

**LA INTEGRACION  
SOCIAL DE  
DROGODEPENDIENTES**

**RECURSOS, PROCESOS  
DE RECUPERACION,  
IMAGENES E IDEOLOGIAS  
SOCIALES**



## INDICE

---

|  |    |
|--|----|
| PRESENTACION .....   | 13 |
| <br>   |    |
| 1. LA INTEGRACION DE LOS DROGODEPENDIENTES<br>COMO PROCESO SOCIAL .....  | 15 |
| 1.1. <i>Espacios de indagación sobre la integración social de<br/>          drogodependientes</i> .....            | 17 |
| — Los modelos de rehabilitación .....  | 17 |
| — La actitud de la sociedad .....  | 19 |
| — Consumo e integración social .....   | 20 |
| — La posición de las instituciones sociales .....  | 21 |
| 1.2 <i>Algunos antecedentes en el análisis de la integración so-<br/>          cial de drogodependientes</i> ..... | 22 |
| 1.3 <i>Una primera delimitación sobre la perspectiva adopta-<br/>          da</i> .....                            | 24 |
| <br>   |    |
| 2. APROXIMACION AL ANALISIS DE LAS CONDICIONES<br>SOCIALES DE LA INTEGRACION SOCIAL .....                          | 25 |
| 2.1. <i>La pluralidad de prácticas de integración social</i> ....  | 27 |
| — Las prácticas sociales .....   | 28 |
| — Las alternativas de la recuperación .....  | 29 |
| — Las posiciones teóricas .....  | 31 |
| — Objetivos de esta investigación .....  | 32 |
| 2.2. <i>Enfoques metodológicos del problema de la integración<br/>          social</i> .....                       | 33 |
| — El método estructural .....  | 33 |
| — El método cualitativo .....  | 34 |
| <br>   |    |
| 3. ENFOQUES TEORICOS: DE LA INSTITUCION TOTAL A<br>LA INTEGRACION COMUNITARIA .....                                | 37 |
| 3.1. <i>Sobre enfoques teóricos de la integración social</i> ...   | 39 |
| — Mayor conocimiento del mundo de las drogas ..  | 39 |
| — Tendencia a la normalización .....   | 40 |
| — Dificultades para la integración .....   | 40 |

|      |  |    |
|------|--|----|
| 3.2. | <i>De la institución total a la integración comunitaria</i>  | 42 |
| —    | Concepciones exógenas .....  | 43 |
| —    | Concepciones endógenas .....   | 43 |
| —    | El debate teórico actual .....   | 43 |
| 3.3. | <i>La inserción normativizada y pluralista: Modernización, normalización y reintegración</i> .....                   | 47 |
| —    | Modernización normativizada .....  | 49 |
| —    | Modernización del interaccionismo simbólico ...  | 50 |
| 3.4. | <i>La integración social: Sociogénesis y reinserción comunitaria en el enfoque psicosocial</i> .....                 | 54 |
| —    | Origen y fundamento .....  | 54 |
| —    | Concepto del proceso de reinserción .....  | 57 |
| 3.5. | <i>Perspectivas actuales y contexto teórico: Un enfoque socioestructural de los procesos de integración social</i> . | 59 |
| —    | El marco sociohistórico .....  | 59 |
| —    | La superación del modelo psicosocial .....   | 60 |
| —    | Los fundamentos del enfoque estructural .....  | 61 |
| —    | Observaciones sobre el enfoque estructural .....   | 62 |
| 4.   | <b>PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE INTEGRACION SOCIAL. CARACTERISTICAS GENERALES Y MODELOS ASISTENCIALES</b> .....        | 67 |
| 4.1. | <i>Selección y distribución de centros y programas</i> ...   | 69 |
| —    | Centros de atención abierta .....  | 69 |
| —    | Centros públicos y privados .....  | 69 |
| —    | Centros con enfoque profesional .....  | 70 |
| —    | Centros con enfoque psicosocial .....  | 70 |
| —    | Representación autonómica y experimental .....   | 70 |
| —    | Método empleado .....  | 71 |
| 4.2. | <i>Características institucionales básicas y equipo terapéutico</i> .....  | 72 |
| —    | Tipología y dependencia .....  | 72 |
| —    | Adscripción a programas asistenciales amplios ..   | 74 |
| —    | Las plantillas profesionales de los centros y la población asistida .....  | 75 |
| 4.3. | <i>La financiación de los centros y programas</i> .....  | 78 |
| —    | Conocimiento presupuestario y del gasto .....  | 78 |
| —    | Características del gasto .....  | 80 |
| —    | Una observación de carácter general .....  | 82 |
| 5.   | <b>MODELOS TERAPEUTICOS DE INTEGRACION SOCIAL. ENTRE LA INDEFINICION Y EL PLURALISMO</b>                             | 83 |
| 5.1. | <i>Modelos terapéuticos de intervención</i> .....  | 85 |
| —    | Los enfoques estructurales .....   | 86 |
| —    | Los enfoques de tipo rehabilitador .....   | 90 |
| —    | Los enfoques residuales .....  | 95 |
| —    | Algunas conclusiones .....   | 96 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.2. <i>Los objetivos de la integración social</i> .....   | 97  |
| — La variable tiempo .....   | 97  |
| — El objetivo fundamental .....  | 98  |
| — La iniciación del proceso .....  | 99  |
| <br>   |     |
| 6. LAS ACTIVIDADES DE REINSENCION, DESARROLLO,<br>RESULTADOS Y EVALUACION .....                            | 101 |
| 6.1. <i>Sobre decisiones y condicionantes que afectan al pro-<br/>ceso de reinserción</i> .....            | 104 |
| — Ejecución del programa .....   | 104 |
| — Fases del programa de reinserción .....  | 105 |
| — Participación en las decisiones del proceso .....  | 107 |
| — Condiciones exigidas .....   | 109 |
| — Condicionamientos estructurales .....  | 110 |
| 6.2. <i>Actividades de intervención en integración social</i> ..   | 112 |
| — A nivel individual .....   | 112 |
| — A nivel familiar y grupal .....  | 113 |
| — Utilización de otros recursos .....  | 115 |
| — La problemática de los abandonos .....   | 115 |
| 6.3. <i>La problemática de evaluar la reinserción social</i> ...   | 117 |
| — La evaluación como símbolo .....   | 117 |
| — La evaluación interna .....  | 118 |
| — La evaluación externa .....  | 120 |
| — Necesidad de avanzar en este campo .....   | 120 |
| 6.4. <i>Actividades y programas de reinserción: A modo de con-<br/>clusión</i> .....                       | 122 |
| <br>   |     |
| 7. LOS CONDICIONANTES SOCIOLOGICOS DE LOS PRO-<br>CESOS DE INTEGRACION DE LOS DROGODEPEN-<br>DIENTES ..... | 125 |
| 7.1. <i>Introducción: Una aproximación plural a procesos plu-<br/>rales de recuperación</i> .....          | 127 |
| — Procesos diferentes .....  | 127 |
| — Procesos recurrentes .....   | 128 |
| — Procesos contradictorios .....   | 128 |
| — Procesos difusos .....   | 128 |
| — Tres niveles de análisis .....   | 128 |
| 7.2. <i>Los estudios de seguimiento de procesos de recupera-<br/>ción</i> .....                            | 130 |
| — Problemas metodológicos del seguimiento .....  | 130 |
| — Los estudios realizados .....  | 130 |
| — Objetivos del presente trabajo .....   | 132 |
| 7.3. <i>Perfiles básicos, consumos y centros de tratamiento</i>  | 133 |
| — Tiempo de tratamiento .....  | 133 |
| — Edad de inicio al consumo .....  | 135 |
| — Oferta de centros y recurrencia .....  | 136 |
| — Motivación del consumo de drogas .....   | 139 |
| — Hipótesis motivacional .....   | 141 |

|      |   |     |
|------|---|-----|
| 7.4. | <i>Procesos de integración social</i> .....   | 144 |
| —    | La decisión sobre el inicio del proceso .....   | 144 |
| —    | Las condiciones para su inicio .....  | 145 |
| —    | Los apoyos al proceso de integración .....  | 146 |
| —    | Las actividades recuperadoras .....   | 149 |
| —    | El papel de la familia .....  | 150 |
| —    | Los retornos al consumo .....   | 150 |
| 7.5. | <i>La integración sociolaboral y política</i> .....   | 154 |
| —    | Trabajo y nivel de ingresos .....   | 154 |
| —    | La normalización ante la justicia .....   | 159 |
| —    | Participación política y creencias religiosas .....   | 160 |
| —    | Obstáculos para la integración social .....   | 161 |
| 8.   | LOS PROCESOS GRUPALES DE INTEGRACION. TIPOLOGIAS BASICAS .....  | 163 |
| 8.1. | <i>Las tipologías de drogodependientes. Una aproximación estructural a los procesos de recuperación</i> .....                 | 165 |
| —    | Los análisis tipológicos en nuestro país .....  | 165 |
| —    | La aproximación estructural .....   | 166 |
| 8.2. | <i>El proceso general de integración social y sus tipos grupales</i> .....  | 167 |
| —    | Primera tipología estructural .....   | 167 |
| —    | Los cinco grupos resultantes .....  | 168 |
| 8.3. | <i>Procesos de integración socialmente condicionados</i> .....  | 172 |
| —    | La variable histórico-temporal .....  | 172 |
| —    | La variable sociológica .....   | 172 |
| —    | La variable proceso de integración .....  | 173 |
| —    | Análisis multivariable .....  | 173 |
| —    | Grupo comprendido entre 18 y 22 años .....  | 173 |
| —    | Grupo de 23 a 25 años .....   | 175 |
| —    | Grupos de 26 a 28 años y de más de 28 .....   | 177 |
| 8.4. | <i>La integración social: Una visión estructural sintética</i> .....  | 179 |
| —    | Inserción .....   | 179 |
| —    | Reinserción .....   | 181 |
| —    | Rehabilitación físico-social-psicológica .....  | 181 |
| —    | Rehabilitación físico-psicológica .....   | 181 |
| —    | Recuperación físico-ideológica .....  | 181 |
| 9.   | SOBRE IDEOLOGIAS E IMAGENES DE LOS PROCESOS DE RECUPERACION .....   | 183 |
| 9.1. | <i>El análisis motivacional de los procesos de adicción y recuperación</i> .....  | 185 |
| 9.2. | <i>Las motivaciones e imágenes del proceso de adicción. Ideologías grupales de los procesos sociales de integración</i> ..... | 186 |
| —    | Los grupos marginales de drogodependientes ...  | 186 |
| —    | La integración de drogodependientes de clase obrera .....   | 191 |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
|       | — Los drogodependientes de clase media-baja . . . .  | 195 |
|       | — Los drogodependientes de clase media . . . . .   | 199 |
|       | — Los drogodependientes de clase alta . . . . .  | 204 |
|       | — Consideraciones generales . . . . .  | 207 |
| 9.3.  | <i>Sobre prácticas e ideologías grupales</i> . . . . .   | 208 |
|       | — Elementos de coincidencia . . . . .  | 208 |
|       | — Elementos diferenciales . . . . .  | 210 |
| 10.   | LA REINSERCIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE: ENTRE LA SOCIALIZACIÓN Y EL DESDROGAMIENTO <b>Domingo Comas y Alfonso Ortí</b> . . . . . | 213 |
| 10.1. | <i>Panorámica general de la reinserción social</i> . . . . .   | 215 |
|       | — Dificultades terminológicas . . . . .  | 215 |
|       | — Posicionamiento de los grupos . . . . .  | 216 |
| 10.2. | <i>Génesis de las drogodependencias y discursos sociales</i> . . . . .   | 220 |
|       | — El rol de los discursos sociales . . . . .   | 221 |
|       | — Los discursos tradicionales . . . . .  | 221 |
|       | — Los nuevos discursos . . . . .   | 223 |
| 10.3. | <i>La imagen social del drogodependiente</i> . . . . .   | 226 |
|       | — Una imagen dual de la sociedad . . . . .   | 228 |
|       | — El fracaso de la socialización . . . . .   | 228 |
|       | — La drogodependencia como causa y síntoma . . . . .   | 229 |
| 10.4. | <i>Las posibilidades del drogodependiente</i> . . . . .  | 232 |
|       | — Escepticismo y fracaso . . . . .   | 232 |
|       | — La demanda de intervención . . . . .   | 234 |
|       | — El tratamiento . . . . .   | 235 |
|       | — La reinserción social . . . . .  | 236 |
| 10.5. | <i>Exigencias del proceso de reinserción</i> . . . . .   | 241 |
|       | — Las demandas sociales . . . . .  | 241 |
|       | — Los profesores ante el proceso de reinserción . . . . .  | 243 |
|       | — Los profesionales y sus condicionamientos . . . . .  | 244 |
|       | — Difusión de una imagen de normalidad . . . . .   | 244 |
| 11.   | IMAGENES E IDEOLOGÍAS DE LA INTEGRACIÓN EN PROFESIONALES DE INSTITUCIONES JURÍDICO-PENALES . . . . .                                 | 247 |
| 11.1. | <i>Las reformas penales y la integración del drogodependiente: El contexto español</i> . . . . .                                     | 249 |
|       | — Evolución de la legislación penal . . . . .  | 250 |
|       | — La reforma de marzo de 1988 . . . . .  | 251 |
| 11.2. | <i>Los discursos ideológicos básicos sobre la integración social</i> . . . . .   | 253 |
|       | — La represión del tráfico y consumo de drogas . . . . .   | 255 |
|       | — La gestión del conflicto que generan las drogodependencias . . . . .   | 258 |
|       | — La integración social del drogodependiente . . . . .   | 260 |
|       | — La función protectora . . . . .  | 264 |
| 11.3. | <i>Contextos estructurales y alternativas</i> . . . . .  | 266 |

|   |         |
|---|---------|
| 12. CONCLUSIONES .....  | 269     |
| — La problemática global de la integración social .....   | 271     |
| — El enfoque metodológico de la integración .....   | 272     |
| — Posiciones teóricas sobre la integración .....  | 273     |
| — Los programas y actividades de reinserción .....  | 274     |
| — Los procesos de recuperación .....  | 275     |
| — Los discursos sociales: Reinserción y segregación .....   | 276     |
| — Las ideologías institucionales y su reflejo jurídico-penal .....  | 277     |
| — El debate abierto .....   | 278     |
| <br>BIBLIOGRAFIA .....  | <br>281 |
| <br>ANEXOS .....  | <br>287 |
| I. <i>Relación de centros entrevistados</i> .....   | 289     |
| II. <i>Cuestionario dirigido a centros e instituciones que intervienen en programas o actividades de reinserción social en el campo de las toxicomanías</i> ..... | 291     |
| III. <i>Cuestionario dirigido a sujetos que forman parte de algún programa o actividad de reinserción</i> .....   | 300     |



## PRESENTACION

*La problemática de la integración social del drogodependiente siempre ha estado presente en la reflexión teórica y en la práctica asistencial de nuestro país. Sin embargo, desde la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas la integración del drogodependiente ha tomado un nuevo y renovado protagonismo que, por otra parte, coincide con ciertas tendencias en auge en nuestra sociedad que favorecen actitudes e ideologías de segregación.*

*El presente trabajo es una aproximación al conocimiento teórico y práctico de la integración del drogodependiente en nuestro país. Es un análisis y una reflexión cualitativa sobre diferentes planos que intervienen en el problema: una reflexión sobre qué es integración social y los debates teóricos que suscita en el terreno de las drogodependencias; qué tipo de actividades realiza una muestra de centros y programas asistenciales sobre integración de drogodependientes; los avatares que un grupo de sujetos drogodependientes ha efectuado o efectúa en el proceso contradictorio y largo de su recuperación; cuáles son, finalmente, las ideologías que nuestra sociedad (empresarios, ciudadanos, terapeutas y profesionales de las instituciones jurídico-penales) define y proclama sobre la integración social del drogodependiente.*

*Sobre experiencias y ámbitos sociales significativos se ha pretendido avanzar en el conocimiento de una realidad compleja, contradictoria, y que muchos de sus protagonistas viven con dureza y angustia.*

*En el capítulo de agradecimientos quiero señalar, en primer lugar, a todos los drogodependientes en proceso de integración que han colaborado en este trabajo, lo que a veces no fue fácil para muchos de ellos; también a los responsables de los centros o profesionales que contribuyeron generosamente al buen fin del trabajo.*

*Por otra parte, quiero agradecer el esfuerzo a las personas que realizaron el trabajo de campo en diferentes centros asistenciales: Josune Aguinaga, en el norte de España y Zaragoza, Luis Enrique Alonso, en Galicia y Asturias, Javier Sánchez Carbonell, en Cataluña, y Carmen Herrera*

*en Andalucía. De forma particular a María Asunción Saez Alvarez, que coordinó el trabajo de campo, además de realizarlo en otra zona del país, y que preparó los cuestionarios para su explotación, realizando igualmente una amplia labor de desbroce y primera aproximación al material cualitativo. También a Javier Bardorrey, informático, que explotó la información recogida en este trabajo. Diferentes ideas que jalonan este trabajo han sido contrastadas en fructíferas conversaciones con Alfonso Orti Benlloch, que, a su vez, ha realizado con Domingo Comas Arnau la investigación sobre imágenes sociales de integración de drogodependientes, cuyos resultados se encuentran en el capítulo décimo.*

*Finalmente, quiero agradecer la confianza y ayuda de los responsables y técnicos de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a lo largo de esta investigación, gestionada a través del Consejo General de Colegios de Economistas de España.*

*Gregorio Rodríguez Cabrero.  
Madrid, junio de 1988*

Capítulo 1

**La integración de los  
drogodependientes como  
proceso social**

---



---

## 1.1. Espacios de indagación sobre la integración social de drogodependientes

---

Esta investigación pretende avanzar en el conocimiento sociológico de la reinserción/integración social de ex drogodependientes en nuestro país, a partir de un esfuerzo de indagación en varios frentes microsociológicos complementarios entre sí en cuanto a objetivos y metodologías y que, orientados por un conjunto de hipótesis básicas, deben permitirnos una profundización en el análisis de los procesos y contradicciones sociales que plantea la reinserción social de un colectivo no homogéneo internamente o, más exactamente, de colectivos que están en diferentes etapas de alejamiento del consumo de sustancias profundamente adictivas.

El proceso social de la reinserción se contempla aquí a dos niveles de articulación: en primer lugar, como el conjunto de procesos y actividades que plantea la *normalización de los colectivos de drogodependientes*. En segundo lugar, como el *análisis de los programas y actividades de reinserción* y sus niveles de eficacia en un medio social con profundas tendencias hacia la rigidificación de las actitudes y discursos sociales frente al consumo de estupefacientes y sus consecuencias sociales en términos de inseguridad ciudadana y deterioro de valores sociales, como ética del trabajo, ahorro, etc.

Durante los últimos años la sociedad española se ha visto desbordada y sorprendida por el consumo y tráfico creciente de drogas que nuestra sociedad denomina ilegales, en un contexto de profundos cambios políticos, culturales y económicos. Las actitudes, las prácticas sociales y las políticas sociales han sido de muy diferente tenor, y se han visto sometidas a cambios muy rápidos, unos de signo positivo y otros de tipo contradictorio. Una primera definición de dichos cambios nos permitirá delimitar los objetivos de este trabajo.

### Los modelos de rehabilitación

*Las instituciones públicas* se vieron inicialmente desbordadas por el problema, tanto por presiones sociales en general, como por el incremento de la demanda asistencial, teniendo que recurrir a una iniciativa privada muy dispar entre sí en cuanto a concepciones, métodos terapéuticos

y resultados, pero que básicamente se reducía a la comunidad terapéutica para drogodependientes (en adelante, CTD).

Estas comunidades se desarrollan con cierta rapidez a partir de 1979, aunque algunas empezaron a crearse desde 1976, como un conjunto de redes asistenciales que, bajo la fórmula genérica de institución total, configuran una oferta cuantitativamente importante y que condiciona una demanda social preparada para asumir y apoyar las técnicas terapéuticas de aislamiento y asilo de personas socialmente consideradas culpables (Bogani y García Mas, 1984; Comas, 1988; Polo y Zelaya, 1984).

En este modelo, predominante hasta hoy, la reinserción social se plantea en general como una etapa posterior a la rehabilitación física y psicológica y, en la práctica, cuando un individuo abandona la comunidad terapéutica, como un proceso incierto que se resuelve muy a menudo en el fracaso y la recaída.

Si bien en 1978 las instituciones públicas tratan de abordar el problema y desarrollar políticas operativas con que hacerlas frente (Comisión Interministerial para el estudio de problemas derivados del consumo de drogas, Real Decreto 3032/1978, de 15 de diciembre), no es hasta la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas, el 24 de julio de 1985, cuando se intenta afrontar *el fenómeno global del uso y abuso de drogas en nuestro país* y se plantea como objetivo de la asistencia la abstinencia y la reinserción social.

Bajo este nuevo contexto de coordinación institucional, el Plan Nacional potenciará líneas de intervención que no son sino reflejo de diferentes e importantes experiencias de intervención realizadas en los grandes municipios y Comunidades Autónomas, como son la necesaria coordinación entre servicios de atención sanitaria, servicios sociales y recursos sociales en general. Igualmente, la necesidad de asistencia en contextos no especializados, sino bajo fórmulas de atención genérica y descentralizada. Y, por último, el desarrollo de fórmulas de recuperación a aplicar en el medio comunitario o social, reservando la CTD para el tratamiento de casos muy desestructurados o como técnica asistencial de aislamiento transitorio dentro de un proceso general de atención abierta e integración social.

