavía puede moldear a su gusto (aunque cada día menos) y la de los adultos que se automaquillan para ser aceptados en esta feria de

vanidades que es, en gran medida, la vida de nuestra sociedad.

Sin una consideración de este tipo, no se explica muy bien el porqué resulta tan difícil a los adultos aceptar y comprender a sus propios adolescentes; realidad que, como hemos dicho, no cesa de recordarnos el autor.

Esta falta de aceptación nos conduciría a comprender el porqué los adolescentes tienen necesidad de crearse sus espacios o sus ambientes psíquico-sociales propios (como una «piel» que los envuelva, nos dice Funes); y el porqué no les sirve la «piel» de los espacios que les creamos los adultos, como los centros escolares, por ejemplo.

Dadas estas circunstancias, el autor se pregunta si es conveniente intervenir desde el mundo de los adultos para ayudar al adolescente en las innegables dificultades que acostumbra a encontrar en su largo camino de llegar a adulto. Y concluye que sí, sobre todo porque ya ha demostrado que es indispensable la presencia del adulto como punto de referencia para construir positivamente la personalidad que se está edificando. El porqué de esta necesidad queda evidente con la aclaración de que la identidad sólo se construye con la identificación.

A mi modo de ver, este concepto es la clave, tanto de toda la problemática del adolescente como de su solución: si el adolescente encuentra en su camino unos adultos que son capaces de ofrecerle un modelo de identificación positiva, el adolescente se hallará capacitado para ir construyendo su propia identidad también positivamente. De lo contrario, no lo logrará. El nudo de la cuestión consiste, pues, en la existencia de estos adultos y en estar al alcance natural del adolescente.

Y aquí es donde entra la otra parte de la pregunta sobre la conveniencia de la intervención: ¿Cómo debe ser? ¿Cómo deben intervenir estos adultos para estar al alcance natural de los adolescentes?

Este aspecto de la cuestión también es fundamental, ya que no sirve de nada el que haya adultos dignos de ser modelos positivos de identificación, si no se hallan al alcance natural del adolescente —sea por el motivo que sea, incluso por el de una excesiva proximidad—.

Por esto, el autor explica con amplitud y comprensión este «cómo» y «quién» está dotado para ello. Y también lo que debe evitarse por ser contrario a este «cómo», aunque sea lo que habitualmente se da. Ya que las instituciones que intentan preocuparse de los problemas de los demás acostumbran a parcelar la persona según sus supuestos problemas «científicamente» clasificados. Y esto, que es una aberración porque las personas no son una suma de problemas clasificables, sino una unidad indivisible, lo es más, si cabe, tratándose de los adolescentes.

Dada esta concepción holística del adolescente, no es raro que el autor insista en que no hay adolescentes drogadictos, sino adolescentes que sufren dificultades en su proceso de maduración, uno de cuyos síntomas puede ser la drogadicción. Pero que deben ser tratados en su globalidad.

De todo lo que nos dice Jaime Funes deducimos que el problema de los adolescentes, y, por lo tanto, el de los adolescentes y las drogas, debe afrontarse en el proceso de cambio del propio modelo de la sociedad. En efecto, solamente una sociedad que persiga otro modelo social (más conforme a la razón y a las otras cualidades humanas) podrá ofrecer a los adolescentes modelos positivos de identificación. Sin embargo, mientras esto no ocurra, y para favorecerlo, el autor ofrece abundantes recursos para que la Administración cambie y los adultos preocupados por la situación de los adolescentes tengan más medios para actuar provechosamente.

Jordi Vila-Abadal i Vilaplana

Escriben en este número

JULIO ALVAREZ CERBERO: Psicólogo clínico. Coordinador del Plan Regional de Drogas de la Comunidad de Madrid.

MARIA EUGENIA ZABARTE: Licenciada en Derecho. Diplomada en Derecho de las Comunidades Europeas. Especialista en Seguridad Social y Servicios Sociales y Asistenciales, ha publicado, entre otros, los siguientes trabajos: «Reflexiones en torno al diseño de una política de bienestar social» (Marsiega, 1983); «Política social de las Comunidades Europeas. Otros aspectos de la política social comunitaria» (Acebo, 1986); «Estrategias normativas para la reducción de la oferta y de la demanda de drogas» (Política Científica, 1989); «Los servicios sociales como instrumento de protección social. Aspiraciones y logros legislativos» (Documentación Social, 1990). En la actualidad es Consejera Técnica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

JULEN ARIÑO VIAR: Licenciado en Medicina y Cirugía. Ha trabajado en diversos servicios asistenciales de drogodependencias (Centro médico-social de Durango —Bizkaia—; Consorcio Uribe-Kosta de Salud Mental —Bizkaia—; Servicio de Alcoholismo de Osakidetza en Vitoria-Gasteiz). Ha presentado comunicaciones y ponencias en los siguientes congresos: VII Jornadas Internacionales de Reims «Para una clínica del Toxicómano»; II Congreso Mundial Vasco; I y II Congresos de la Sociedad Española de Toxicomanías; V Congreso Iberoamericano de drogodependencias y alcoholismo. En la actualidad es candidato a doctor por el Departamento de Neurociencias —sección Psiquiatría y Psicología Médicas— de la Universidad del País Vasco.

SUSANA CORDOBA MERINO: Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología. Ha sido Directora del Servicio Provincial de Toxicomanías de la Cruz Roja de Bizkaia. Ha presentado trabajos en las VII Jornadas Internacionales de Reims «Para una clínica del Toxicómano» y en el II Congreso Mundial Vasco. En la actualidad trabaja como técnica en evaluación de programas y servicios en el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación de Alava.

ELENA PEREZ FERNANDEZ: Licenciada en Psicología. Diplomada Superior en Criminología. Desde 1986 hasta principios de 1990 ha sido Jefe de la Sección de Tratamiento en la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación de la Generalidad de Cataluña. En la actualidad es Inspectora de Servicios Penitenciarios. Ha participado como ponente en numerosos cursos, seminarios y congresos sobre temas relacionados con las toxicomanías y su problemática legal y penitenciaria.