De este modo, si bien los problemas sociales claves de las drogodependencias siguen siendo aún la asistencia y la prevención social en el consumo, las instituciones públicas han empezado a desarrollar programas experimentales relativamente amplios en los que *la reinserción se sitúa en el centro del proceso de recuperación y tiende a materializarse en el seno de la propia sociedad de las personas en recuperación*. A pesar del carácter limitado en el tiempo de estas experiencias, con la consiguiente dificultad de evaluación, sin embargo constituyen, junto a experiencias del sector privado, una primera línea de indagación en la presente investigación.

## La actitud de la sociedad

Contemplado el problema desde la *sociedad* en su sentido más amplio, el impacto social inicial frente al incremento del consumo de drogas y sus diferentes consecuencias sociales se ha ido configurando en un conjunto diferente de actitudes y discursos en cuya definición han jugado un papel relevante los medios de comunicación social, en un contexto de profundos cambios culturales y políticos.

De alguna manera los medios de comunicación han suplido el desconocimiento social sobre el problema real de las denominadas drogas duras/ilegales, en cuanto opuestas falsamente a las drogas blandas/legales, articulándose de este modo estereotipos sociales que sin duda tienen un sustrato sociológico real, pero que deforman y conforman la realidad de las drogodependencias alrededor de clichés como drogadicto/enfermo, droga/delito/inseguridad ciudadana (M. Oliva, 1986), destacando las noticias delictivas sobre el tema y subvalorando radicalmente las noticias sobre la caracterización sociodemográfica de los actores, así como la problemática concreta sobre los procesos de recuperación (B. García Nebreda y otros, 1987), magnificando el problema de tal manera que lo más preocupante llega a ser «la unidireccionalidad, la parcialidad conceptual, la significación de una parte del problema a costa del olvido de los restantes aspectos» (M. Oliva, 1986).

Con esto no se pretende sostener que la opinión pública sobre las drogas esté sobredeterminada por los medios de comunicación, constituyendo una forma clara de falsa conciencia. Lo que aquí se indica, y ello nos permite definir el segundo ámbito del trabajo, es que, en relación con el consumo de drogas, la sociedad española ha desarrollado un conjunto de estereotipos en los que han tenido un papel crucial los medios de comunicación. Por ello «es necesario analizar también a la sociedad que genera el estereotipo de la droga, que rotula con él a unos sujetos y a otros no, que crea así una percepción de amenaza y que trata de lidiar con ella, definiéndola, bien como un problema moral, bien como una cuestión legal o como una enfermedad» (E. Lamo de Espinosa, 1983).

Analizar esos estereotipos en sus diferentes dimensiones, averiguar cómo se generan en los discursos sociales es fundamental por varias razones: en primer lugar, *con el fin de definir acciones que limiten los sentimientos generalizados de fatalismo e impotencia social ante el consumo de drogas* (*El País*, 16-X-1987; *El Globo*, n.º 13, 1988), situando en sus justos términos el «estado de consternación» frente al problema, normalizando con realismo el fenómeno de la drogodependencia y sus implicaciones sociales, y acabando con el divorcio existente entre una sociedad que tiende a clamar por la «dureza» y un Estado con una legislación percibida como demasiado «blanda». En segundo lugar, la normalización es crucial tanto *para lograr progresos en las políticas de prevención, como particularmente en las de integración social*.

Favorecer la normalización del problema de las drogodependencias, como condición permanente para el desarrollo de políticas de integración social, implica conocer y profundizar en los diferentes estereotipos sociales y en las prácticas sociales en ellos implícitas, que básicamente se configuran como prácticas y discursos de tipo segregante o de tolerancia condicionada, como tendremos ocasión de comprobar en el análisis de los discursos ideológicos de los diferentes colectivos sociales que juegan un papel importante en la reinserción social y también en representantes de instituciones de orden social.

## Consumo e integración social

La drogodependencia, por otra parte, se configura de forma nuclear como un *conjunto de diferentes prácticas individuales y grupales de consumo y recuperación en marcos sociales, culturales y económicos condicionantes*. Se trata, como ha sido demostrado por diferentes autores (J. Funes y O. Romaní, 1985), de un conjunto de prácticas sociales plurales en el consumo y en los procesos de recuperación y rehabilitación.

Prácticas tan diversas y con contradicciones entre sí, e internamente, nos llevan necesariamente a tratar de diferenciar los grupos sociales o tipológicos existentes en el consumo y en los procesos de recuperación, así como a evaluar los contradictorios y difusos caminos de su integración social.

Ello supone, en primer lugar, el rechazo del concepto de reinserción social como común denominador de los procesos de normalización, puesto que se identifica con la práctica social de un grupo concreto, por importante que sea su número e importancia, y, por tanto, su sustitución por denominaciones o categorías que sinteticen adecuadamente las prácticas sociales del tipo que fueren (inserción, reinserción, reintegración, etc.). Aquí proponemos como común denominador el concepto de integración social, a pesar de sus fuertes connotaciones funcionalistas, en la medida en que dicho concepto implica que «se completa un todo —la sociedad— con las partes que faltaban» (*Diccionario de la Lengua Española*), si bien dicho concepto se contempla en su perspectiva plural, contradictoria y difusa.

En segundo lugar, el análisis tipológico se concibe como *síntesis de experiencias históricas personales* y su vertebración discursiva, comprendiendo diferentes caminos de recuperación que tratan de situar las experiencias individuales en los marcos culturales concretos de la sociedad.

En tercer lugar, la integración social se concibe, no como una etapa posterior a un proceso de rehabilitación, sino como un *proceso desigual, discontinuo y dinámico que se inicia en el momento en que un drogodependiente toma conciencia de su incompatibilidad con el consumo de drogas y decide iniciar un largo y tortuoso camino de recuperación*.



Finalmente, cualquier mecanismo de valoración de los procesos sociales de recuperación de individuos adictos tiene que tomar en consideración los recursos sociales existentes, las ideologías sociales condicionantes, los marcos de marginación ya existentes en los que se puede circunscribir la drogodependencia, los complejos procesos de recurrencia y el impacto profundo en la memoria individual y social del consumo de drogas, no como justificación del estereotipo fatalista de que «quien es drogadicto, muere drogadicto», sino como conjunto de condicionantes estructurales que intervienen en el proceso de recuperación/integración social de drogodependientes.

### La posición de las instituciones sociales

El consumo y tráfico de drogas ha tenido un impacto y respuesta importante por parte de las *instituciones del orden social*, como han señalado diferentes autores (Laraña, 1986)), configurándose alrededor de las mismas, y en profunda conexión con las actitudes e ideologías sociales, varias concepciones de intervención que posteriormente detallaremos: un *modelo coactivo*, que tiende a identificar drogadicción y delincuencia, minoritario institucionalmente, pero con una amplia base social; un *modelo integrador*, que sitúa la drogadicción en conexión con las condiciones socioculturales de nuestra sociedad e incide en mucha menor medida en los problemas que aquélla causa en la seguridad ciudadana, sin menospreciarla en modo alguno; y un *modelo intermedio*, con cierto desarrollo en la actualidad, que incide en la represión del tráfico, en el control social de los sectores de adictos más marginales de nuestra sociedad, con formas de vida netamente violentas, constituyendo un modelo abierto parcialmente a la recuperación social limitada de individuos con juicios pendientes, situaciones análogas o libertad a prueba, cuando existen expectativas razonables de éxito.

Jueces, fiscales, abogados y policías son profesionales de diferente tenor que, en cuanto administradores del orden social, han tenido que afrontar el fenómeno de la drogadicción y sus consecuencias sociales y delictivas en un marco de cambios culturales y económicos importantes y sin una legislación y práctica sólida en este tipo de problemas. En unos casos tratando de llenar vacíos legales, en otros interpretando normas obsoletas en un clima de magnificación del consumo, en otros también formando parte de los estereotipos dominantes sobre el fenómeno y, en todo caso, constituyéndose en referentes directos de importantes núcleos sociales que presionan en favor de intervenciones de muy distinto signo.

Conocer algunos de los discursos sociales de estos colectivos de profesionales es otro de los objetivos del presente trabajo, con lo que se pretende analizar y valorar algunas ideologías y prácticas sociales significativas en relación con los procesos sociales de reinserción social, en este caso centrado en la problemática de la drogodependencia y delincuencia, que es donde se sitúa la práctica de estos profesionales y que afecta a un buen número de drogodependientes, como posteriormente veremos.

## 1.2. Algunos antecedentes en el análisis de la integración social de drogodependientes.

---

Hemos delimitado en sus grandes líneas los espacios de indagación de la integración social de drogodependientes que, articulados entre sí, nos permitirán definir algunas de las prácticas y procesos de individuos y grupos en recuperación. Sin embargo, es preciso señalar algunos de los antecedentes más notables de este trabajo, de los que sin duda somos deudores en gran parte, tanto en delimitación de objetivos, como en diferentes enfoques teóricos.

Nos referimos, por una parte, a trabajos ya publicados, entre ellos la investigación pionera de obligada referencia de Funes y Romaní «Dejar la heroína», que reconstruye a través de veintitrés historias de vida, profundamente analizadas, un conjunto de prácticas sociales sintéticas agrupadas en una tipología de individuos según su medio social y época histórica de consumo, poniendo de manifiesto el carácter dialéctico de los procesos de recuperación, la imposibilidad de establecer etapas rígidas en un proceso cíclico vertebrado de principio a fin por la inserción social, la singularidad tipológica de los procesos de recuperación y el entorno comunitario como referencia permanente de dichos procesos para facilitar la inserción, la reintegración, la reinserción o la simple rehabilitación.

Un segundo bloque de referencias se refiere al análisis de los problemas de la reinserción en servicios ambulatorios (Díaz Quijano, Sánchez Carbonell y Piña, 1985) y en comunidades terapéuticas para drogodependientes (Comas Arnau, 1987). En el primer caso se destaca el carácter problemático de la reinserción social, la importancia de los abandonos y recaídas, tanto en número como en calidad, y las limitaciones existentes en ese momento, muy próxima en el tiempo, en recursos, personal y dispositivos que afrontan los servicios ambulatorios para llevar a cabo las diferentes actividades de reinserción social. Al mismo tiempo consideran dos tipos de orientación posible en el análisis de la reinserción, en cualquier caso no excluyentes, utilización de recursos que permitan adquirir pautas de conducta al ex adicto para facilitar su adaptación al medio e intervenciones comunitarias que generen un marco favorable de adaptación.

Por su parte, en el análisis de las CTD, Comas demuestra cómo el problema de la reinserción social en este tipo de instituciones es una de

las «contradicciones no resueltas», a pesar de que la gran mayoría de éstas declara tener programas específicos de reinserción, y ello se explica tanto por el hecho de tratarse de recursos finalistas, como, sobre todo, por la inexistencia de objetivos y fórmulas claras de integración social para este tipo de colectivos.

Finalmente, es preciso destacar dentro del importante conjunto de trabajos agrupados en la publicación del Ministerio de Trabajo *Reinserción social y drogodependencias* (1987) aquellos que destacan las peculiaridades y aspectos innovadores de programas municipales de reinserción social (P. Nieva Lafuente), la importancia de las fórmulas comunitarias de dichos programas (E. Martín González) o el análisis de los componentes psicosociales de la drogodependencia y su influencia en el diseño de programas de reinserción social comunitaria (A. García Álvarez y J. L. Graña Gómez).

Otros trabajos de referencia no están publicados, como el de Funes y Mayol «Incorporarse a la sociedad», o aunque públicos son menos conocidos, pero no menos importantes, como son diversos trabajos del Programa Dross (DROSS, 1985, 1986, 1987), algunos trabajos de profesionales del Programa CURT (A. Durán, 1985) y el Plan de Acción Social de Toxicomanías de la Comunidad Autónoma de Canarias.

### 1.3. Una primera delimitación sobre la perspectiva adoptada.

---

Se hace preciso explicitar en líneas generales la perspectiva global que se adopta en esta investigación y que más adelante tendremos ocasión de desarrollar.

En primer lugar, si «el tratamiento de los toxicómanos sólo termina con su reinserción en la sociedad» (ONU, 1987), éste debe concebirse como el proceso de normalización de las personas en rehabilitación en su medio cultural y social o en uno nuevo donde puedan desarrollar una vida libre de drogas. Este proceso se concibe contradictorio y zigzagante, de avances y retrocesos, en el que las actitudes y prácticas sociales condicionan, cuando no determinan, los procesos individuales de recuperación/integración.

Por otra parte, «los programas de reinserción deben iniciarse en el momento mismo de iniciar el tratamiento y seguir después de la fase de post-tratamiento» (UNESCO, 1980).

Es decir, la reinserción es un proceso que se inicia en el mismo momento en que un toxicómano decide comenzar un tratamiento para su recuperación, se profundiza a partir del momento en que un individuo adicto empieza a reconstruir su *autonomía* (competencia personal, desarrollo emocional y autosuficiencia), su *capacidad de comunicación* (social y familiar) y de *identificación* (normativa y valores sociales mínimos), y es ya operativa —contemplando incluso temporales pasos hacia atrás— cuando el ex adicto puede desarrollar una vida propia en sociedad, sin conflictos abiertos con ésta, pudiendo mantener una mínima capacidad de relación, ejercer alguna actividad ocupacional o laboral e integrarse en su propio medio o en uno adecuado a sus características personales.

Finalmente, cabe asumir sociológicamente la existencia de diferentes modos y proyectos de reinserción o integración social, cuya pluralidad por otra parte es un hecho real, estando su virtualidad en función de su capacidad para crear condiciones reales de integración social. Como consecuencia de lo anterior, y de la existencia de marcos condicionantes diversos y espacios culturales diferentes entre sí, los procesos sociales de reinserción serán igualmente diferentes, respecto de los cuales es posible intervenir de modos diversos: mediante programas específicos, creando las condiciones en la comunidad propia del individuo para hacer posible la integración o combinando los modos anteriores de intervención social.

## Capítulo 2

# **Aproximación al análisis de las condiciones sociales de la integración social**

---



---

## 2.1. La pluralidad de prácticas de integración social

---

Si la realidad social, en general, en sus estructuras y procesos sociales es ya de por sí difusa, compleja y contradictoria, y a la vista está la pluralidad de enfoques y metodologías en liza analítica/interpretativa, de forma particular lo es el conjunto de prácticas individuales del consumo de estupefacientes, así como de los procesos de recuperación e integración social.

Ello es así por razones del siguiente tenor:

1. Por tratarse de una *interrelación compleja y contradictoria entre comportamientos rigurosamente individuales y marcos sociales genéticos condicionantes*.

2. Porque nos enfrentamos en este caso a un *conjunto de submundos socioculturales* cuya existencia social tiende a ser negada —en cuanto práctica social desde la normalidad del orden social— y cuya fragmentación tiende a ser convertida, a través de los diferentes discursos e ideologías sociales, en estereotipos antagónicos segregantes o profundamente diferenciadores.

3. Situados en el caso concreto de nuestro país, la experiencia histórica en el problema social de la drogodependencia, prácticas sociales, políticas estatales e intervenciones sociales de diferente tipo tiene un recorrido temporal no muy largo, aunque muy intenso, que bajo un contexto de cambio político, crisis económica y redefinición de valores culturales e ideologías sociales, hace particularmente complejo su conocimiento, no tanto en cuanto a su descripción, como a su explicación. Máxime cuando *las experiencias sociales en el campo de la reinserción social son limitadas en el tiempo* (sólo muy recientemente se habla con cierta intensidad y generalización de reinserción), en el espacio (ahora es cuando están apareciendo programas más coherentes y articulados en reinserción social) y cuando las primeras síntesis y avances teóricos en el terreno de la reinserción han empezado a aparecer desde 1985 en adelante.

Estas observaciones prologan, en términos de advertencia no justificativa, la delimitación de los objetivos y la aproximación metodológica de esta investigación, que, por lo anteriormente dicho, vamos a abordar de forma aproximativa, analizando algunos de los ámbitos de la realidad

social llamada reinserción de drogodependientes con el apoyo de varios enfoques y técnicas empíricas complementarias entre sí.

En relación con el objetivo del trabajo es preciso señalar que en la práctica se concreta en varios niveles de indagación. Una primera justificación fue realizada anteriormente cuando explicamos los distintos problemas, colectivos e instituciones que de uno u otro modo se ven implicados en la reinserción social. Ahora vamos a profundizar en la delimitación de esos objetivos genéricos, tanto en términos epistemológicos, como en términos concretos de definición de realidades sociales que tienen que ver con la integración social del colectivo de drogodependientes.

La peculiaridad epistemológica de la realidad social que denominamos integración social o reinserción, debe ser considerada en su existencia real en cuanto a:

- a) Las diferentes prácticas sociales en las que se manifiesta.
- b) En los diferentes modos alternativos en que se materializan dichas prácticas sociales.
- c) En la diversidad interpretativa y teórica existente en relación con el fenómeno en cuestión.

A continuación vamos a profundizar en la problemática que plantea cada uno de estos aspectos.

## Las prácticas sociales

Afirmar que la reinserción o integración social se manifiesta y desarrolla contradictoriamente en *prácticas sociales* implica tomar en cuenta dos géneros de consideraciones. La primera, que los procesos de recuperación/integración individual, siendo centrales en la problemática de la reinserción social, no son en modo alguno reducibles al ámbito de lo individual/psicológico, y ello a pesar del protagonismo y dramatización simbólica que los individuos drogodependientes tienen en estos procesos. Por el contrario, *la comprensión de los procesos individuales de recuperación se enriquece y explica más profundamente cuando se inscriben y analizan en el marco de las relaciones sociales*, cuando se supera —no como rechazo, sino como parte de los procesos— la concepción de las relaciones sociales en cuanto supuestamente equivalente a interacción social entre individuos o conductas y se conciben aquéllos como «retícula de posiciones y distancias sociales que en parte es estable y equilibrada y en parte está cargada de tensiones, con lo que dicha retícula está modificándose, rompiéndose y recomponiéndose constantemente» (Beltrán Villalva, 1984, pág. 62).

Es decir, la integración social se concibe aquí como un conjunto de relaciones sociales que se crean y modifican a través de redes grupales (*estructuras*), contextos económicos y culturales (*condicionantes históri-*



cos) y la dinámica de conflictos y correspondencias en ellas inherentes (*procesos sociales contradictorios*). O, dicho de otro modo, como el conjunto de *experiencias individuales de integración espacial y socialmente condicionadas*.

La segunda consideración nos permite definir como reinserción social aquel conjunto de *prácticas sociales de recuperación individual* contextualizadas normalmente, aunque no exclusivamente, *por programas o actividades institucionales de reinserción/integración*, a su vez condicionadas por las actividades de las *instituciones del orden social* y condicionadas y/o determinadas por las prácticas sociales e ideológicas de la *sociedad* a través de sus diferentes grupos y colectivos sociales.

Este conjunto de realidades sociales, que tiene como núcleo central los procesos sociales de recuperación individual, no se manifiesta aisladamente, sino que cada uno de los espacios de acción e intervención, junto a su especificidad, sólo puede comprenderse en su relación dinámica, no lineal, con el conjunto global de los aspectos, dimensiones y conflictos que conlleva la reinserción social (integración/orden social; integración/normalización; integración/recuperación; integración/superación de un pasado conflictivo, etc.).

## Las alternativas de la recuperación

Los procesos de reinserción se materializan en *diferentes alternativas individuales de recuperación*, diferentes programas y actividades de intervención recuperadora y, también, diferentes motivaciones e ideologías sociales en relación con el fenómeno. De este modo, los diferentes ámbitos de intervención se materializan en prácticas plurales, todas ellas interrelacionadas y que aquí trataremos de abordar en sus diferentes posibilidades explicativas.

Una de las primeras preocupaciones a la hora de definir este trabajo fue la de que los espacios de la realidad a analizar fueran plurales y significativos, aun a sabiendas de que ciertos ámbitos relevantes pudieran quedar sin profundizar. Es decir, aun no tratándose de muestras en el sentido estadístico, sí se ha pretendido que los espacios acotados fueran significativos en su contenido hipotético y plurales en cuanto que abarcaran diferentes alternativas de intervención y recuperación.

Para ello se han elegido treinta instituciones públicas y privadas que realizan actividades o programas de reinserción, tratando de combinar varios criterios: lo público y lo privado, así como el tratamiento ambulatorio y el de la CTD. Ahora bien, teniendo en cuenta la limitación estructural que tiene el modelo de CTD en lo referente a reinserción social, se ha privilegiado explícitamente el análisis de programas de integración social de ámbito municipal, que forman parte de programas asistenciales amplios directa o indirectamente, que son de relativa reciente creación y que, como explícitamente señalaremos en el capítulo tercero, apuntan hacia

líneas futuras de intervención social más abiertas (recuperación en espacios sociales reales) y apoyadas en la red de relaciones y recursos de la sociedad (recuperación en el medio comunitario). También se han tenido en cuenta aquellos programas privados que se inscriben en proyectos amplios de reinserción y se apoyan y/o apoyan actividades o programas estatales de recuperación.

Por último, y como criterio general, en un momento histórico en que la integración social —como preocupación y como práctica de los diferentes profesionales de la política social, y en concreto, de los que trabajan en el sector de las drogodependencias— pasa a un primer plano, la selección de instituciones y programas ha privilegiado en gran medida el análisis de programas innovadores de tipo comunitario.

El segundo ejemplo concreto tiene que ver con el núcleo central de la investigación, como son los procesos de recuperación/integración individual. Estos pueden ser de muy diferente tipo. Existen individuos que se recuperan sin pasar por procesos de tratamiento —que son considerados ineficaces y estigmatizantes— y que por sí mismos resuelven el problema aunque puedan eventualmente apoyarse en amigos, familia, etc., como demuestran algunas investigaciones importantes en el tema (Birnacki, 1986). Siendo ésta una experiencia usual e importante no la hemos considerado aquí.

Por el contrario, *el criterio general ha consistido en asociar los procesos de recuperación individual a programas de asistencia*, es decir, individuos que han pasado o están en procesos de tratamiento y rehabilitación en diferentes instituciones o programas públicos y privados, con el fin de establecer en la medida de lo posible relaciones entre ambos niveles y valorar sus implicaciones y consecuencias para los procesos de reinserción social. *El segundo criterio ha sido considerar que la reinserción es un proceso que arrancó desde el mismo momento en que alguien inicia o se compromete a un tratamiento*, independientemente de que existan programas (por ejemplo, el Proyecto Hombre) que sólo contemplan la reinserción como una etapa específica después de varias fases de recuperación, que puede ser recurrente y de marchas hacia atrás y adelante dentro de un proceso global de recuperación. *El tercer criterio es de tipo histórico*: historias distintas, en épocas distintas y en distintas fases de tratamiento, con el fin de comparar procesos de recuperación en contextos culturales y sociales diferentes.

El último ejemplo concreto lo constituye la selección de diferentes grupos sociales y profesionales que intervienen en los procesos de recuperación a distintos niveles. Aquí se ha valorado, por una parte, el papel e intensidad de intervención de ciertos grupos (terapeutas, en primer lugar, asociaciones de ciudadanos, empresarios y profesores), y, de otra, la pluralidad de perspectivas desde las que poder extraer y analizar las diferentes ideologías sobre la recuperación y las alternativas prácticas que de ellas se deducen.

## Las posiciones teóricas

Finalmente, la integración social de drogodependientes se expresa e *interpreta pluralmente desde el punto de vista teórico*, y a ello dedicaremos las páginas siguientes. Desde este punto de vista consideramos necesario hacer dos aclaraciones previas referidas a los fundamentos sociales de las distintas teorías y a la pertinencia de optar por un determinado tipo de enfoque.

En primer lugar, la diversidad interpretativa es un reflejo de diferentes realidades y experiencias sociales, si bien su importancia real desde el punto de vista de la intervención, de sus efectos sociales y aceptación teórica varía enormemente. Aquí tratamos de analizar dichas posiciones teniendo en cuenta sus fundamentos sociológicos, criterios epistemológicos y metodológicos y consecuencias prácticas de intervención. Básicamente se han diferenciado cuatro posiciones: *el segregacionismo totalizante*, que tendría su máxima expresión social en algunos tipos de comunidades terapéuticas para drogodependientes, teniendo esta ideología fuertes raíces sociales; *el hipercriticismo absoluto*, con un muy escaso apoyo social, marginal en todo caso, y que eventualmente puede coincidir con prácticas aisladas de nuestra sociedad; *la inserción normativizada y pluralista*, de tipo modernizador en cuanto a modos de intervención, que dispone de un importante apoyo profesional y cierto apoyo social; y *la integración social estructural*, con un creciente soporte profesional e institucional y limitado apoyo social en la medida en que la demanda asistencial sigue privilegiando la CTD.

Mientras las dos primeras corrientes se desarrollan en el marco social de los años setenta, a mitad de camino entre la crisis económica y los cambios culturales y demográficos que la acompañan, las dos segundas se van articulando desde los finales años setenta y primeros ochenta, bajo la tensión entre modernización económica y los marcos culturales de esta década: dualidad social, competencia individualista y desarrollo de nuevas experiencias microsociológicas de tipo comunitario y social, que se presentan como alternativas a la crisis de antiguos resortes solidarios y proyectos globales de sociedad.

En segundo lugar, el análisis de estas corrientes nos lleva necesariamente a construir una aproximación teórica desde la que orientaremos esta investigación. Se trata del enfoque de integración social estructural y la aproximación explicativa de la reinserción social a partir de dos enfoques metodológicos complementarios: uno de tipo estructural o tipológico y otro de tipo dialéctico o interpretativo, sobre el supuesto básico de que los procesos de integración social son plurales, recurrentes y contradictorios.

## Objetivos de esta investigación

En base a estas consideraciones podemos ya de forma conclusiva especificar los objetivos de la investigación:

1. Análisis y valoración de *programas y actividades* desarrollados por una muestra significativa de instituciones públicas y privadas en el terreno de la reinserción social (recursos existentes, utilización e indicadores de resultados).
2. Análisis y definición de *estructuras tipológicas y discursos de procesos de recuperación individual* de una muestra de individuos elegida a partir de los diferentes centros e instituciones con actividades de reinserción.
3. Aproximación al conocimiento de la *imagen social de los procesos de recuperación*. Definición e interpretación de motivaciones significativas y concreción de ideologías sociales sobre la integración.
4. Aproximación al conocimiento de las *ideologías institucionales* del orden social, que implica definición e interpretación de líneas ideológicas ante la reinserción social.

---

## 2.2. Enfoques metodológicos del problema de la integración social

---

Definidos los objetivos de la investigación, nos resta concretar los enfoques metodológicos y las técnicas a utilizar en este caso. Evidentemente a un objeto plural se corresponde un enfoque metodológico plural, cuyo esquema se puede contemplar en el Cuadro 1.

De forma general, esta investigación se apoya en dos tipos de enfoque o aproximación metodológica: el método estructural y el método dialéctico, como antes señalamos, complementarios entre sí a lo largo de este trabajo y cuyo sentido es preciso aclarar.

Las medidas de la sociedad, en palabras de J. Ibáñez (J. Ibáñez, 1985), no se agotan en uno u otro enfoque metodológico, dada la escasa rigidez del orden social. Y si sucede, como es el caso de la presente investigación, que estamos ante una *realidad social compleja y difusa*, de difícil reducción al análisis cuantitativo, entonces es precisa la combinación de enfoques metodológicos y técnicas apropiadas, tal como recientemente señalaba F. Conde (F. Conde, 1987); es decir, la utilización de un enfoque pluralista del fenómeno.

### El método estructural

Se ha seguido un enfoque estructural aplicable a dos ámbitos de la investigación:

1. Al análisis de los programas y actividades de reinserción de las instituciones y centros en cuestión. Apoyándonos en cuestionarios pasados a los centros, visitas y entrevistas con responsables y análisis de documentos (básicamente memorias anuales), hemos tratado de definir los diferentes modelos de reinserción social existentes. Mediante el análisis y valoración de los programas y actividades de reinserción hemos tratado de explicar los modelos y contenidos de la reinserción social en tres ámbitos concretos: las actividades de reinserción, su evaluación e indicadores de resultados y las dificultades estructurales que afrontan los programas.

2. También el enfoque estructural se ha aplicado a las historias de vida, desarrolladas a través de cuestionarios semiabiertos, estructurando

experiencias de recuperación en grupos tipológicos; es decir, definiendo un mapa de grupos en recuperación a partir de los procesos de recuperación y de normalización social.

## El método cualitativo

El enfoque dialéctico o cualitativo se ha aplicado a los siguientes niveles del fenómeno de la reinserción social:

1. A los grupos sociales de recuperación o tipológicos, a través de entrevistas abiertas, con el objetivo de profundizar en el mapa tipológico con otro basado en el discurso abierto de individuos representativos de los diversos grupos sociales, enfatizando especialmente en las siguientes variables: sustrato social del consumo y grupos de referencia, procesos reales de recuperación y socialización e ideologías y motivaciones referenciales de la integración social. El objetivo, por tanto, consiste en generar grupos finales, basados en el discurso libre, a través de los cuales podamos comprender la génesis y desarrollo de los procesos de recuperación y la estructura de motivaciones de los sujetos típicos de referencia.

2. El enfoque cualitativo se ha aplicado utilizando su herramienta más operativa (el grupo de discusión) a cuatro grupos sociales concretos que intervienen en el proceso de la recuperación de uno u otro modo. El análisis de dichos grupos pretende estructurar la imagen social existente sobre el proceso o procesos de recuperación por medio del análisis de las motivaciones y representaciones simbólicas de los microgrupos elegidos. Con ello se logra una aproximación a las prácticas sociales, a los conflictos inevitables y a las ideologías justificativas de la sociedad respecto de los procesos de integración. Como señala uno de los principales teóricos de dicho enfoque, los discursos sociales permiten siempre una interpretación sociológica flexible que, apoyándose en parte en el análisis semiológico, «se reduce a relacionar la orientación ideológica de los discursos con la génesis y reproducción de las procesos sociales. O lo que es lo mismo, el contexto de su interpretación está representado por una visión global de la situación y del proceso histórico en que emergen los discursos ideológicos analizados» (A. Ortí, 1986).

3. Mediante la entrevista en profundidad semidirectiva se han analizado las motivaciones y condicionamientos ideológicos de representantes típicos de instituciones y profesiones del orden social, en relación con los problemas de la reinserción social que afronta el importante número de drogodependientes delincuentes o que tienen problemas pendientes con la justicia: recuperación truncada por el cumplimiento de una condena, la espada de Damocles de juicios pendientes que, en ciertas circunstancias, pueden transformar una integración avanzada o posible en un retorno dramático al consumo de drogas y las formas de vida que conlleva, etcétera.

---

La combinación de los diversos enfoques y técnicas, flexiblemente articuladas, nos permiten aproximarnos al conocimiento de experiencias colectivas o grupales de reinserción, mediatizadas por las intervenciones terapéuticas y recuperadoras, y condicionadas socialmente por las prácticas e ideologías de nuestra sociedad y de algunas de sus instituciones más relevantes.

## CUADRO 1

**PROCESO METODOLÓGICO DE PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN, TIPOLOGÍAS E IMÁGENES SOCIALES EN RELACIÓN CON LA DINÁMICA SOCIAL DE LA RECUPERACIÓN/INTEGRACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDIENTES**

| Proceso<br>Enfoques<br>metodológicos | Realidad social   | Objetos concretos<br>de análisis   | Técnicas   | Tipos de<br>análisis  | Resultados finales<br>aproximativos  |
|--------------------------------------|---|--|--|---|--|
| Enfoque<br>estructural               | Programas/actividades de<br>reinserción social                                    | 30 programas/actividades de institucio-<br>nes públicas y privadas                           | Cuestionarios<br>Visitas a los centros<br>Entrevistas con res-<br>ponsables<br>Análisis documental | Valoración del caso<br>Creación de tipologías                   | Tipologías de recupera-<br>ción/integración y valora-<br>ción de resultados                |
| Enfoque<br>dialéctico                | Procesos de recuperación/in-<br>tegración individual                              | 151 historias de recuperación individual<br>e integración social                             | Cuestionario de base<br>semiabierto<br>Creación de tipolo-<br>gías                                 | Valoración indicativa   | Tipología estructural (gru-<br>pos) inicial  |
|                                      | Procesos sociales de recupera-<br>ción/integración individual                     | 20 historias de vida representativas de<br>grupos sociales en recuperación                   | Entrevista en profun-<br>didad semidirectiva   | Comprensión significativa<br>e interpretación motiva-<br>cional | Tipología dialéctica (dis-<br>cursos grupo de referen-<br>cia) final                       |
|                                      | Imágenes sociales de la recupera-<br>ción/integración                             | 4 reuniones de grupo: Empresarios,<br>asociaciones de ciudadanos, terapeutas<br>y profesores | Grupo de discusión   | Comprensión significativa<br>e interpretación motiva-<br>cional | Ideologías sociales sobre<br>procesos concretos de re-<br>cuperación/integración           |
|                                      | Imágenes de instituciones del<br>orden social sobre recupera-<br>ción/integración | 11 entrevistas en profundidad: Jueces<br>(3), fiscales (3), abogados (3), polli-<br>cías (2) | Entrevista en profun-<br>didad semidirectiva   | Comprensión significativa<br>e interpretación motiva-<br>cional | Ideologías institucionales<br>sobre procesos concretos<br>de recuperación/integra-<br>ción |

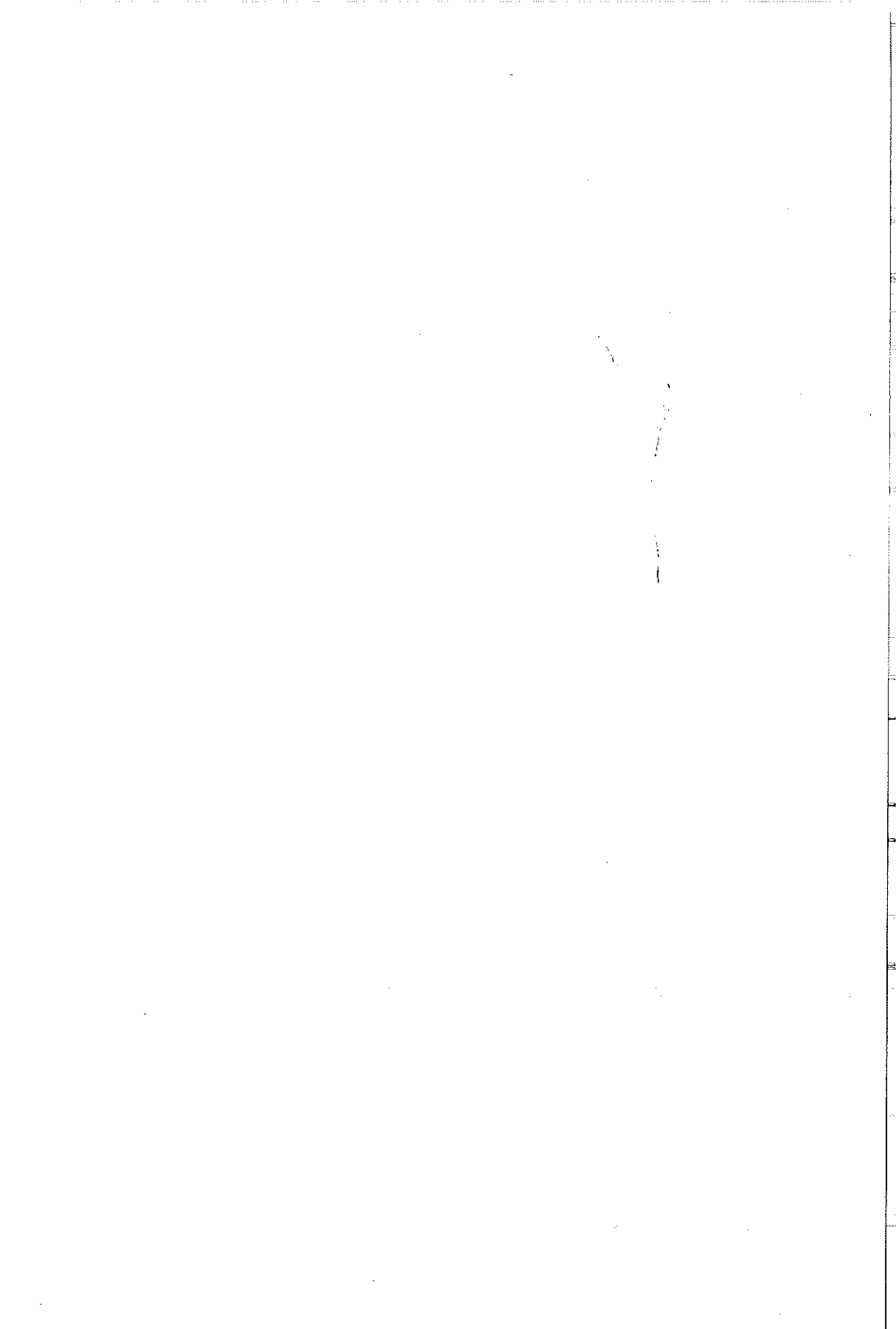
Diseño: Gregorio Rodríguez Cabrero.



## Capítulo 3

# **Enfoques teóricos: De la institución total a la integración comunitaria**

---



### 3.1. Sobre enfoques teóricos de la integración social

---

Hacer cumplida justicia de la gran variedad teórica existente sobre la integración social en general, y particularmente de la de drogodependientes, es una labor cuya exhaustividad excede las pretensiones de estas líneas.

De ahí el recurso a cierto esquematismo teórico con el que pretendemos abordar las concepciones existentes sobre la integración social de drogodependientes y cuyo objetivo final consiste en:

a) Dar cuenta de los presupuestos teóricos y consecuencias sociológicas de los diferentes enfoques sobre la integración, considerando que «no existe una teoría que permita decir cómo las cosas son y por qué son así» (M. Beltrán, 1986) y que la complejidad y pluralidad social del problema de la integración generan inevitablemente opciones teóricas con muy diferentes fundamentos en la realidad.

b) El análisis de las diferentes teorías es al mismo tiempo un pretexto para construir o definir un conjunto de presupuestos teóricos desde los que poder interpretar la realidad de la integración del colectivo de drogodependientes, el enfoque de la integración social estructural.

Evidentemente, la aproximación a las distintas concepciones teóricas tiene como referente directo la evolución de las prácticas e imágenes sociales sobre la reinserción en nuestro país. Desde este punto de vista es preciso recordar algunos hechos sociológicos relevantes a la hora de profundizar en el conocimiento de la integración social.

#### Mayor conocimiento del mundo de las drogas

Se han dado pasos cruciales en la profundización del conocimiento sociológico del mundo de las drogas, sus consecuencias sociales e implicaciones de política social (uso y abuso del consumo de drogas, diversos estudios sobre CTD, análisis sobre juventud y droga, drogadicción y mundo laboral, delincuencia y drogadicción, etc., cuyas referencias bibliográficas se indican en este estudio), a pesar de lo cual, como señala un reciente estudio de EDIS sobre drogodependencia y mundo del trabajo,

«todo parece confirmar que el mundo de la droga es un mundo oscuro, críptico y confuso, del que no se tiene información cualificada» (UGT/EDIS, 1987).

## Tendencia a la normalización

Por otra parte, los esfuerzos de *normalización* del problema social de las drogodependencias, con ser importantes, son aún insuficientes y tan ambivalentes que con dificultad modifican y alteran las opiniones dominantes que, bajo alardes sensacionalistas, tienden a hacer de verdades parciales verdades absolutas, cuando no se altera directamente la realidad como sucede con la identificación entre drogadicción y delincuencia.

Igualmente, la problemática de la normalización se ve sometida al doble condicionamiento del carácter contradictorio del proceso de reinserción, en cuanto recuperación individual socialmente condicionada, y al escepticismo social y comportamientos segregantes respecto de la propia dinámica de reinserción que, aunque generados socialmente, suelen ser atribuibles a los estigmatizados sujetos en diferentes procesos de reinserción.

## Dificultades para la integración

Finalmente, los programas y políticas sociales que intervienen en la integración de drogodependientes se ven actualmente constreñidos por distintos factores, tales como:

a) La importancia de la rehabilitación en la demanda social de asistencia, cuyo grado de éxito aparente es preferible, a pesar de su carácter necesario, a los esfuerzos sostenidos en el terreno «difuso» de la integración social.

b) También las limitaciones institucionales en recursos y problemas de coordinación para rentabilizar las políticas públicas de integración.

c) Así mismo, la severa restricción que impone la crisis a la generación de empleo y oportunidades de vida a importantes colectivos juveniles, entre los que se encuentra el grueso de los drogodependientes, limitando, cuando no bloqueando, la efectividad de los programas de intervención.

Estos rasgos definitorios generales se vertebran, además, en un cambio histórico en lo referente a los valores culturales hasta ahora dominantes, a los modos de socialización juvenil y a las oportunidades de autonomía personal e integración que nuestra sociedad ha ido redefiniendo, en unos casos como cierre social, en otros como integración frustrada y en los menos como integración consumista y hedonista.

---

Teniendo en cuenta estas precisiones generales, pasamos a analizar lo que entendemos como concepciones dominantes de tipo conceptual sobre la integración social, que, por una parte, describimos como marcos teóricos genéricos y, por otra, como concepciones que se corresponden siempre con conglomerados de experiencias sociales más o menos articuladas.

### 3.2. De la institución total a la integración comunitaria

---

El Cuadro 2 sintetiza el conjunto de enfoques que existen en el terreno de la integración social. El «segregacionismo totalizante» de los modelos más cerrados de CTD y la concepción del «hipercriticismo absoluto» (la droga como manipulación del poder), constituyen los dos extremos conceptuales sobre la integración social del drogodependiente. En el primer caso estamos ante posiciones de funcionalismo absoluto, que se corresponden con las prácticas de diferentes CTD y concepciones curativas basadas en el aislamiento total del medio sociedad. En el segundo, se trata de una concepción estructuralista total, apoyada en una visión conspirativa del mundo de la droga y que socialmente se expresa en prácticas residuales de aislacionismo desesperado y, en su reverso, de cierta demanda social residual de intervenciones represivas netas.

Entre ambas concepciones se sitúan el discurso teórico de la «inserción normativizada y pluralista» y el de la «integración social estructural». El primer enfoque implica una visión del problema de la drogodependencia que pretende la adaptación social, por diferentes vías terapéuticas y de intervención social, al modelo cultural dominante, que se identifica con la práctica de importantes colectivos profesionales de los sectores público y privado, y que tiene su origen en la reinstitucionalización de las CTD y en diferentes experiencias privadas de rehabilitación. Su pluralismo interventor, combinando lo abierto y lo cerrado, la rehabilitación y la reinserción, se inscribe en una concepción modernizadora y adaptativa a los requerimientos que la crisis y los cambios de valores imponen a la sociedad y que, en la práctica, parece centrar sus esfuerzos más en la rehabilitación recurrente que en los menos tangibles de la integración. Por su parte, la «integración social estructural» es una aproximación crítica al problema de las drogodependencias, que tiene su origen en las experiencias y elaboraciones teóricas producidas en diferentes programas municipales y autonómicos, y cuyo objetivo práctico es la integración social de los individuos en sus diferentes referentes culturales y comunitarios, teniendo en cuenta la importancia de los condicionantes estructurales de la integración, cuya modificación parcial y progresiva forma parte del modelo de intervención, en el que la sociedad tiene un papel central.

Estas cuatro concepciones básicas conviven entre sí y tienen distintos grados de influencia en función de los cambios sociológicos que de forma permanente tienen lugar en el mundo de la droga.

### Concepciones exógenas

Así resulta patente cómo la importancia de la demanda social de CTD, a pesar de las fuertes críticas que dicho modelo genera, se apoya en una concepción socialmente amplia, según la cual la drogadicción es una enfermedad exógena, siendo los miembros afectados enfermos que hay que curar aislándolos para que no contagien y eventualmente reprimir como ejemplo de disciplina social. Una parecida concepción exógena sobre la droga es la del hipercriticismo absoluto, según la cual la droga es un invento del poder que nada tiene que ver con la sociedad que la sufre, de forma que ésta se puede liberar del problema haciendo frente a la conspiración de las instituciones que corrompen a la sociedad, en connivencia, en muchos casos, se dice, con los grandes mercaderes de la droga.

### Concepciones endógenas

A estas concepciones puramente exógenas se enfrentan dos visiones endógenas del problema. Ahora bien, mientras la visión modernizadora, la denominada inserción normativizada y pluralista, sostiene una posición ambigua, a caballo entre la cura rehabilitadora y la desconfianza en la integración social, la posición de la integración social estructural trata de debilitar y quebrar las tendencias de dureza y control social total existentes en nuestra sociedad, para ofrecer salidas de recuperación en el seno de la propia sociedad, en cuyo espacio se ha generado la cultura y la práctica de la drogodependencia.

Las concepciones endógenas están en liza actualmente, tanto en el terreno de la teoría como en el de la práctica interventora, y es de suponer que ninguna de ellas llegue a predominar de forma absoluta, y sí, por el contrario, cristalicen en diferentes espacios de influencia social y terapéutica, cuya modificación dependerá de la evolución e influencia de las imágenes de dureza, flexibilidad e integración existentes en nuestra sociedad. Dicho de otra forma, ello dependerá de la fuerza e influencia de las visiones más disciplinarias frente a las integradoras.

### El debate teórico actual

En la actualidad, el debate teórico en el terreno de las drogodependencias se libra entre las posiciones de tipo modernizador y las de tipo estructural, o, si se prefiere, entre las teorías que enfatizan la *gestión del problema* y aquellas que tratan de desarrollar *plurales opciones comuni-*

*tarias* frente a un problema social global. La importancia del debate se pone de manifiesto en el apretado recorrido teórico que hacemos en los tres epígrafes siguientes.

Sin embargo, la relevancia práctica de dicho debate no puede hacer nos olvidar que existen explicaciones *exógenas* que han tenido una importancia histórica que llega hasta hoy (el institucionalismo total en sus diferentes versiones), o que siendo marcadamente residuales y marginales aparecen de forma intermitente ligadas a prácticas sociales e instituciones desesperadas y restrictivas. Evidentemente, la relevancia práctica de las posiciones del institucionalismo total se contraponen claramente a la fabulación teórica del hipercriticismo absoluto, por lo cual enfatizaremos de forma particular en las primeras, que, además, enlazan con la historia reciente de las drogodependencias.

Estamos en una fase teórica y práctica de clara superación del modelo de CTD como recurso central y único de los procesos de rehabilitación, al menos en el *terreno profesional*, pues la *demandas social* respecto de ese modelo es hoy por hoy relativamente sólida.

Como se esquematiza en el Cuadro 2, los diferentes modelos concretos de CTD se inscriben en una corriente histórica, descrita por Comas Arnau (Comas, 1988), en la que la CTD surge como proyecto idílico y comunitario frente a las viejas instituciones psiquiátricas, para posteriormente transformarse en instrumentos de recuperación en los que el aislamiento y el castigo del individuo forman parte del proceso de reconocimiento social y de la cura individual. Las CTD, como cualesquiera instrumentos de aislamiento, en cuanto eje fundamental del proceso de recuperación, se inscriben en primer lugar en las concepciones del *funcionalismo* total para las que cualquier problema social es una desviación del individuo respecto de las normas sociales. La desviación o enfermedad sólo puede superarse mediante el ajuste normativo, que necesariamente tiene que ser lineal y básicamente no recurrente. En segundo lugar, dado el carácter específico de la drogodependencia, el aislamiento y la *subordinación* a normas estrictas de recuperación son la única vía, o la óptima, para el logro del ajuste normativo; o, dicho de otra manera, el internamiento bajo un control sistemático del individuo es el camino de la «salvación». Finalmente, la *segregación* temporal del drogodependiente de la sociedad y de su espacio social, permite al sistema social aislar a los individuos enfermos y poner los fundamentos de una integración definida en una institución total.

Evidentemente, el modelo cerrado y total de CTD es hoy minoritario y sectario, apreciándose en la realidad concreta como:

a) Se reconoce de forma generalizada que el proyecto contracultural de CTD ha fracasado en la medida que su *práctica de intervención en aislamiento* ha devenido en nuevas formas de control del individuo y de segregación social.



## CUADRO 2

## TEORIAS BASICAS DE RECUPERACION E INTEGRACION SOCIAL

| Variables definitivas             | Definición conceptual | Segregacionismo totalizante | Inserción normativizada y pluralista                          | Integración social estructural                                 | Negativismo: La droga como manipulación del poder. El hiperperiticismo absoluto |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---|--|---|
| 1. Teoría social subyacente       |                       | Funcionalismo total         | Modernización   | Conflictivismo   | Estructuralismo total   |
| 2. Concepción de drogodependencia |                       | Enfermedad individual       | Consumos de drogas en relación con modos de uso y circulación | Consumos de drogas socialmente vertebrados                     | Producto del poder  |
| 3. Proceso de recuperación        |                       | Lineal/no recurrente        | Dinámico y de recurrencia negativa: circuitos viciosos        | Dinámico y de recurrencia positiva: espirales integradoras     | Cerrado/sin alternativa   |
| 4. Instrumentos centrales         |                       | CTD cerrada y globalizadora | Plurales y abiertos   | Plurales, articulados, reforzados socialmente                  | Instrumentos represivos   |
| 5. Objetivos finales recuperación |                       | Abstinencia absoluta        | Recuperación progresiva en medio normalizado                  | Recuperación progresiva con opciones plurales                  | Sujección ideológica al orden establecido                                       |
| 6. Marco social estructurante     |                       | La CTD                      | Contexto socio-cultural históricamente normativizado          | Contexto socio-cultural y económico históricamente determinado | El poder del estado   |
| 7. El lugar del individuo         |                       | Pasividad/subordinación     | Central: adaptación singular                                  | Central: adaptación plural                                     | Subordinación/opresión  |
| 8. Modelo de intervención pública |                       | Residual                    | Institucional: pluralidad y racionalidad                      | Estructural: flexibilidad, pluriformidad, totalidad            | Represivo   |
| 9. La sociedad: su papel          |                       | Lugar abstracto de llegada  | Sociogénesis cultural/solución del problema. Normalización    | Sociogénesis global. Solución del problema. Integración        | Lugar abstracto de salida   |

Diseño: Gregorio Rodríguez Cabrero.

b) Se tiende a asumir que la CTD no tiene alternativa ni efectividad si no está integrada, como instrumento de apoyo, en una red o sistema plural de intervención social.

De este modo, la centralidad histórica de la CTD, con sus claroscuros, se ha ido diluyendo progresivamente en instrumento de un engranaje complejo de recuperación, al servicio de programas de intervención en los que el referente de la integración social del drogodependiente en el propio medio se ha abierto paso, no sin dificultades ideológicas.

Por su parte, la concepción de la droga como manipulación del poder es residual y su relevancia histórica y actual de tono menor. Esta corriente se inscribe en una *visión conspirativa* de la historia, según la cual, y bajo el pretexto de la existencia real de maquinarias de poder y conglomerados de instituciones opacas, se explican los mundos de la droga como creación del poder y como pretexto de represión y, sobre todo, de control de la sociedad.

Siendo un discurso minoritario, sin presencia alguna entre profesionales de las drogodependencias, tiende a aparecer como explicación ultramoralizante en sectores sociales y políticos relativamente automarginados, o como discurso intelectual absolutizador del papel del Estado. Las drogodependencias son un producto del poder, o maquinación de los aparatos públicos y privados de poder, con los que provocar tensiones y crear grupos disociales que justifiquen políticas de control y coerción (subordinación del individuo) y el desarrollo de instrumentos represivos.

Estas posiciones tienen, como se señala en el Cuadro 2, una teoría subyacente —la del *estructuralismo total*— que constituye el referente doctrinal en el que se asienta este tipo de explicación de la génesis de las drogodependencias y que se manifiesta a un doble nivel: como explicación mecanicista y unilateral del problema (absolutismo) y como imposibilidad práctica de modificar la realidad (fatalismo). Los agudos análisis que sobre el poder realizan autores como Foucault y Cooper, aplicados a los mundos de las drogodependencias, reducen a un solo eje lo que es un complejo problema sociocultural y no dejan salidas, ni siquiera parciales, a la definición de políticas y alternativas plausibles, tentativas y provisionales de resolución de un problema complejo que es eminentemente social. Precisamente su absolutismo y fatalismo han hecho que esta corriente no tenga ninguna incidencia real, ni en la explicación del problema de las drogodependencias, ni en el diseño de modelos de recuperación e integración de individuos drogodependientes.

### 3.3. La inserción normativizada y pluralista: Modernización, normalización y reintegración

---

Previamente al desarrollo de esta corriente y a la de la integración social estructural, es preciso hacer unas breves puntualizaciones sobre los enfoques anteriores, tanto sobre las ideologías de la institución total, como sobre el hipercriticismo absoluto.

Parece obvio que los cambios operados en la propia evolución de la CTD, en parte debidos al propio Estado de Bienestar, han permitido una reinstitucionalización parcial de aquélla, transformándose en muchos casos de institución total en técnica de apoyo de procesos de recuperación integrados y amplios. En esta dirección la CTD, siendo la pieza clave de la demanda social de asistencia, está sufriendo procesos de adaptación importantes en un triple sentido:

- a) Frente al hecho histórico de ser un *fin* en sí misma, hoy tiende a ser un *instrumento* de un proceso terapéutico amplio.
- b) Frente a la concepción de *aislamiento*, se dan tendencias y prácticas de *conexión* con otros recursos y diferentes niveles de integración e intervención social.
- c) El carácter de *totalidad* se ve contrarrestado por el de *particularidad*, o pieza a utilizar en ciertos casos en que es necesario un aislamiento temporal para lograr la recuperación del individuo.

Lejos ya del idílico modelo de CTD de tipo rural/comunitario, en la práctica un modelo segregante, aquélla se concibe hoy y tiene sentido como un medio, entre otros, de procesos recuperadores amplios, cuando la experiencia ha demostrado que las vías de integración son múltiples, de varias direcciones.

A su vez, el hipercriticismo absoluto tiene un cierto fundamento en la realidad social en el sentido de que esta posición convierte en categoría explicativa última el conjunto de experiencias sociales estereotipadas sobre la drogadicción. Drogadicción que ha generado diferentes estereotipos asociados a la inseguridad ciudadana, identificando droga con delincuencia y drogodependiente con delincuente, convirtiendo la parte en el todo explicativo. La elaboración de imágenes sociales sobre los procesos sociales de la droga influyen el diseño y elaboración de las políticas penales. En este sentido, el hipercriticismo absoluto es un recordatorio

de la existencia de tendencias profundas y sólidas en nuestra sociedad, y en las sociedades occidentales en general, en favor de políticas de endurecimiento criminal en el tema de drogas, de control y disciplina social sobre los drogodependientes, cerrando el camino a políticas flexibles de recuperación e integración.

Estos dos supuestos aclaratorios son el punto de partida de las dos corrientes doctrinales que vamos a considerar, y en ese sentido suponen la contracara de políticas de disciplina y control como único recurso frente al problema de las drogodependencias.

Las ideas y presupuestos teóricos que subyacen bajo la denominación de inserción normativizada y pluralista no están estructuradas en una teoría claramente elaborada; más bien se trata de un conjunto de supuestos conceptuales y prácticas adaptativas al fenómeno de la drogadicción en términos macrosociales, apoyándose en diferentes y flexibles fórmulas cuyo objetivo es lograr la normalización social de los drogodependientes a partir de las propias experiencias culturales de los grupos afectados.

*Los fundamentos históricos y sociales* de esta corriente se encuentran larvados en un conjunto de experiencias recientes que tienen que ver tanto con el mundo de la droga como con el propio cambio y evolución de las sociedades avanzadas o corporativas:

1. Se parte del reconocimiento de *los límites que tiene la CTD* como institución privilegiada hasta ahora de recuperación e integración social. Es decir, esta corriente supone que la CTD es una institución asilar y que en sí misma plantea un único modo de integración social (un solo instrumento) y un solo referente normativo (el laboratorio socializador de la CTD), de carácter abstracto y con fuertes tendencias segregadoras. La CTD vendría a ser un orden de integración tan funcional y cerrado que se vuelve contra la propia sociedad, en cuanto bloquea la integración social y no rompe los círculos de recurrencia y retorno a la drogodependencia. En este sentido, esta corriente apuesta por la *pluralidad de técnicas o recursos* a utilizar a la hora de encarar los procesos de reinserción social.

2. Los efectos sociales de la drogodependencia se contemplan desde la ruptura con *un orden normativo que es preciso reconstruir* de algún modo, ya sea teniendo como referencia un modelo general único de sociedad, ya sea reconstruyendo el modelo general de sociedad a través de las cadenas de interacción individual y grupal de tipo cultural en las que se expresan.

3. Se considera que la drogadicción es un *efecto y coste a asumir del proceso de modernización en curso*, tecnológico y de formas de vida, entendido éste en varios sentidos:

- a) Cambio en las pautas culturales, de trabajo, reproducción y ocio, respecto de las décadas precedentes, cuya materialización es la *sociedad de consumo segmentada* y la diversidad cultural y de acceso a los recursos.

b) Crisis de la conciencia obrera y de las opciones contraculturales, y su sustitución por culturas de adaptación más individualistas y competitivas frente a los cambios tecnológicos y la nueva configuración de grupos y estratos sociales.

Es en relación con estos hechos sociológicos como hay que explicar el desarrollo de esta corriente, que se sitúa en el marco de las teorías e ideologías de la modernización social basadas en procesos de cambio graduales y ordenados, que tienen como guía filosófica la racionalidad y como orientación fáctica los modelos tecnoculturales dominantes.

Ahora bien, la adscripción de esta concepción teórica a la *amplia corriente de la modernización social* y económica no puede ocultarnos los posibles matices o diferencias internas entre sí. Básicamente cabría diferenciar dos opciones conceptuales.

### Modernización normativizada

La primera, de difícil identificación por su falta de referentes teóricos directos —indirectamente se inscribiría dentro de la tradición de los colectivistas reluctantes (V. George y P. Wilding, 1976)—, podría ser denominada como modelo de *modernización normativizada*, pudiendo caracterizarse, en primer lugar, por su vacío teórico en la medida en que Perurena lo aplica a la ideología de ciertas CTD (Perurena, 1986); es decir, la teoría se reduce a la experiencia y reflexiones que produce la aplicación experimental de diferentes técnicas terapéuticas de modo no rigurosamente definido, basado en el eclecticismo y en un tipo de orientación conductista o semiconductista. Por otra parte, en esta concepción late una tendencia medicalista, en el sentido de que el drogodependiente es un enfermo a recuperar institucionalmente, y que al no tomar en la adecuada consideración los condicionamientos sociales tiende a caer en la desesperanza e incredulidad cuando se enfrenta a las idas y venidas de la recuperación. En tercer lugar, para esta concepción, siguiendo una opinión al respecto, el problema de la droga y la problemática de la reinserción social supone estudiar el «deterioro social» producido desde la normalidad por excelencia que es la sociedad: «hablamos de deterioro cuando partiendo de una situación ajustada, normal y rentable (ya sea familiar, escolar, personal o ambiental), a consecuencia o no del consumo de drogas, se llega a una inestabilidad o a una pérdida de valores y principios normalmente aceptados» (E. Villalonga y M. Sánchez, 1984). Toda recuperación supone, por tanto, el retorno a la normalidad social general —«conductas normalmente aceptadas»— a través de un conjunto de técnicas que tienen que ser graduales: «La rehabilitación y reinserción social del toxicómano deben ser los objetivos últimos del tratamiento», de forma que la reinserción es una etapa «después de», en vez de proceso «desde» el inicio del tratamiento. A ello habría que añadir la necesidad de una intervención institucional más activa, variada técnicamente y su-

ficiente en recursos para hacer posible el logro de la normalidad funcional y reducir el deterioro en cuando no funcional socialmente.

En suma, el enfoque de la modernización normativizada es una visión macrosociológica que propugna la *integración social del individuo en la normalidad del orden social (normativización), excluyendo la pluralidad de referentes culturales existentes y planteando la necesidad de una intervención suficiente en cuanto a recursos y plural en cuanto a técnicas terapéuticas (modernización), que ideológicamente sostiene de manera implícita un fuerte escepticismo en cuanto a la recuperación del drogodependiente (unidimensionalidad integradora).*

### Modernización del interaccionismo simbólico

El segundo enfoque tiene una mayor relevancia teórica y práctica, tanto por el hecho de tener referentes doctrinales, como por el impacto que los programas de esta orientación tienen en las actividades terapéuticas de la drogodependencia. Esta corriente, que se puede denominar como de *modernización del interaccionismo simbólico*, se apoya en dos supuestos teóricos.

En efecto, de una parte, este enfoque encuentra su fundamento doctrinal en el interaccionismo simbólico, según el cual la gente construye y elabora sus mundos sociales y actúa socialmente, en términos de los significados simbólicos que le atribuyen. Se rechazan las explicaciones que aportan las diferentes teorías psicológicas (la responsabilidad de la adicción es individual, los supuestos de la personalidad adicta, etc.), pero igualmente se rechazan las diferentes explicaciones sociológicas, en la medida en que «proponen que las condiciones de desesperación, frustración y falta de esperanza, y el sentimiento general de alienación que sufren segmentos desaventajados de nuestra sociedad son los primeros responsables de la adicción y recaen entre los adictos que intentan la abstinencia» (P. Biernacki, 1986). Por último, se rechazan las explicaciones de las diferentes teorías sociopsicológicas, según las cuales la droga es un aprendizaje con raíces endógenas en el sujeto, reforzadas exógenamente con el propio curso del consumo y donde la curación no se considera finalizada en la medida en que las actitudes positivas hacia el consumo son de difícil modificación. Todas estas teorías serían para esta corriente absolutas y pesimistas, puesto que se afirma que «sin reformas sociales importantes o una intervención terapéutica dramática, la adicción a la droga es una aflicción inalterable» (P. Biernacki, *op. cit.*).

Este enfoque encuentra una descripción detallada en nuestro país en Laraña, para quien frente al modelo explicativo funcionalista de las drogodependencias (la drogodependencia como conducta desviada que se aparta de las normas y valores sociales a las que se indentifica y reprime) propone el modelo del interaccionismo simbólico, tratando de recuperar la pluralidad de referentes culturales y una explicación del fenómeno como interacción entre individuo y sociedad.

Siguiendo el razonamiento del último autor, tenemos que «el comportamiento desviado no es consecuencia previa de la existencia de unos motivos para desviarse [...] sino que el propio comportamiento desviado genera los motivos para apartarse de las normas sociales. Vagos impulsos y deseos —curiosidad, búsqueda de nuevas sensaciones— son transformados en pautas definidas de comportamiento a través de un proceso de interpretación que tiene una dimensión básicamente cultural. Los motivos no derivan tanto de una experiencia física bastante ambigua como del significado que el individuo le atribuye a la droga y que se va aumentando al aumentar su experiencia de uso» (E. Laraña, 1986).

De este modo, *la adicción es un proceso de aprendizaje cultural*, un conjunto de significados elaborados a partir de una experiencia cultural en la que se refuerzan los motivos de la drogodependencia y se etiquetan las conductas de forma interaccionada.

Por otra parte, este enfoque tiene su fundamento en lo que podríamos denominar *liberalismo terapéutico*. La opción liberal se apoya en el hecho, a menudo comprobado, del maltrato al individuo y su integridad moral por parte de las instituciones terapéuticas totales, como es el caso de diferentes programas de CTD. Se parte, en una primera instancia, de la defensa del individuo y sus derechos, reflexionando en la experiencia histórica de que diferentes CTD exigen confianza ciega por parte de los sujetos asistidos en el seno de una rígida estructura jerárquica en la que no habría más libertad que la sumisión. De hecho, se habla de un «universo casi concentracionario [...] creando un islote, se construye un cordón sanitario que tiende a proteger a los residentes contra la influencia de los iniciados, considerados en esta concepción maniqueísta del mundo como fuente potencial de contaminación. Separado del contexto que ha entrañado sus problemas, el individuo se ve completamente acogido por la comunidad. En este mundo cerrado, las estrategias terapéuticas aparecen para los críticos como violentas, humillantes, coercitivas, atentando por tanto a la integridad personal del residente. En un plano moral, el respeto a los derechos de las personas se cuestiona, en el sentido que queda definido por cualquier carta de derechos fundamentales. En un plano jurídico, la capacidad de un toxicómano de hacer una clara elección es objeto de vivos interrogantes y plantea la cuestión legal del consentimiento» (L. Nadeau, 1985), y ello apoyándose en el hecho de que muchos individuos desean su recuperación sobre bases hiperconformistas, hasta el punto de que «algunos parecen dispuestos a adherirse con desconcertante facilidad a una ideología totalitaria, no importa si ésta es teocrática, psicoterapéutica o política» (L. Nadeau, *op. cit.*). Ello ayudaría a comprender el éxito de muchas instituciones en las que la crítica externa respecto de la represión de los derechos del individuo es contemplada con perplejidad frente al hecho sociológico de la obediencia pasiva y reductora que generan dichos programas en determinados individuos cuya experiencia antisocial o asocial parece justificar el direccionismo absoluto.

La alternativa que se plantea desde la modernización del interaccionismo simbólico es el *pluralismo terapéutico* (O. Olivenstein, 1983), *sobre la base del respeto a los derechos del individuo asistido*. Como además el origen de las toxicomanías es diverso y contradictorio, sólo cabe plantear distintas intervenciones o «cadenas terapéuticas» (L. Cancrini, 1987), utilizadas con flexibilidad, o, como señala otro autor del enfoque relacional, «la presentación de una oferta que no es nada rígida o inamovible, sino que tiene una coherencia y que sobre todo es planteada al toxicómano como una invitación exigente y libre, es fundamental como inicio del planteamiento de una respuesta terapéutica» (J. A. Abeijón, 1987).

Obviamente, los dos últimos autores mencionados sólo parcialmente se inscriben en la corriente del interaccionismo simbólico, por cuanto que para aquéllos la interacción tiene un carácter más sistémico. Sin embargo, su opción relacional de tipo sistémico tiene un alto componente microsociológico que la aproxima en parte a aquélla, y que, basada sin duda en una amplia experiencia terapéutica, le permite apostar —ante la real heterogeneidad de significados del problema de la drogodependencia— por la heterogeneidad clínica y de tratamiento (R. Hoyuelos, 1987).

Estos enfoques señalados contrastan con las prácticas más estereotipadas de la modernización normativizada y suponen en parte un tránsito hacia lo que aquí denominamos como integración estructural. En primer lugar, porque el interaccionismo simbólico permite el análisis de referentes y tipos culturales microsociológicos que contribuyen a romper los estereotipos y falsas identificaciones entre individuos y consumo de drogas, del tipo drogadictos/delincuentes, y, por tanto, permiten correlacionar tipologías de consumidores con prácticas culturales. En segundo lugar, la diversidad cultural de la drogodependencia plantea la necesidad de la pluralidad terapéutica y del diseño de diferentes vías de recuperación en base a diferentes niveles de intervención, al mismo tiempo que se asegura la libertad y voluntariedad del que accede a un programa de tratamiento y la posibilidad de que se articulen los diferentes medios para conseguir una eficacia real del tratamiento.

Sin embargo, este último enfoque plantea algunos problemas que se podrían resumir esquemáticamente del modo siguiente: acertada aproximación microsociológica con escasos fundamentos macrosociológicos o estructurales.

En efecto, el enfoque del interaccionismo simbólico concibe la sociedad como la acción de individuos en interacción interpretativa de sus respectivos comportamientos, y cuando los grupos aparecen y actúan no lo hacen como conjuntos estructurados por prácticas sociales dentro de procesos contradictorios, sino que los grupos son momentos de interacción que contactan entre sí sin formar una entidad única y cambiante. Así los grupos son la mera resultante de contactos representativos que generan experiencias, pero no crean sociedad. De ahí que se haya señalado acertadamente, refiriéndose a esta corriente, que no son sensibles «a los aspectos estructurales, objetivos, de la realidad social» (M. Beltrán, 1979).



Pero, además, la crítica se hace más evidente cuando contrastamos que la aparente subinstitucionalización de la interacción microsocial se corresponde en el plano macrosocial con el hecho de que, como señala Jessop siguiendo a Blau (Blau, 1964), la «atracción mutua tiene su equivalente funcional en la participación de los valores básicos a través de la cual se crean lazos integradores de solidaridad. De igual modo, las relaciones de intercambio encuentran su equivalente en las instituciones económicas de la sociedad, y la organización política corresponde a las relaciones de poder [...]. La teoría del intercambio reconoce así la importancia de los valores en el nivel macrosocial y efectivamente parece confiar en ellos como en un *deus ex-maquina* para mantener el orden social en el nivel de la organización» (B. Jessop, 1982).

Esto supone que las estructuras de interacción social se apoyan en valores socialmente reconocidos que, para su reproducción, precisan de estructuras y funciones que garantizan la socialización de dichos valores, así como de grupos dominantes de la comunidad que deben estar fuertemente identificados con estos valores y defenderlos, constituyéndose dichos valores en limitaciones externas a las acciones individuales, incluso en la práctica normal del disenso y antiinstitucionalización.

Finalmente, el pluralismo terapéutico que sostiene esta corriente es una aportación importante que enlaza al nivel de concepción general con:

a) Las teorías del pluralismo del bienestar (R. Hadley y S. Hatch, 1981), que defendiendo un papel relevante del Estado en la lucha contra la desigualdad favorecen al mismo tiempo diferentes formas de intervención social y comunitaria en la resolución de los problemas sociales.

b) También enlaza con las teorías del corporatismo del bienestar (R. Mishra, 1984), con sus propuestas de pacto social en el que la modernización económica ocupa el lugar relevante desde el cual es posible asumir los costes sociales de dicha modernización, entre ellos la drogadicción, de forma parcial y consensuada, bajo el predominio interventor del Estado, con cierta participación social y un tipo de intervención profesionalizado al máximo.

Sin embargo, el pluralismo terapéutico, que es asumido por la concepción de la integración estructural, no toma en adecuada consideración el lugar estructural de la sociedad como génesis de los problemas y los conflictos sociales, así como condicionante de su posible resolución. Esta falta de perspectiva ha encontrado parcialmente respuesta en la alternativa crítica de la integración social estructural.

### 3.4. La integración social: Sociogénesis y reinserción comunitaria en el enfoque psicosocial

---

La denominada aquí como integración social estructural recoge y sintetiza todo un conjunto variado de prácticas de intervención social en grandes núcleos urbanos fundamentalmente, y se desarrolla teóricamente desde un *enfoque psicosocial con una orientación estructural* en cuanto a la explicación de los condicionantes de la integración. Tales aspectos se desarrollan a continuación, considerando tanto los elementos teóricos como los sustratos prácticos en que se apoya, a partir de los cuales vamos a sintetizar los elementos constitutivos de dicho enfoque.

#### Origen y fundamento

La integración social en los programas urbanos de drogodependencias constituye la base fundamental de desarrollo de la visión de la integración social estructural. Ello no supone en modo alguno afirmar la exclusividad del mismo en este tipo de experiencias, pero sin duda aquéllas son el núcleo básico experimental de esta corriente en el terreno de la integración social.

En diferentes congresos, jornadas y trabajos se ha ido elaborando un conjunto de presupuestos teóricos que en la actualidad empiezan a tener coherencia interna y una dimensión práctica nada desdeñable.

La primera reflexión colectiva sobre las drogodependencias en el ámbito municipal tiene lugar en julio de 1985 (FEMP, 1985), donde se contrastan diferentes experiencias municipales de reinserción social, unas de tipo semiabierto o centro urbano de día, del que es un ejemplo el Programa CURT de Valencia, entre otros, un recurso a mitad de camino entre el centro ambulatorio y la CTD, y otros de tipo abierto, ya como programas integrados (DROSS de Barcelona), ya como programas en experimentación de tipo abierto, como el de Vallecas-Mediodía, en Madrid, todos ellos programas integrados en sistemas amplios de atención.

En éstas y otras experiencias, que arrancan desde 1979-80 en adelante, se empieza a tener en cuenta una serie de condicionamientos sociológicos que permitieron progresivamente diseñar modelos integrados y flexibles de recuperación de drogodependientes.

En primer lugar, se tuvieron en cuenta factores de tipo objetivo:

a) *El fuerte desarrollo de la drogadicción en los grandes núcleos urbanos*, afectando particularmente a importantes núcleos sociales juveniles que se incorporan a la experiencia continuada de la droga a edades cada vez más tempranas.

b) *La incidencia de la droga en espacios socialmente desestructurados* y con grandes problemas de marginación y paro, provocando lo que acertadamente se ha denominado como el paso de una marginación normalizada a «una incapacidad sistémica de asimilar a cuantos elementos humanos libera de las estructuras que desintegra» (L. J. Gumpert, 1986).

c) Por último, *los cambios culturales y de formas de vida* en que se ha materializado rápidamente la conformación de una sociedad de consumo invertebrada y los procesos de adaptación metropolitanos a la modernización e internacionalización económica.

En segundo lugar, desde el punto de vista subjetivo, en los espacios urbanos se ha generado una doble presión social durante los últimos años: una de tipo específico en favor de la atención al toxicómano y de lucha contra el tráfico (del tipo Madres contra la Droga), y otra de tipo general o solamente por la inseguridad ciudadana (fruto del estereotipo social de drogadicto/delincuente) o, además de la anterior, preocupada por otros aspectos relacionados con la recuperación de los drogodependientes y la necesidad de destinar recursos para su recuperación y normalización (como ciertos movimientos vecinales), que contrastan con las ideologías más generales de que la reinserción es imposible.

En base a estos condicionantes, esquemáticamente señalados, las diferentes experiencias asistenciales de tipo municipal, público casi siempre, fueron avanzando elementos que hoy empiezan a estar relativamente consolidados: diseños de programas globales de tratamiento de las drogodependencias alternativos a las CTD; modelos teóricos de tipo psico-social; procesos de recuperación en el medio social; concreción de objetivos asistenciales en base al criterio de que la reinserción recorre de principio a fin todo el proceso de recuperación; intervención comunitaria y conciencia de la necesidad de coordinación entre los diferentes recursos sociales; papel crucial de la familia y de los grupos de autoayuda, etc. (A. Durán, F. Freixa, A. García, J. L. Graña y otros, 1985).

Estas líneas teóricas de intervención tienen el mérito indudable de que, ante la intensidad y extensión del problema de las drogodependencias, el marco tradicional de la marginación tolerable se ha visto desbordado, y con ello las explicaciones funcionalistas y modernizadoras, contemplando la necesidad de contextualizar los nuevos hechos en un marco explicativo de tipo socio-estructural a través del cual explicar la génesis de la drogodependencia y situar el referente de la integración social, siendo los fenómenos culturales un elemento explicativo más, junto a otros de tipo social, económico e ideológico.

Por otra parte, la dimensión del problema es tal que requiere *un tipo de intervención estructural*, que no quiere decir estatal, sino *global, plural y abierto*, y que básicamente se desarrollaría en el medio comunitario (*intervención social activa*), con una coordinación de los diferentes recursos (*intervención recuperadora plural*) y haciendo de la integración social una vía posible de modificación del entorno condicionante del problema, más allá del fatalismo de la «realidad» (*intervención estructural*). Los tres elementos de intervención (*comunitario, plural y estructural*) son de este modo claves en la teoría y práctica de una integración social que se concibe en términos generales y no sólo para drogodependientes, tratando de romper con el estigma y los crudos estereotipos que una intervención solamente específica necesariamente genera.

Esta línea de reflexión ha sido profundizada en la práctica interventora de los programas de drogodependencias de los grandes municipios durante los dos últimos años, como se puede ver en los capítulos siguientes, a pesar de los fuertes condicionantes existentes en cuanto a recursos y también en cuanto a coordinación institucional y operativa a la hora de desarrollar los programas. Reflejo parcial de ello, a nivel de desarrollo teórico, es el conjunto de trabajos recogidos bajo el título *Reinserción social y drogodependencias* en 1987.

Sintetizando las aportaciones de los diferentes trabajos mencionados tenemos:

1. La adopción de un *modelo psicosocial* de intervención que se presenta como alternativa a los modelos de tipo exclusivamente sanitario (centrados en los problemas farmacológicos y de salud que la adicción genera), también como alternativa a los planteamientos de tipo jurídico, preocupados solamente por el impacto de la drogodependencia en la seguridad ciudadana. El modelo psicosocial se define ya como análisis de conductas individuales en contextos culturales que les dan sentido y que permiten diseñar tantas intervenciones como referentes culturales tenga una comunidad (E. Martín, 1987), ya sea en una dimensión más estructural que concibiendo la reinserción como la articulación entre el proceso de resocialización del *individuo* y la intervención en el *medio donde vive aquél*, o espacio comunitario, propugnando la adopción de medidas estructurales con el fin de remediar las «desventajas sociales» que rodean los procesos de integración (P. Nieva, 1987).

2. Por otro lado, este modelo psicosocial se corresponde con un marco de *referencia comunitario* en el que opera la integración o inserción, y en el que se contextualizan los diferentes recursos que hacen posible realmente la integración. El espacio comunitario se concibe en un sentido amplio, comprendiendo el barrio, la zona, la familia, los grupos sociales de referencia, los entornos asociativos y las diferentes modalidades de autoayuda, cuya intervención opera utilizando sistemáticamente los diferentes tipos de recursos culturales, laborales, etc. En cuanto fórmula comunitaria, la reinserción persigue alcanzar «una cierta normalización en el ámbito personal, familiar, de ocio, comunitario, laboral, etc. Es un

*proceso global* [...] es también un *proceso temporal* en el que aparecen problemas y crisis» (J. L. Graña, 1987).

3. También la reinserción se concibe, como consecuencia de lo anterior, como un proceso integrado, *no especializado*, y plural en la utilización de técnicas, de forma que «la reinserción se articula dentro del marco de los servicios sociales comunitarios y usa toda la red de servicios públicos disponibles. Con los distintos agentes, recursos y servicios comunitarios se articula una red comunitaria de participación en la que colaboran asociaciones de vecinos, parroquias y distintos colectivos sociales (A. García y J. L. Graña, 1987).

4. Finalmente, esta perspectiva se caracteriza por el esfuerzo de realización de algún tipo de *evaluación* de procesos y resultados de los programas, si bien la distancia entre la necesidad percibida y la realidad es muy importante, como posteriormente veremos en el análisis de los programas de reinserción. De hecho, la difusión teórica sobre la evaluación, o la propaganda sobre su necesidad, es importante, pero en la práctica existe un clamoroso déficit por muy diferentes razones: la escasa experiencia en este terreno, la falta de recursos profesionales capaces de abordar dichos análisis, los problemas de contrastar las limitadas experiencias al respecto, falta de diseños operativos en base a los cuales experimentar y comparar procesos y resultados como una tarea más del proceso de intervención.

## Concepto del proceso de reinserción

Estas y otras experiencias permitieron la elaboración de algunas primeras síntesis aproximativas desde el campo profesional que contrastan, por otra parte, con la lejanía de importantes núcleos de la sociedad española en relación con el problema de la drogodependencia, como se verá en el capítulo sobre ideologías sociales.

Así tenemos que se resaltan ya en 1985 algunas ideas importantes sobre la reinserción social:

a) La reinserción es un proceso complejo que recorre todo el tratamiento (PROCESO CENTRAL).

b) La reinserción no debe ser segregadora y opera en un marco no exclusivo de reinserción para drogodependientes (PROCESO NORMALIZADO).

c) La reinserción es un proceso difuso, contradictorio, que se resuelve en un marco ecológico y comunitario conereto (PROCESO COMUNITARIO).

d) La reinserción es un proyecto que se puede resolver de modos diferentes a los que plantean las CTD, aunque no se excluye esta última técnica (PROCESO PLURAL).

e) Las vivencias personales, los contextos socioculturales e históricos y las oportunidades sociales hacen de la reinserción un proceso recurrente y, sobre todo, incierto (PROCESO INCIERTO).

Esta esquemática definición de principios encuentra su mejor desarrollo en trabajos de obligada referencia antes mencionados, como «Dejar la heroína», de Funes y Romaní, u otros aún no publicados como el de Funes y Mayol «Incorporación a la sociedad» (J. Funes e I. Mayol, 1987). Estos trabajos tienen el mérito de incorporar en buena medida el análisis estructural a la propia línea o enfoque de tipo psicosocial, en cuanto desarrollo cualitativo de este último. En varios sentidos, dichos trabajos cualifican el enfoque psicosocial, inscribiendo los procesos culturales de la drogadicción en procesos sociales amplios.

En primer lugar, la reinserción se concibe como un *proceso social*, máxime en la actualidad cuando el problema de la integración se materializa en la inserción de amplios grupos juveniles en la sociedad, casi por vez primera, de forma que los problemas sociales no son deslindables en modo alguno de los problemas generales del toxicómano. El contexto actual deja incluso en un segundo plano los factores culturales o simbólicos, en la medida que los problemas de supervivencia son los verdaderamente relevantes.

En segundo lugar, la reinserción social es un proceso de intervención social *grupal*, en cuanto a los colectivos implicados, toda vez que los individuos se articulan en experiencias grupales o tipológicas a través de las cuales se pueden construir los procesos de recuperación/integración. Por ello, metodológicamente, «los comportamientos individuales [...] serían unas *prácticas sintéticas de la historia y de la estructura social*, desarrolladas en un tiempo y un espacio concreto» (J. Funes y O. Romaní).

En tercer lugar, los procesos de recuperación se guían por el principio de *no segregación*, se dirigen a amplios colectivos en los que viven y se explican las experiencias grupales de los individuos drogodependientes, en el seno de un territorio concreto e incorporando a diferentes grupos sociales en las actividades de reinserción.

Finalmente, el carácter *inespecífico y difuso del proceso*, como señalan Funes y Mayol, no justifica la creación de recursos y técnicas especializados en recuperación de drogodependientes, de forma que «lo importante no es tener programas para la reinserción de toxicómanos. Lo importante es tener programas de intervención en la comunidad que posibiliten la incorporación de toxicómanos» (J. Funes, 1987).

Con ello estos autores han enriquecido el modelo psicosocial en su dimensión sociológica y estructural, lo que nos permite avanzar y profundizar en esta dirección.

---

### 3.5. Perspectivas actuales y contexto teórico: Un enfoque socioestructural de los procesos de integración social

---

Después de este recorrido sintético por las diferentes aportaciones del modelo psicosocial, desde la concepción más «culturizada» hasta la más «estructural», trataremos de definir con mayor precisión las características del enfoque estructural, señalando sus condicionantes sociológicos, enfatizando en algunas de las lagunas del enfoque psicosocial y, finalmente, sintetizando los elementos definitorios del modelo estructural que orientan este trabajo.

#### El marco sociohistórico

*El marco sociohistórico de las drogodependencias es un determinante crucial en la comprensión del problema y en el diseño de políticas de integración social.* La drogodependencia de los años setenta se articuló básicamente alrededor de prácticas contraculturales; la de los años ochenta se articula alrededor de la estructuración/desestructuración de la sociedad tecnodual.

En efecto, en el Cuadro 3 se puede ver esquemáticamente cómo en los finales años setenta fuimos testigos de la crisis de un consumo de drogas relativamente minoritario, que tenía lugar en un contexto de cambio político, desarrollo de contraculturas juveniles y oportunidades de vida aún no cerradas. Las periferias sociales de consumo de drogas, que acompañaban a ese núcleo estructurante, eran cualitativamente minoritarias y se ubicaban en grupos marginados y situados frente a la sociedad de diferentes modos.

De forma muy rápida se produce un cambio a finales de los años setenta y primeros ochenta en los usos y consumos de la droga y en su estructuración sociológica, coincidiendo con los cambios políticos y económicos de esos años (la aceleración del proceso de modernización tecnoliberal de los países avanzados). El marco condicionante de esos cambios se puede explicar en base al fin de la transición política y el fin de las utopías transformadoras, y su correspondiente definición de valores culturales en los que *las utopías dan paso al pragmatismo y a la competencia individualista; la expansión sin precedentes del paro y el cierre de oportunidades de vida a masas importantes de jóvenes; la consolidación*

de los valores típicos de la sociedad de consumo, a cuya práctica inmediata aspiran los grupos juveniles por mor de la socialización recibida; y dado el contexto predominantemente urbano de la drogodependencia, hay que añadir la crisis social de la ciudad, la dualización espacial y social de la misma y la creación de un grupo social muy amplio de reserva, la juventud marginal, ya pendiente de algún tipo de integración o posibilidad de empleo, ya abriéndose paso por los atajos del empleo precario y las formas de vida que lo acompañan.

Estos cambios supusieron la difusión y masificación del consumo, el inicio en el consumo de drogas fuertemente adictivas a edades muy tempranas y la consolidación del mercado capitalista ilegal de la droga. Es el momento en que se inicia un fuerte tirón de la demanda asistencial, a la que dan respuesta las CTD y progresivamente las distintas fórmulas ambulatorias, hospitalarias y centros de día.

Estos cambios se consolidan en el período 1980-85, al mismo tiempo que se estructuran nuevos procesos que, en gran medida, son continuación de los anteriores: *el avance del consumo de cocaína, la rigidificación del discurso social frente a la droga, junto al desarrollo de movimientos sociales frente a la droga y los traficantes, la tendencia clara a la «ghettización» de consumidores marginales y marginados, el crecimiento de la sociedad tecnodual como marco condicionante de la drogodependencia, el inicio de políticas coordinadas de prevención y asistencia, así como la diversificación de actuaciones públicas en apoyo de la integración social.*

## La superación del modelo psicosocial

Evidentemente, el enfoque psicosocial ha permitido ofrecer un marco teórico y práctico de actuación muy importante durante los últimos años, en la medida en que ha facilitado la ruptura con enfoques segregantes, ha pluralizado las técnicas de intervención y ha favorecido la implicación comunitaria en un contexto de «cierre social» frente a la drogodependencia.

Sin embargo, dicha corriente deja sin resolver dos problemas cruciales, en parte señalados por Funes y Romaní, y que el enfoque estructural ayuda a resolver sin ruptura con dicho enfoque, sino como superación complementaria: en primer lugar, el modelo psicosocial, aunque tiene una perspectiva sistémica (Cornier, 1984) y comunitaria (Ander-Egg, 1982), sin embargo tiene el problema de que al apoyarse en los referentes culturales plantea problemas, no ya de generalización de resultados, como señala E. Martín, sino que sobre todo tiende a sustituir parcialmente las relaciones estructurales por las de interacción simbólica o, al menos, a velar su impacto. Si bien esta crítica no es global, no queda muy claro el planteamiento, y, por tanto, para ser viable teórica y prácticamente,



el modelo psicosocial debe ser a la vez socioestructural; es decir, tiene que integrar los espacios culturales (simbólicos) en espacios estructurales (de clases).

En segundo lugar, la intervención comunitaria no puede ser la sustitución de la cruda realidad de la estratificación social y espacial de los individuos o, dicho de otra manera, la interacción simbólica no se entiende sino conectada a las relaciones de segregación y dominación/subordinación social que se inscriben en procesos sociales históricos y reales. Pero resulta que el marco comunitario no es una realidad estructurante en diferentes espacios sociales de nuestro país; las lagunas de intervención comunitaria son aún importantes. Un reflejo de ello es la imagen social de la integración social del drogodependiente, analizada en este trabajo. En este sentido, *la intervención estructural, que incluye la comunitaria* obviamente, se apoyará muy posiblemente durante mucho tiempo en los mecanismos institucionales del sector público, tratando de cubrir los déficits existentes en el terreno de la intervención social, paliando a veces los mecanismos de autoayuda que en ocasiones pueden ser marginalizadores (Mothner y Weitz, 1986) y coordinando e impulsando iniciativas y esfuerzos que permitan dar paso de la presión del crecimiento de la demanda asistencial/crecimiento de la oferta de forma espontánea y desarticulada a la configuración de una oferta articulada política y prácticamente, en la que se comprendan tanto el sector público como el privado que ofrezca garantías de calidad asistencial.

## Los fundamentos del enfoque estructural

Finalmente, sintetizando los elementos básicos del enfoque estructural, puede decirse que desde el punto de vista de su *concepción general*, este enfoque complementa al de tipo psicosocial y se define en base a dos principios generales:

a) El principio de la *realidad*, según el cual es preciso partir de la estructura social que tenemos y de los modelos terapéuticos existentes, o, como señala Leanizbarrutia (M.P. Leanizbarrutia, 1984), es preciso «contar con todas las estructuras de la sociedad».

b) El principio de la *posibilidad*, por el que se pretende ir más allá y poder «modificar las circunstancias sociales y económicas del individuo como alternativa a ciertos aspectos de su vida o de sus ideas» (Leanizbarrutia, *op. cit.*), lo que implica no proyectos totales de cambio, pero sí intervenciones estructurales que modifiquen y alteren los determinantes de la sociedad tecnodual y las ideologías segregadoras; de este modo *las necesarias intervenciones microsociales se inscriben en marcos de actuación de tipo macrosocial, que son tanto condicionantes de los procesos de integración social, como modificables en función de las exigencias de la misma.*

Desde el punto de vista de los *principios teóricometodológicos* tenemos:

a) La reinserción o integración social de drogodependientes es un *proceso contradictorio*, en el que los estilos de vida de los individuos se modifican a través de cambios no lineales, recurrentes, y en los que el logro de la abstinencia (siendo muy importante en el corto plazo) no es el objetivo social clave en el medio y largo plazo de la recuperación.

b) Es un *proceso global*, no divisible en parcelas o etapas sucesivas, que se inicia desde el mismo momento en que un sujeto decide empezar la recuperación por cualquier medio a su alcance.

c) La integración es un *proceso psicosocial*, en la medida en que la recuperación combina dinámicamente la potenciación de la autonomía personal con la normalización social mínima necesaria.

d) También la integración es un *proceso comunitario*, en el que la intervención social es decisiva como articulación de recursos y como ámbito decisivo de la integración.

e) Finalmente, la integración social es un proceso estructural, desde el momento en que los grupos sociales a integrar son determinados o condicionados por circunstancias sociales estructurantes y por los sistemas de jerarquización social y espacial. En este sentido, la integración se encuentra determinada por la estructura social y tiene su posibilidad real en la modificación de esta última.

## Observaciones sobre el enfoque estructural

Hemos tratado de avanzar en la definición de un marco conceptual con el que poder explicar los procesos de integración del drogodependiente, así como contrastarlo, en la medida que toda teoría se construye de forma empírica.

En este sentido, es preciso hacer tres observaciones que permitan situar el enfoque teórico en la realidad social concreta, y eliminar la sospecha de que lo dicho o no tiene que ver con los análisis que siguen o son una construcción que cual corsé ciñe la realidad de forma unidireccional.

1. Ante todo, el concepto de integración social estructural (que a falta de otro más imaginativo y directo hemos adoptado aquí, a pesar de que reconocemos su opacidad) y sus características de proceso contradictorio, global, psicosocial y comunitario, no es una construcción en el vacío, sino que, como hemos visto, es una profundización a partir de experiencias y reflexiones que profesionales españoles ampliamente citados han ido elaborando y sintetizando durante los últimos años. En este sentido, el marco teórico que hemos definido se asienta en la *historia reciente* de las toxicomanías de nuestro país y, por tanto, no constituye un corte con las aportaciones teóricas señaladas, sino una profundización a partir de las mismas.

Sí existe alguna diferencia es en el intento de enfatizar en la importancia de lo macrosocial para explicar las prácticas microsociales e individuales de los mundos de la droga; es decir, se ha pretendido que lo macrosociológico contextualice, clarifique y refuerce los análisis microsociológicos de las drogodependencias, sin sustituir dichos análisis, y ello se ha hecho así tanto porque durante los últimos años las aproximaciones al problema toman mayor consideración de los condicionantes sociológicos, como por las propias reflexiones que el presente trabajo ha aportado.

2. En segundo lugar, y en relación con la última afirmación, podemos señalar de forma esquemática algunas de las razones que dan *sentido real* al enfoque sociológico adoptado y que se desgranar a lo largo del trabajo.

Se ha comprobado cómo las circunstancias sociales de los drogodependientes han influido decisivamente en la modificación de muchos *programas asistenciales* y en una redefinición de los presupuestos terapéuticos de los centros. Como se señala en el capítulo quinto, aunque las memorias de los centros no indican con la riqueza deseable los cambios de orientación que se están produciendo, sí podemos destacar algunos hechos:

a) La *centralidad* de la reinserción o integración social en los procesos de recuperación social, compartida por la casi totalidad de los centros y programas.

b) El hecho de que muchos programas actúan ya en un doble nivel recuperador: en la *dialéctica individuo/droga* y en la *dialéctica individuo/sociedad*. Si metodológicamente, como se señala en el epígrafe 5.2, los programas privilegian la reconstrucción de la autonomía de los individuos, desde el punto de vista de los procesos concretos de recuperación la integración laboral y social es una preocupación crucial en los centros.

c) Los enfoques terapéuticos, aunque diversos, tienden a coincidir en dos aspectos: el primero, en el rechazo de planteamientos puramente sanitarios, y el segundo, en un tipo de explicación del fenómeno de las drogodependencias que se orienta en conjunto hacia una mayor *complejidad* analítica, definición de tratamientos *globales* y *pluralismo en las alternativas recuperadoras* en función de los diferentes condicionantes sociales.

d) Finalmente, cuando en el epígrafe 6.1 analizamos los condicionantes que los centros tienen a la hora de desarrollar sus programas de integración social, se constata cómo tales condicionantes están profundamente relacionados con el marco social de la integración: los problemas del paro y escasez de recursos, las resistencias ideológicas de la sociedad a la integración del drogodependiente y las dificultades para coordinar recursos sociales de todo tipo que puedan facilitar la integración social.

Por otra parte, y haciendo referencia a los condicionantes sociales de los *procesos de recuperación de los sujetos*, podemos señalar algunos as-

pectos que se sitúan dentro de esta línea de argumentación macrosociológica:

a) El hecho de que los *motivos individuales del consumo* adquieren relevancia cuando su explicación los sitúa en su *contexto histórico*, tal como se observa en el epígrafe 7.3, donde se diferencian básicamente las experiencias sociodemográficas claves que aglutinan a los distintos grupos de edad.

b) Las condiciones diferentes de vida y empleo y las distintas ideologías individuales marcan líneas de recuperación socialmente condicionadas, como se muestra en el epígrafe 7.5.

c) Pero, sobre todo, el referente social más estructurante viene definido por la diversidad grupal de experiencias recuperadoras que se traducen en diferentes estrategias de integración: adaptativas o de supervivencia, fallidas o de marginación, y activas o de integración. Precisamente en el epígrafe 8.3 se articulan las experiencias individuales de recuperación en grupos sintéticos, elaborados a partir de los principales condicionantes que diferencian toda estructura social.

Finalmente, el enfoque socioestructural se refuerza cuando analizamos las ideologías e imágenes de la sociedad y de sus instituciones. Así, todos los grupos de discusión, en el capítulo diez, relacionan las drogodependencias con causas sociales determinantes, de manera que las «condiciones sociales» posibilitan o dificultan la integración social hasta el punto de que la experiencia aducida es la de que es posible el éxito en el tratamiento (proceso reparador individual) y de suma dificultad la reinserción (proceso socialmente no recuperador).

También aparecen las condiciones sociales en los discursos ideológicos de representantes de instituciones del orden social, a diferente nivel, ya se trate de condiciones de difícil modificación (gestión del conflicto), ya como diferenciación de posibilidades recuperadoras (posición favorable a la integración social) o ya se materialicen en una vía de integración a un mundo de dura competencia individualista.

3. Finalmente, si el enfoque aquí definido se asienta en la historia reciente de las toxicomanías de nuestro país, y tiene un plausible sentido sociológico real, no por ello es un modelo de explicación cerrado y definitivo, sino *provisional y aproximativo*, desde el momento en que los mundos de la droga sufren cambios continuamente, lo que, unido a su carácter difuso y opaco, hace que toda explicación sea tentativa, aproximada y necesariamente multidisciplinar, dados los muy diferentes elementos y variables sociales que en un sentido amplio intervienen.

### CUADRO 3

#### LOS CONDICIONANTES SOCIOLOGICOS DE LA INTEGRACION SOCIAL DE EX DROGODEPENDIENTES EN LOS AÑOS OCHENTA

| Procesos de cambio<br>Niveles sociológicos | Consolidados   | De nueva estructuración  |
|--|--|--|
| Sociales                                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sociedad de consumo segmentada / Mercado capitalista de la droga</li> <li>2. Paro estructural / Empleo precario / Cierre selectivo de oportunidades</li> </ol>       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nuevos problemas: SIDA / Avance de ciertos consumos: cocaína</li> <li>2. Rigidificación del discurso social frente a drogadictos / Marginados / Desarrollo colectivos antidroga</li> </ol> |
| Culturales/<br>ideológicos                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fin de las ideologías utópicas / Contraculturales / Crisis conciencia obrera</li> <li>2. Entre la competencia individualista y el fatalismo del paro</li> </ol>      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crecimiento sociedad tecnodual entre el agnosticismo y la indiferencia política</li> <li>2. Integración como supervivencia selectiva / Normalización como adaptación pasiva</li> </ol>     |
| Institucionales                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quiebra relativa del predominio absoluto del modelo terapéutico de las instituciones totales (C.T.D)</li> <li>2. Intervención múltiple y pluridisciplinar</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinación pública de las políticas para drogodependientes</li> <li>2. Importancia de la integración social de procesos abiertos de recuperación</li> </ol>                              |

Diseño: Gregorio Rodríguez Cabrero.



## Capítulo 4

# **Programas y actividades de integración social. Características generales y modelos asistenciales**

---





## 4.1. Selección y distribución de centros y programas

---

Se han seleccionado treinta centros o instituciones, no con típicos criterios muestrales, que no es el caso, dada la peculiaridad del sector asistencial de las drogodependencias, sino con un conjunto de criterios que creemos dan sentido a la elección realizada.

### Centros de atención abierta

El primer criterio de elección ha sido el de primar a *centros de atención abierta*, frente a los centros del tipo CTD. La constatación de que el problema principal de la CTD es su dificultad para facilitar la reinserción social de drogodependientes en contextos de aislamiento, nos ha llevado a primar a aquellos centros o programas que se plantean la problemática de la reinserción en condiciones de inserción en el medio. Evidentemente las CTD, como casi la totalidad de los centros públicos y privados de drogodependencias, afirman realizar actividades de reinserción, como sucede en nuestro caso, lo cual es cierto cuando se analizan los presupuestos metodológicos más o menos explícitos de dichos centros. Aquí hemos tratado de primar lo abierto frente a lo cerrado, aunque no hemos excluido casos de CTD y centros de orientación no explícitamente abierta.

### Centros públicos y privados

Los centros de orientación abierta, en segundo término, son de muy reciente creación y pertenecen a dos categorías básicamente, con algunas excepciones: o son centros municipales que casi siempre forman parte de programas asistenciales amplios de tipo autonómico, o se trata de asociaciones privadas enclavadas en grandes centros urbanos. La mayor representación de *centros públicos* no ha sido caprichosa, sino que en parte se ha debido a la dificultad de encontrar centros o asociaciones privadas que, con una orientación asistencial abierta, realizaran alguna actividad de reinserción. También se debe al hecho de haber descartado algunos centros privados, bien por encontrarse en un momento de profunda reestructuración o por una resistencia clara a colaborar en la cumplimenta-

ción del cuestionario y aportación de materiales documentales, teniendo que ser sustituidos necesariamente.

### Centros con enfoque profesional

Como tercer criterio, la muestra ha primado la elección de centros de enfoque *profesional*, entendiendo el término tal como se ha definido durante los últimos años: actuaciones asistenciales llevadas a cabo por profesionales que intervienen en la asistencia a drogodependientes con criterios relativamente racionales y explícitos, de tipo no espontaneísta y que constituyen la base de lo que en la práctica es un proceso de modernización y pluralismo terapéutico en este terreno. Ello no supone que se desprecien contribuciones no profesionales articuladas desde la propia sociedad. No es éste el caso. El problema es más elemental: el tratamiento asistencial de las drogodependencias se inició en España a partir de actuaciones en muchos casos espontaneístas, sin criterios metodológicos claros, con pseudoprofesionales autoproclamados como expertos que no contrastaban sus experiencias, cuando no las «ghettizaban», aprovechando situaciones de aislamiento, y con programas que a menudo cuestionaban en la práctica los derechos de los asistidos.

La profesionalización, en este caso, se entiende como «esfuerzo» de definición de métodos y actuaciones asistenciales; también como prácticas profesionales de contrastación de programas y pluralismo asistencial y, finalmente, con una clara línea de definición y respeto de derechos de los usuarios.

### Centros con enfoque psicosocial

En cuarto lugar, en el conjunto de los centros elegidos tiene un peso importante el *enfoque psicosocial*, con mayor o menor énfasis en lo estructural, que como ya hemos señalado *concibe y centra el tratamiento y la reinserción social en el espacio social de los grupos de individuos, como proceso recurrente y progresivo y con intervención comunitaria*. Obviamente, esto supone en la práctica optar parcialmente por grandes centros municipales en los que ese tipo de enfoque es paradigmático, o que en parte tiende a configurarse como un modelo terapéutico orientativo de las actividades de intervención.

### Representación autonómica y experimental

Finalmente, se ha pretendido que estuvieran representadas las diferentes Comunidades Autónomas, en función de su peso en el tratamiento asistencial de tipo abierto, al mismo tiempo que se ha optado por elegir *programas experimentales de reciente creación* que se agrupan en redes

amplias de recursos (el PPTT en el Plan de Acción Social de Toxicómanos de Canarias, el Centro Provincial de Drogodependencias de Córdoba apoyándose en la Red de Artesanos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, entre otros).

En suma, se trata de una muestra significativa elegida bajo los siguientes criterios orientativos predominantes de la integración social: asistencia en régimen abierto, orientación profesional, enfoque psicosocial comunitario y énfasis en programas municipales integrados en programas asistenciales amplios. En este sentido, los resultados del análisis de los programas de integración social no son reflejo exacto de las experiencias de reinserción que se están llevando a cabo en la geografía española; por el contrario, los resultados privilegian programas abiertos de tipo urbano y con un enfoque psicosocial, en la medida en que la orientación teórica subyacente a este trabajo se inscribe en una concepción estructural y abierta de la integración social del drogodependiente. En este sentido no se oculta que, sin negar la plural realidad, se ha tratado de profundizar más en un determinado tipo de experiencias asistenciales que en otro.

## Método empleado

En el Anexo I se puede ver el listado definitivo de centros por tipo, año de creación y ubicación territorial. El trabajo de campo consistió fundamentalmente en la visita a cada centro seleccionado, pasando a cumplimentación un cuestionario (contestado por el director del centro, el equipo conjuntamente o un responsable cualificado del mismo), recogiendo información complementaria (particularmente las memorias, contratos terapéuticos y otros materiales teóricos producidos por el centro o equipo) y manteniendo entrevistas verbales complementarias para aclarar dudas o profundizar en algunos temas del centro o programa. En el Anexo II puede verse el cuestionario utilizado.

El análisis de los cuestionarios, memorias, informaciones y trabajos de diferente tipo nos permite, por un lado, realizar un análisis estructural o tipológico de los programas y, por otro, valorar la importancia de los programas o actividades de reinserción y su evaluación. Para ello definimos primero las *características institucionales* de los centros, su modalidad asistencial, financiación y equipo terapéutico.

En segundo lugar, objeto del capítulo quinto, trataremos de definir los *modelos de intervención asistencial*, sus características y diferencias tipológicas. Finalmente abordaremos la problemática de los *programas o actividades de reinserción social*, definición de sus objetivos, condiciones generales e individuales de intervención, actividades llevadas a cabo para su materialización y sistema de evaluación, todo lo cual será objeto del capítulo sexto.

## 4.2. Características institucionales básicas y equipo terapéutico

---

Los centros y programas en los que se han analizado los recursos de reinserción social existentes se distribuyen en CTD, centros ambulatorios, hospitales y otro tipo de centros (asociaciones de ex toxicómanos, asociaciones privadas de ayuda al toxicómano, programas de drogodependencia, etc.).

### Tipología y dependencia

Como se puede ver en el Cuadro 4, la actividad asistencial de los centros es de cuatro tipos:

- a) Centros que desarrollan una *actividad única* de carácter especializado, independientemente de su inserción en un programa asistencial amplio; es decir, que realizan actividades de tipo ambulatorio, o en CTD, de orientación e información o de reinserción. Se trata del grupo mayoritario.
- b) Centros que desarrollan *conjuntamente varias actividades integradas* en un sistema asistencial propio, sea combinando CTD con centros ambulatorios y otros servicios, articulando los dos primeros solamente, o bien como centros ambulatorios apoyados en centros de día, lo que podríamos denominar modelo CURT.
- c) También encontramos un grupo residual, cuya actividad se centra en la *información y orientación* de drogodependientes.
- d) Finalmente, algunos centros que se califican de *programas de drogodependencias*, en los que se subsumen las actividades ambulatorias, de reinserción social y otras complementarias.

Si contemplamos la actividad asistencial desde la óptica del tipo de centro y la madurez temporal asistencial del mismo, vemos que las instituciones se distribuyen del modo siguiente:

- a) *Programas privados* creados en los últimos cinco años, que articulan la CTD con centros ambulatorios.
- b) *Programas privados* del tipo CTD exclusivamente.

## CUADRO 4

## ACTIVIDAD ASISTENCIAL

|  | Tipo centro | CTD | Ambulat. | Hospital | Otros  |
|--|-------------|-----|----------|----------|--|
| 1. Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Toxicomanías (Vigo)        | Privado     | X   | X        |          | Unidad de día  |
| 2. Asociación Ciudadana de Lucha contra Droga (La Coruña)            | Privado     |     | X        |          | Programa de orientación e información y coordinación |
| 3. Gabinete de Drogodependencias (Oviedo)                            | Público     |     |          |          | Orientación e información CTU                        |
| 4. Equipo de Salud Mental (León)                                     | Público     |     | X        |          |  |
| 5. Asociación Castellano-Leonesa de Ayuda al Toxicómano (Valladolid) | Privado     | X   |          |          |  |
| 6. CITA (Barcelona)  | Privado     | X   |          |          |  |
| 7. C.R.E. y T. La Plana (Barcelona)                                  | Público     |     | X        |          | Programa Programa                                    |
| 8. Centro Delta (Badalona)   | Privado     |     | X        |          |  |
| 9. Programa Drogas (Barcelona)                                       | Público     |     | X        |          |  |
| 10. Programa Municipal de Drogodependencia (Hospitallet)             | Público     |     | X        |          |  |
| 11. Dispensario Toxicómanos Barceloneta (Barcelona)                  | Público     |     | X        | X        |  |
| 12. Asociación Arco Iris (Córdoba)                                   | Privado     | X   | X        |          |  |
| 13. Centro Provincial de Drogodependencias (Córdoba)                 | Público     |     | X        |          |  |
| 14. Centro Provincial de Drogodependencias (Cádiz)                   | Público     |     | X        |          |  |
| 15. Centro de Salud Mental Zarzaquemada (Leganés)                    | Público     |     | X        |          |  |
| 16. Centro Atención Drogodependencias, Vallecas-Mediodía (Madrid)    | Público     |     | X        |          |  |
| 17. CES Proyecto Hombre (Madrid)                                     | Privado     | X   | X        |          | Acogida Centro de reinserción                        |
| 18. Asociación Extro. Colmena (Madrid)                               | Privado     |     | X        |          |  |
| 19. Epsilon (Madrid)   | Privado     |     | X        |          |  |
| 20. Centro de Salud Mental. San Blas (Madrid)                        | Público     |     | X        |          |  |
| 21. Unidad Drogadicción (Bilbao)                                     | Público     |     | X        |          |  |
| 22. Centro de Salud Mental (Rentería)                                | Público     |     | X        |          |  |
| 23. Centro Atención Drogodependencias (Zaragoza)                     | Público     |     | X        |          |  |
| 24. Cruz Roja (Santander)  | Privado     |     | X        |          |  |
| 25. Centro de Rehabilitación de Toxicómanos Larraingoa (Navarra)     | Privado     | X   | X        |          |  |
| 26. Unidad de Toxicomania (Alicante)                                 | Público     |     | X        |          |  |
| 27. CURT (Valencia)  | Público     | X   | X        |          | Centro urbano de día                                 |
| 28. C.P. Casa Lanza (Valencia)                                       | Público     |     | X        |          |  |
| 29. Plan Prevención y Tratamiento Toxicómanos (Las Palmas)           | Público     |     | X        |          |  |
| 30. Centro Atención Drogodependencias (Murcia)                       | Público     |     | X        |          |  |
|  |             | 7   | 23       | 1        | 9  |

c) *Programas públicos* de antigua creación que se declaran centros ambulatorios, a pesar de su entronque con programas amplios de tratamiento (País Vasco), o son programas públicos creados durante los finales años setenta o primeros ochenta, cuyo desarrollo ha sido globalizador de las diferentes facetas de la asistencia y que se denominan *programas*, característico de programas maduros de tipo municipal (Cataluña).

d) Finalmente tenemos el grupo de *programas ambulatorios de tipo municipal*, de reciente creación y en fase de experimentación, que son piezas o recursos de programas asistenciales amplios, articulados en los diferentes planes autonómicos sobre drogas.

De este modo la muestra de centros refleja adecuadamente los cambios producidos durante los últimos años: tendencia relativa a la contención de creación de CTD en el sector privado debido, entre otras razones, a la problemática no resuelta de la reinserción social de los drogodependientes; un núcleo maduro de programas públicos que en gran medida son polos de referencia teórica y metodológica, así como por su profesionalidad (tal sería el caso de algunos centros catalanes, valencianos y, en parte, del País Vasco) y, finalmente, el amplio grupo de centros ambulatorios municipales creados en los últimos años, en gran medida como alternativa asistencial a las CTD, aunque éstas puedan estar comprendidas como técnicas, y que forman parte de las redes integradas de asistencia creadas por las Comunidades Autónomas, bajo el impulso coordinador del Plan Nacional sobre Drogas o a iniciativa propia.

## Adscripción a programas asistenciales amplios

Un segundo aspecto importante de los centros es su mayoría adscripción a programas asistenciales amplios, lo que caracteriza a todos los centros públicos y a todos los privados, menos a cuatro. Esta es una característica relevante a la hora de diseñar programas de reinserción, puesto que si éstos deben apoyarse en diferentes tipos de recursos asistenciales y sociales, es obvio que cualquier tipo de coordinación, máxime si es un programa claramente definido, facilitará la utilización eficaz y eficiente de las redes de recursos.

Ahora bien, la pertenencia a programas asistenciales amplios debe matizarse en varios sentidos:

a) Existen *centros privados subvencionados* que forman parte de programas autonómicos de asistencia. La subvención pública, como fórmula parcial o total de financiación, es un mecanismo por el que programas o centros privados se incorporan a redes amplias de tratamiento, tales como el Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Toxicómanos (Vigo), la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (La Coruña), La Plana (Barcelona), Proyecto Hombre (Madrid), Centro Cruz Roja (Santander).

b) En otros casos, hay *centros privados que no forman parte de ninguna red amplia* (CITA), incluso estando parcialmente subvencionados (Epsilon, La Colmena).

c) Finalmente están los *centros públicos*, todos los cuales forman parte de programas amplios, sean de tipo autonómico, la mayoría, de tipo municipal o, en algunos casos, programas provinciales.

Evidentemente, *la pertenencia formal a redes o programas amplios no significa en modo alguno que el desarrollo de las actividades se realice con un alto grado de coordinación*. Ello depende de múltiples factores, en los que son una clave importante los cambios políticos. Aunque no se preguntó directamente por los problemas reales que genera la pertenencia a redes o programas amplios de atención, en las conversaciones con los responsables de los programas salió espontáneamente el tema, y en base a las diferentes dudas y aclaraciones se pueden hacer las siguientes puntualizaciones:

a) Los centros privados se enfrentan anualmente a problemas prácticos de coordinación y funcionamiento debido al gran retraso en la percepción de las subvenciones.

b) Las cadenas de recursos se superponen a ámbitos administrativos cuya coordinación y mecánica de funcionamiento no se ajustan, e incluso dificultan, el desarrollo de aquéllas.

c) Los cambios políticos y las diferencias entre distintos niveles de gobierno son un obstáculo real o una rémora frente a las aspiraciones de coordinación de los programas, máxime cuando junto a esos problemas se añaden diferencias de enfoques (concepciones sanitarias del tratamiento de las drogodependencias frente a concepciones de tipo social) y de ubicación institucional.

## Las plantillas profesionales de los centros y la población asistida

Nos limitamos aquí a trazar un perfil básico de las plantillas de los centros en relación con la población asistida, sin entrar en especificaciones sobre vías de acceso profesional, promoción y sistemas remunerativos y de organización.

Lo primero a destacar es que el total de los treinta centros dispone de 325 profesionales, 43 a tiempo parcial y 132 personas voluntarias. Tomando como base los 325 profesionales (titulados superiores, medios, administrativos y auxiliares), sobre una población de 6.781 asistidos de todo tipo, tenemos una media de 20,8 asistidos por profesional. Si añadimos el personal voluntario (casi siempre estudiantes en prácticas o profesionales voluntarios) la media se reduce a 14,8 asistidos. Sólo un centro privado no proporcionó información y otro, también privado, es una asociación de ex toxicómanos que no tiene tipificada la actividad de sus socios.

Resulta obvio, por otra parte, que no son estrictamente comparables los centros públicos y privados, pues al tener en estos últimos un peso importante varias CTD con un pequeño número de asistidos (entre 30 y 50), la media de personas por centro se reduce en los centros privados (126,8), frente a los centros públicos (284). Bien es verdad que los centros ambulatorios, públicos y privados, tienden a situarse en torno a cifras de 200 a 300 asistidos, los primeros de forma más evidente. El problema no sería tanto de masificación de los centros públicos, cuanto que al tratarse de centros urbanos abiertos y gratuitos estimulan la demanda social, cuando no son la vía más fácil de acceder a un tratamiento.

Con estas matizaciones es preciso considerar las distintas relaciones entre asistidos y profesionales, de forma que mientras en los centros públicos la relación, sin contar el personal voluntario, es de 22,28 asistidos por profesional, en el sector privado es de 16,78, cifras que como hemos dicho serían parecidas si no consideramos las CTD privadas, que en este caso tienen una relación muy baja entre asistidos y profesionales.

Hechas estas consideraciones generales podemos concretar algunos aspectos importantes de las plantillas de profesionales:

1. Destaca el peso abrumador de los titulados superiores en el conjunto de las plantillas, constituyendo casi la mitad de las mismas, sin contar el personal voluntario, distribuyéndose en una relación de 4 a 6 entre médicos y psicólogos con alguna titulación residual (pedagogo, sociólogo), que se reparten las actividades sanitarias y psicoterapéuticas, aunque no de forma rígida. Del mismo modo, la dirección de los centros se reparte entre médicos (algo más de una tercera parte), en dos casos se trata de una asistente social y un titulado con bachiller superior, y el resto son psicólogos. Por otro lado, mientras la media de titulación superior de los centros públicos es superior respecto de los centros privados (6,1 profesionales frente a 4), sin embargo la relación titulado superior/asistido es favorable a los centros privados, pero sin existir diferencias notables.

2. Sorprende el bajo número de personas dedicadas a las tareas administrativas, dada la carga burocrática de los centros, de forma que incluso, como sucede en ciertos casos, considerando los apoyos administrativos realizados por centros referenciales o grandes servicios burocráticos o de gestión, parece excesivamente alta la relación entre personas asistidas y personal administrativo (188,6 asistidos por administrativo). Esto parece indicar que en muchos casos son titulados medios (trabajadores sociales sobre todo) y auxiliares los que realizan labores de tramitación y gestión: rellenado de fichas, solicitudes de tratamiento, solicitud de becas y ayudas, etc., tanto porque tradicionalmente lo han hecho, como por la propia insuficiencia de recursos humanos. También, en ocasiones, son los propios titulados superiores los que llevan a cabo diferentes tareas administrativas, algunas de ellas ligadas al ejercicio de su función (historiales).



3. Es preciso destacar que las personas con titulación media (el 24% de las plantillas), se reparten entre trabajadores sociales y ATS en proporción de 6 a 4, con algunos profesionales aislados, con titulación de maestro sobre todo. Teniendo en cuenta que los ATS realizan labores en el campo sanitario, no parece que el número de trabajadores sociales sea suficiente para realizar las tareas de coordinación que requieren los distintos procesos de reinserción, excepto, y ello no queda claro, que el grupo de los auxiliares intervenga en este tipo de actividades. Esto supondría, y es la tesis aquí sostenida, que buena parte de los centros, por presiones de la demanda, están centrados en actividades de rehabilitación física y psicoterapéutica (lo que se refleja en la estructura del personal) y no pueden dedicar recursos y tiempo adecuados a las actividades de integración social.

Finalmente, el grupo de voluntarios, aun siendo cuantitativamente importante, no es significativo, pues solamente un centro (el Programa DROSS) absorbe el 60,6% del total. Pero sí es significativo que de los diez centros que tienen voluntarios, seis sean públicos y de tipo ambulatorio municipal, en los que existe un enfoque de tipo psicosocial e intervención comunitaria.

### 4.3. La financiación de los centros y programas

---

El sector público es la fuente principal de financiación de los centros, tanto públicos como privados. En el Cuadro 5 se puede ver la importancia de la subvención pública a los centros privados, así como la diversidad de fuentes de financiación intervinientes en los centros públicos.

Cabe recordar la constatación de la lentitud en la percepción de las subvenciones por parte de los centros privados, recibidas a veces al finalizar el año de realización del gasto presupuestario, así como el desconocimiento y confusión sobre las fuentes de financiación de los centros públicos, de forma que a veces se identifican los centros de gasto con las fuentes de financiación, cuando se suele tratar de cosas diferentes. A pesar de ello, en el sector público, los centros de tipo municipal tienen en general dos o tres fuentes de financiación, como consecuencia de los compromisos que han generado los planes regionales sobre drogas. De manera que tenemos desde centros financiados triplemente desde el sector público (Plan de Prevención y Tratamiento de Toxicomanías o PPTT de Las Palmas, Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, Centro Delta de Badalona), doblemente (el Programa Municipal de Drogodependencia de Hospitalet, el Centro Provincial de Drogodependencias de Córdoba, la Unidad de Toxicomanía del Ayuntamiento de Alicante, el CURT de Valencia) e incluso se da el caso de un programa financiado por el sector público (Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia) al que una institución privada tutelada (Cruz Roja) aporta la infraestructura del centro.

#### Conocimiento presupuestario y del gasto

Si la diversidad de fuentes de financiación es un reflejo de la tendencia general a la creación de programas amplios o mínimamente articulados, otro problema diferente es el conocimiento y análisis de los presupuestos de los centros y de sus principales variables de gasto. Esta es una laguna seria, con algunas excepciones, y en la medida en que el presupuesto y su utilización es un indicador sintético estratégico de la actividad de un centro o programa, su desconocimiento es un lastre importante a la hora de hacer una evaluación del mismo.

**CUADRO 5**  
**AMBITO Y FINANCIACION PROGRAMAS Y CENTROS**

|    | Tipo centro | Programa amplio | Fórmula financiación  | Subvención centros privados | Ambito               |
|----|-------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------|
| 1  | Privado     | Autonómico      | Privada subvencionada | 75% 1986                    | Autonómico           |
| 2  | Privado     | Autonómico      | Privada subvencionada | 100%                        | Autonómico           |
| 3  | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico           |
| 4  | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico           |
| 5  | Privado     | Autonómico      | Privada subvencionada | 90% 1987                    | Autonómico           |
| 6  | Privado     | NO              | Privada               |                             | Autonómico           |
| 7  | Privado     | Autonómico      | Privada subvencionada |                             | Municipal            |
| 8  | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Municipal/Autonómico |
| 9  | Público     | Municipal       | Pública               |                             | Municipal            |
| 10 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Municipal/Autonómico |
| 11 | Público     | Municipal       | Pública               |                             | Municipal            |
| 12 | Privado     | Autonómico      | Privada subvencionada | 75%                         | Municipal            |
| 13 | Público     | Provincial      | Pública               |                             | Autonómico           |
| 14 | Público     | Provincial      | Pública               |                             | Autonómico           |
| 15 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico           |
| 16 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico           |
| 17 | Privado     | Autonómico      | Privada subvencionada | 25%                         | Autonómico/Municipal |
| 18 | Privado     | NO              | Privada               |                             | Autonómico           |
| 19 | Privado     | NO              | Privada subvencionada | 25%                         | Autonómico           |
| 20 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico/Municipal |
| 21 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico/Municipal |
| 22 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómica/Municipal |
| 23 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómica/Municipal |
| 24 | Privado     | Autonómico      | Privada subvencionada | 100%                        | Autonómico           |
| 25 | Privado     | Autonómico      | Privada subvencionada | 75%                         | Autonómico           |
| 26 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico           |
| 27 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico           |
| 28 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico           |
| 29 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico           |
| 30 | Público     | Autonómico      | Pública               |                             | Autonómico           |

Desde este punto de vista encontramos las siguientes notas significativas:

1. Un grupo de centros que tienen una *mínima información básica*, aunque no exhaustiva. En concreto un centro privado (CTD) y siete centros públicos, seis de ellos centros ambulatorios municipales, nos dan información sobre el presupuesto total del centro, el presupuesto destinado para reinserción, costes medios mensuales por asistido y por persona en determinadas fases de reinserción, y en tres casos conocen los costes medios mensuales que un individuo del programa genera en instituciones copartícipes de las distintas actividades de reinserción.

2. Existe *otro grupo de veinte centros con una información pobre o muy parcial*, que se reduce a la cifra del presupuesto total, es el caso de cuatro centros privados y tres públicos, o añade a aquél algún dato aislado de información, como el presupuesto de reinserción o alguno de los costes medios, que es el caso de los trece centros restantes.

3. Finalmente tenemos dos centros públicos que no proporcionan información, justificándolo en que ellos no controlan el tema económico.

Esta clasificación precisa de varias aclaraciones. Los centros privados tienden claramente a no elaborar información económica o, si disponen de ella, a no facilitarla bajo razones no justificadas. Por su parte, los centros públicos disponen de datos elaborados de muy distinto signo, de forma que en unos casos no tienen información (que es controlada por una oficina especializada en la gestión o intervención de diferentes centros de servicios sociales o de salud), en otros el problema es que conocen y controlan algunos aspectos de la información (sueldos y salarios o subvenciones), pero no la totalidad del presupuesto y su estructura de gasto, y finalmente, en otros, la información refleja no un desconocimiento, sino cierta «desidia» o «rechazo» por la información económica; dicho de otra forma, una especie de talante antieconomicista en el sentido peyorativo del término, compartido también en apariencia con ciertos centros privados.

## Características del gasto

Con estas aclaraciones podemos señalar algunas características de los centros en el terreno económico:

1. Como se puede ver en el Cuadro 6, casi la mitad de los centros tienen presupuestos entre 21 y 30 millones de pesetas, y la inmensa mayoría (todos menos tres centros) están por debajo de los treinta millones. Bien es cierto que *esos presupuestos no reflejan a veces el gasto real*, en la medida en que falta información sobre algún capítulo económico o no se contabiliza como parte del presupuesto el coste de locales cedidos por una entidad privada o ciertas subvenciones puntuales.

## CUADRO 6

PRESUPUESTOS DE LOS CENTROS:  
TOTAL Y EN REINSERCION

| Presupuesto<br>en millones | Presupuesto total |               | Presupuesto reinserción |               |
|----------------------------|-------------------|---------------|-------------------------|---------------|
|                            | Centros públ.     | Centros priv. | Centros públ.           | Centros priv. |
| 0-5                        | —                 | 1             | 1                       | —             |
| 6-10                       | 4                 | 1             | 2                       | —             |
| 11-15                      | 2                 | 3             | 2                       | —             |
| 16-20                      | 1                 | —             | 1                       | —             |
| 21-30                      | 8                 | 5             | 2                       | —             |
| 31-50                      | 1                 | —             | 1                       | —             |
| + de 50                    | 1                 | 1             | 1                       | —             |
| NS/NC                      | 2                 | —             | 9                       | 11            |
| <b>Totales</b>             | <b>19</b>         | <b>11</b>     | <b>19</b>               | <b>11</b>     |

2. *La información sobre el gasto en reinserción es muy escasa, pues sólo diez centros la proporcionan, todos ellos públicos. Además, en estos últimos sucede que en algunos casos coincide con el presupuesto total del centro, en la medida en que no se diferencia entre asistencia y reinserción (Casa Lanza, CURT, Atención a Drogodependencias de Murcia). Por otra parte, el peso del presupuesto de reinserción no mantiene una proporción comparativa, dándose importantes diferencias: en el Programa Delta suponía en 1987 el 28%, en Hospitalet el 17,4%, en el Programa DROSS el 73,3%, en los Centros de Drogodependencias de Córdoba y Cádiz el 45,4 y 45,1%, respectivamente, en el PPTT de Las Palmas el 70,45% (aclarando en este caso que la reinserción está vinculada al tratamiento) y el 50% en el Centro de Atención a Drogodependencias de Zaragoza. No existe una línea comparativa y, además, los presupuestos de reinserción tienden a variar, aunque no se nos proporcionó información anualmente en función de diferentes planes concretos o subvenciones puntuales.*

3. En cuanto a los costes medios mensuales por asistido, sólo proporcionan información diecinueve centros, y en el caso de reinserción solamente trece centros sobre treinta. Sin embargo, los costes medios de cualquier tipo de asistencia, general y reinserción, no son comparables, pues están hechos con criterios muy diferentes, en algunos casos desconocidos por los propios responsables de los centros. El análisis de las cifras demuestra que en unos casos sólo se imputan gastos de mantenimiento, en otros se incluyen subvenciones que no forman parte del presupuesto, también en otros casos se incluyen sueldos, salarios y algún gasto de mantenimiento. Ello supone, por ejemplo, que centros municipales con presupuestos no muy diferentes y número de asistidos parecidos tengan grandes diferencias en cuanto a costes medios, como se puede ver en el siguiente ejemplo:

|  | Presupuesto total | Número asistidos | Coste medio asistido | Coste medio reinserción |
|--|-------------------|------------------|----------------------|-------------------------|
| Centro Atención Drogodependientes (Córdoba)    | 22.000.000        | 255              | 86.000               | —                       |
| Centro Atención Drogodependientes (Cádiz)      | 23.870.000        | 295              | 51.000               | 72.357                  |
| Centro Atención Drogodependientes (Zaragoza)   | 24.000.000        | 300              | 3.000                | 25.000                  |
| Centro Atención Drogodependientes (Las Palmas) | 22.096.000        | 294              | 6.263                | 11.000                  |

### Una observación de carácter general

Todo este conjunto de observaciones no solamente nos lleva a valorar con escepticismo o, al menos, con máxima prudencia, las diferentes cifras expuestas, sino que sobre todo nos ofrece la oportunidad de recordar que:

a) Para una adecuada evaluación es preciso un claro y sencillo manejo de los costes de los programas, con criterios que habría que definir y ser asumidos por los diferentes centros, al objeto de permitir la comparación.

b) La utilización de elementales criterios económicos, ni exige una sofisticada preparación económico-contable ni tiene por qué provocar actitudes «antieconomicistas», por la obvia dificultad que en muchos casos existe de transformar en cantidad valoraciones que sólo pueden ser cualitativas o tienen un carácter mixto, cuantitativo y cualitativo.

c) Los equipos multidisciplinares, con algunos apoyos técnicos, pueden definir perfectamente las diferentes variables de los costes de los programas y acometer las diferentes valoraciones en ellos implicadas, sin grandes esfuerzos de tiempo dedicado. Esto no tiene en modo alguno una función «defensiva», justificar el coste de programas sociales, sino que es un instrumento de valoración y mejora posterior entre alternativas eficaces de intervención, una de cuyas variables (y no la decisiva) es la económica.

## Capítulo 5

# **Modelos terapéuticos de integración social. Entre la indefinición y el pluralismo**

---





## 5.1. Modelos terapéuticos de intervención

---

La expresión «no nos detendremos en conceptos teóricos de todos ya conocidos» es moneda corriente que encontramos en las diferentes memorias sobre los centros asistenciales, de forma que a través de las mismas resulta complejo el conocimiento de los presupuestos teóricos que subyacen a los modelos terapéuticos. Solamente algunas memorias y, más en concreto, trabajos específicos de profesionales presentados a diferentes jornadas, permiten cierta aproximación a dicho conocimiento. De ahí que no sólo resulta problemática cualquier profundización en el tema, sino que sospechamos que el problema es más profundo; es decir, la definición de modelos teóricos coherentes es una labor que se reduce a un pequeño número de profesionales conocidos, cuyos trabajos no necesariamente constituyen la línea orientativa de los centros o programas donde trabajan, sino que, por el contrario, suelen ser elementos que, junto a otros aportes conceptuales y prácticas terapéuticas, forman el entramado de ideas de diferentes centros, en proceso de experimentación.

Aquí nos limitamos a ofrecer una panorámica general de enfoques teóricos, interpretados a partir de diferentes aportaciones doctrinales, con la que poder describir y explicar las orientaciones concretas sobre reinserción social y los objetivos en que ésta se define.

De acuerdo con las diferentes memorias y trabajos (ponencias presentadas en congresos, publicaciones, etc.), los enfoques teóricos subyacentes en los diferentes programas, de forma explícita o implícita, elaborados o sin elaborar, serían los siguientes: dos enfoques de tipo *estructural* (el psicosocial y el psicodinámico), tres enfoques de tipo *rehabilitador* (el relacional, el psicoterapéutico y el socioeducativo) y, finalmente, dos enfoques de tipo *residual* (uno de tipo sanitarista y otro laborterapéutico).

Esta clasificación (ver Cuadro 7) permite una primera aproximación a los enfoques teóricos, aun cuando requiere matizaciones que pasamos a analizar, considerando las siguientes variables definitorias de los enfoques: la explicación sociológica del mundo de la droga, las alternativas al problema de la drogodependencia, los objetivos fundamentales de los procesos de recuperación, los criterios de intervención y el lugar del individuo en el proceso de recuperación. Variables, por otra parte, que a ve-

## CUADRO 7

## ENFOQUES TEORICOS Y MODELOS DE REINSESION

| Enfoques teóricos   | Modelos de reinserción | Tipo de centro predominante | N.º de centros |
|---------------------|------------------------|-----------------------------|----------------|
| 1. Psicosocial      | Estructural            | Público                     | 17             |
| 2. Psicodinámico    | Estructural            | Público                     | 1              |
| 3. Psicoterapéutico | Rehabilitador          | Privado                     | 6              |
| 4. Socioeducativo   | Rehabilitador          | Privado                     | 1              |
| 5. Relacional       | Rehabilitador          | Público                     | 1              |
| 6. Laborterapéutico | Residual               | Privado                     | 3              |
| 7. Sanitarista      | Residual               | Público                     | 1              |

ces no pueden desarrollarse en ciertos enfoques, debido a la falta de aclaraciones explícitas y disponibles, lo que no quiere decir que no existan al menos implícitamente.

### Los enfoques estructurales

1. *El enfoque de tipo psicosocial* es mayoritario en el conjunto de la muestra de centros. Se identifica con los centros públicos de tipo ambulatorio, excepto en el caso de un centro privado, su visión teórica de la reinserción es de tipo estructural y su grado de elaboración es relativamente detallado en una minoría de centros de cierta tradición asistencial y en la mayoría es un vago referente doctrinal y empírico.

El enfoque psicosocial constituye una visión de las drogodependencias en la que *la dialéctica individuo-sociedad constituye el eje definitorio de la problemática social real en que tienen lugar los procesos de consumo y recuperación*, y en los que la reinserción o integración forman el objetivo primordial de todo proceso recuperador. Tal enfoque se desarrolla sobre los siguientes supuestos explicitados por una minoría de centros:

a) La explicación sociológica del mundo de la droga rechaza todo enfoque que centre en el individuo la única responsabilidad del problema de la drogodependencia y apuesta por un tipo de explicación más compleja, en la que el individuo es un elemento más junto a la droga y el entorno social.

Sin embargo el énfasis en lo «social» varía según los distintos programas comprendidos bajo el enfoque psicosocial. Así, en un extremo tenemos un programa para el que la toxicomanía es una «enfermedad polidimensional», caso del Programa DROSS, con tres dimensiones bio-psico-social (*Dross Informe*, 1986); aquí el enfoque psicosocial se aproxima a la visión epidémica del problema, o la droga como problema ex-

terno cuyas raíces sociales, sin ser negadas, quedan supeditadas a la externalidad del problema a la que la sociedad debe ofrecer una respuesta institucional. En el otro extremo tenemos explicaciones estrictamente sociales del problema, como son aquellas que señalan que «toda drogodependencia es un problema económico, político, legislativo y social, cuyas consecuencias sociales revierten sobre la misma sociedad» (CAD, Zaragoza, 1986), o que las toxicomanías son expresión de una doble crisis: la crisis del modelo tradicional de socialización, más la crisis social generalizada, sin ofertas adecuadas para el desarrollo de los jóvenes y agravada por el aumento en la oferta de distintas sustancias tóxicas (M.<sup>a</sup> I. Leal y otros, 1986, Centro de Alicante). Entre ambas posiciones se sitúan otras (CURT, 1986) que tratan de explicar el problema de la drogodependencia como la dialéctica entre el individuo y su entorno, mediada por la droga o drogas.

En cualesquiera de las tres líneas explicativas, con distinto énfasis, *la sociedad es el lugar donde se origina el problema y donde puede encontrar su solución*. La propia denominación de enfoque psicosocial establece implícitamente esa dialéctica, cuyo análisis y comprensión delimita un ámbito estructural explicativo en el que la responsabilidad del drogodependiente se inscribe en la causación social del problema.

b) La explicación fundamentalmente social y estructural de la drogodependencia *rechaza todo género de alternativas medicalistas o juridicorrepresivas como formas dominantes de intervención*, y plantea modelos alternativos cuyo núcleo central es la *normalización* y el bienestar, cuyo presupuesto es «*la prevención de situaciones estructurales que generan marginación*» (PST, Canarias, 1986).

Esta doble alternativa se refleja de modo distinto en los programas, de forma que se pueden diferenciar *enfoques psicosociales estrictu sensu* y *enfoques psicopedagógicos*. Los primeros abordan los procesos de recuperación privilegiando la intervención en los «múltiples factores causales de orden eminentemente social» (M.<sup>a</sup> I. Leal y otros, *op. cit.*), que subyacen a la problemática de las drogodependencias, de modo que los cambios personales son posibles sobre la base de cambios sociales. Por el contrario, los enfoques psicopedagógicos (CURT, CPD de Córdoba, CAD de Zaragoza), que tienen detrás de sí la experiencia del fracaso escolar de muchos drogodependientes —fracaso socializador y fracaso formativo—, inciden en la importancia del *aprendizaje como vehículo de formación/autonomía personal y como práctica de normalización/socialización*; es decir, para los últimos enfoques los cambios personales y los cambios sociales forman parte de un mismo proceso.

c) Esta diferenciación de enfoques es importante en el sentido de que se ha planteado como consecuencia de la distinta conciencia existente en los programas sobre el fracaso y cambio de los procesos tradicionales de socialización y de las instituciones que los desarrollan (escuela y familia sobre todo). En este sentido, hay que resaltar cómo los programas públicos de tipo ambulatorio de reciente creación incorporan la preocupación

por intervenir en ámbitos estratégicos de *socialización*, como es el educativo.

Así mismo, estos programas coinciden globalmente en señalar la importancia de la *familia* en el proceso terapéutico, tanto *para romper las tendencias al descompromiso familiar con la problemática del drogodependiente*, constatadas en los diferentes centros y programas, como para *recrear un espacio natural de socialización o de convivencia no conflictiva*. Son precisamente los programas de intervención del tipo centro de día o que cuentan con centros de día (CURT de Valencia, Servicio Municipal de Toxicomanías de Alicante, Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, Centro de Atención a las Drogodependencias de Zaragoza, por poner algunos ejemplos) los que más enfatizan en la importancia de la familia como apoyo en los procesos de recuperación. Así, para unos, los objetivos de la recuperación son la estabilidad psíquica, la estabilidad familiar y la normalización de las relaciones sociales; para otros, la reinserción es familiar, escolar y laboral, o, en todo caso, tiene que haber una «estructura familiar que apoye y colabore con el proceso terapéutico» (Els Reiets), al menos del núcleo familiar.

Estos objetivos de socialización se sintetizan en dos *principios generales* compartidos por los diferentes centros que se apoyan en el enfoque psicosocial:

c.1) El objetivo máximo del proceso de recuperación es la reinserción, entendida como la *construcción de un nuevo estilo de vida y de relación social*, o, como señala el Programa Delta, «potenciar estilos de vida positivos para el individuo y la comunidad» (Delta, 1983). En definitiva, una normalización del sujeto que *no supone en modo alguno el logro de un ajuste normativizado, sino una inserción plural, diversa e individualizadora en su entorno*.

c.2) Por otra parte, la socialización tiene su piedra angular, o encuentra su posibilidad real, en el *logro de un modo de vida autónomo en el seno de una sociedad en la que la droga es una realidad*.

d) Estos objetivos se materializan en diferentes *modos de intervención*, cuyos criterios orientativos, comúnmente compartidos en gran medida por los diferentes centros, son los siguientes: programas *amplios* de intervención, frente a modelos parciales o aislados de recuperación, y diversidad de recursos asistenciales primarios, frente a los especializados y selectivos; también *pluralidad* en los procesos de intervención, para «dar respuestas a casos concretos y a grupos de características diferentes» (CURT), puesto que «no existe el tratamiento, sino los tratamientos implicando no sólo al individuo, sino al contexto de que forman parte» (Delta); enfoque *multidisciplinar* en la intervención, e incluso multiplicidad de referencias en cuanto a conceptualización —eclecticismo— (PRID, Murcia, 1985); *globalidad* en la intervención o respuesta, frente a la complejidad de las causas y consecuencias de la drogodependencia, de modo que los procesos de recuperación comprendan los diferentes sujetos y sus

diferentes necesidades de recuperación e integración social; *normalización* en los procesos de recuperación, de forma que los recursos utilizados sean los generales de la población, con las excepciones necesarias, puesto que los recursos de tipo comunitario son de menor coste y no segregan ni «ghettizan» (PRID, Murcia, 1985), así como el desarrollo de un tipo de normalización que sea real ya que, por ejemplo, la «incorporación total del ex toxicómano al mundo laboral y no al fomento de actividades protegidas» (CPD, Córdoba, 1986) constituirá una forma de evadir el reto de la integración social; criterio de *intervención comunitaria*, propiciando la «responsabilidad social compartida» a través de programas «no rígidos ni unimodales» (Programa de Drogodependencias de Hospital de Llobregat, 1987); finalmente, la utilización preferente de fórmulas *abiertas* de intervención, frente a las cerradas, pues las microestructuras alejadas del entorno real del drogodependiente, utilizadas en ciertos casos durante un corto período de tiempo, no favorecen la integración y potencian la imagen y la práctica social de la segregación y el aislamiento.

e) Finalmente, en el enfoque psicosocial, *el individuo tiene un papel central y activo*. Central, porque la recuperación del drogodependiente, su integración, es el objetivo fundamental de los programas de asistencia, y activo, pues para este enfoque el logro de la autonomía del individuo es el modo básico para lograr un modo de vida sin drogas. El proceso de recuperación se plantea como una cadena de compromisos (materializable en contratos terapéuticos o no) en los que los individuos tratan de recuperarse e integrarse sin que se limite al ejercicio de sus derechos.

2. *El enfoque psicodinámico* se identifica en este caso con un solo programa terapéutico, el de la CTD Casa Lanza, pionera en el sector público y privado de atención a las drogodependencias, y que ha tratado de formular un proceso de recuperación abierto, articulándose en base a varias técnicas (de la que la CT es el elemento quizás más importante) y apoyándose en el psicoanálisis de orientación lacaniana, sobre todo.

La psicología dinámica es un instrumento al servicio de la reconstrucción y maduración de un individuo drogodependiente en un espacio provisional semiabierto como es el de la CTD, junto a procesos previos de decisión voluntaria para iniciar dicha reconstrucción y refuerzos de tipo ambulatorio para el seguimiento en el período de normalización.

Los diferentes trabajos en que se explicita este modelo terapéutico (T. Fernández March, 1985; M. Bayarri, Llobat, T. Fernández March y J. Gómez Moya, 1985), no abordan un análisis desarrollado sobre la génesis de la drogodependencia que justifique el modelo terapéutico de la psicología dinámica. Implícitamente, la concepción sobre la génesis de la drogodependencia se articula desde la visión de un estructuralismo simbólico, opuesto al análisis estructural del enfoque psicosocial, de forma que los drogodependientes son sujetos cuya identidad se ha roto por causa de la perversión del fetiche de la droga. La regresión profunda que la droga origina en la estructura de identidad del individuo —que hace huecos y

figuras diversas— es un problema cultural que afecta a los niveles profundos de comunicación e identidad, cuya modificación encara la psicología dinámica.

El objetivo del proceso de recuperación consiste, por ello, en la «realización simbólica» del individuo, de forma que lo que se pretende es «arreglar, modificar la dura realidad, pero no reemplazándola por una realidad más suave y más soportable, sino más limitada y más legislada» (Casa Lanza, 1987). El enfoque es, por tanto, psicoanalítico e individualizado, mediante el que se pretende sustituir la regresión (negación de la realidad) por la madurez (afirmación tolerable de la realidad).

El proceso de «arreglo» se estructura en diferentes niveles, que combinan ambulatorio, CT y tratamiento a familias o diseño de programas familiares de tipo terapéutico. Pero es la CT el instrumento clave del proceso de reconstrucción del individuo, en el sentido de que «representaría un intento de regresión al estadio del espejo postulado por Lacan, que permitiese subsanar los trastornos de identidad del sujeto». La CT es el instrumento que permite enfrentarse al conflicto entre el individuo y la sociedad, a través de fases progresivas: fusional, escisión, de transición y duelo, que actúan de transición a la realidad.

La realidad social, negada por el individuo, se recrea mediante la palabra, el lenguaje, y aparece progresivamente como un principio de realidad tolerable. Tal es el principio nodal de la recuperación y de la integración social. Es importante señalar cómo en este esquema el individuo tiene un papel central, en la medida en que sus compromisos libres van jalonando el proceso de recuperación y los conflictos inherentes al mismo, a través de la inserción del sujeto en el campo del lenguaje.

## Los enfoques de tipo rehabilitador

Mientras los enfoques anteriores de tipo estructural centran el proceso de recuperación en la integración social global —referente social abierto (enfoque psicosocial)—, o en la reconstrucción del individuo para en un entorno conflictivo —referente simbólico abierto (enfoque psicodinámico)—, los denominados aquí de tipo rehabilitador encaran el proceso de recuperación alrededor de lo que podrá denominarse como el logro de la *autonomía* del drogodependiente, como paso superador del conflicto con la droga y como escalón imprescindible de la integración social. Ello no significa que para este enfoque la reinserción no tenga sentido, sino que o bien es el modo terapéutico mediante el que se aborda la integración, o bien sucede que el modo de intervención es rehabilitador porque no dispone de los medios o no está integrado en un programa amplio en el que poder desarrollar actividades de reinserción. Se dé un caso u otro, todos los programas de este enfoque afirman rotundamente que sus objetivos terapéuticos tienen como meta la reinserción del individuo.

Dentro de este enfoque se pueden diferenciar tres grupos: los programas de tipo *psicoterapéutico* (seis centros privados), el específico del Proyecto Hombre, *socioeducativo*, y el peculiar *enfoque relacional*, a mitad de camino entre el enfoque psicosocial y el psicoterapéutico.

1. *El enfoque psicoterapéutico* es uno de los menos elaborados teóricamente; se podría decir que no hay teoría, aunque sí algunos supuestos conceptuales no elaborados y sin referentes doctrinales. Por otra parte, este enfoque no es que deje en un segundo plano la problemática de la reinserción social, sino que no enlaza el proceso de rehabilitación con el de integración, al que suele referirse en términos generales. Se puede afirmar que ese vacío refleja tanto el pesimismo sobre la posibilidad real de integración del drogodependiente, como la ausencia de un proyecto coherente o mínimo diseño, a diferencia de como sucede en el enfoque psicosocial.

Para este enfoque, *la problemática de la droga hunde sus raíces en los cambios culturales producidos en las sociedades maduras o de consumo, que han fomentado estilos de vida no normativos*, que no se ajustan adecuadamente a los referentes sociales e ideológicos de nuestra sociedad. El análisis sociológico de la drogadicción, sus causas sociales o sociogénesis, se sustituye por una visión en gran medida individualizada del problema: *el drogodependiente es un «enfermo»*, cuya recuperación, superado el síndrome, consiste en rehabilitarle para que se enfrente por sí mismo a los problemas de su normalización. Siendo la drogodependencia una enfermedad, se aborda como un problema exógeno que genera disfunciones en la sociedad, desde la cual se interviene con el fin de modificar los hábitos y comportamientos de los drogodependientes, pero no se plantean los posibles fundamentos sociales del problema. En este sentido resulta curioso comprobar cómo, excepto en un programa privado con influencias aparentes del enfoque psicosocial, en el resto, la sociedad no aparezca de algún modo como causa explicativa de la drogodependencia y sólo como lugar abstracto al que un individuo en recuperación tiene que volver después de normativizarse.

Desde este punto de vista, el objetivo de la recuperación es la rehabilitación entendida en dos sentidos: uno, como el logro de *autonomía personal* con la que reintegrarse a la sociedad (visión compartida con los enfoques de tipo estructural) y, otro, como proceso de *normativización* o ajuste social, sin plantearse con la necesaria profundidad los condicionantes estructurales de tipo social a los que se enfrenta un individuo en recuperación.

No todos los programas comparten los mismos supuestos, de forma que tenemos desde un centro que reconoce la importancia de las circunstancias socioculturales en la génesis de la drogodependencia, negando que sea una «enfermedad convencional» y proponiendo un programa psicopsicoterapéutico y reeducativo, hasta otros para los que el problema es el control y autonomía del individuo, alterados por el consumo adictivo de drogas; pasando por programas que o enfatizan en el carácter de en-

fermo del drogodependiente, en su frustración respecto del trabajo (instrumento de realización personal y de cohesión de un grupo social) o, finalmente, en las dificultades de lograr coherencia y satisfacción personal por parte de los adictos.

Los programas terapéuticos del enfoque psicoterapéutico se inscriben dentro de una línea *profesional* de intervención, reconociendo a veces que dicho estilo ha venido precedido por un estilo voluntarista. Los programas son también de un talante *modernizador* en el sentido de que plantean intervenciones recuperadoras que se ven limitadas por la cruda realidad social en proceso de cambio, frente a la cual poco puede hacer, justificando de este modo los fracasos de la recuperación, de modo que sólo cabe potenciar la autonomía individual desde la cual poder volver a competir en una sociedad que es como es. A ello hay que añadir el *pluralismo* terapéutico como vía de eficacia recuperadora o abordaje terapéutico amplio, lo que implica intervención multidisciplinar y multiinstrumental. Aunque todos los centros afirman hacer reinserción, lo cierto es que implícita o explícitamente reconocen que la demanda asistencial rehabilitadora absorbe gran parte o casi la totalidad de las energías de los mismos. Finalmente, con alguna excepción, todos los centros de este enfoque están subvencionados por el sector público, mantienen relaciones profesionales con los centros públicos de muy diferente tipo (sobre todo para apoyarse en recursos de reinserción) e, incluso en un caso, apuestan por el modelo privado o iniciativa privada, porque está «más motivada» que la iniciativa pública, que debe limitarse a apoyar a aquélla con recursos públicos en lo que se refiere a la rehabilitación y coordinarse en cuanto a reinserción.

2. *El enfoque socioeducativo* se concreta en una red asistencial importante y específica, como es la del Proyecto Hombre, que centra su campo de actuación en la rehabilitación del drogodependiente y, en cierto sentido, de su propia familia, puesto que ambos son indivisibles.

La concepción básica implícita del Proyecto Hombre sobre la drogodependencia es la de que ésta se origina en la *quiebra* de las instituciones básicas de *socialización* y en la *ruptura* de los *vínculos comunitarios* de la sociedad, factores ambos mutuamente complementarios. En el primer caso, la quiebra del sistema tradicional de socialización supone que el sistema educativo y la familia están sometidos actualmente a una crisis en sus objetivos tradicionales, en la medida en que los procesos de secularización y la cultura de la sociedad de consumo tienden a romper con el principio de jerarquía y orden social. En el segundo caso, la ruptura de los vínculos comunitarios de la sociedad supone que la sociedad corporativa del bienestar rompe con las identidades emocionales, las motivaciones tradicionales y las solidaridades atávicas, para sustituirlas por vínculos burocráticos y racionalizadores.

En esta doble crisis se explica la drogodependencia y en ella también puede encontrar su superación. Aquí es donde se plantean dos objetivos complementarios, no exentos de contradicciones entre sí, pero que se co-



rresponden con el doble movimiento sociológico de cambio de finales del milenio: la panacea de la modernización y la mitificación de lo comunitario. En efecto, el Proyecto Hombre en su programa socioeducativo combina de diferentes modos dos procesos de intervención:

a) Reconstrucción del proceso de socialización tradicional, enfatizando en los principios de jerarquía y disciplina social, esfuerzo y competencia, que se corresponden con los valores explícitos del proceso de modernización y de vertebración de nuevas estructuras sociales asimétricas.

b) Reconstrucción también de los vínculos comunitarios, tanto en consonancia con el redescubrimiento de lo comunitario, solidario y la autoayuda, como recreación de una legitimación de los órdenes jerárquicos, a través de los vínculos de afecto e intensidad emocional que generan los grupos, todo lo cual se correspondería con la importancia actual de lo comunitario.

Quizás ningún proyecto terapéutico ha logrado diseñar un programa que sintetice dos procesos que en cierto modo son contradictorios (modernización frente a tradición) y también en cierto modo son complementarios (rejerarquización comunitariamente legitimada), especialmente si tenemos en cuenta que el enfoque psicosocial tiende implícitamente a resistirse a los efectos jerarquizadores del actual proceso de modernización, y los enfoques de tipo psicoterapéutico tienden a aceptar dichos efectos no recreando espacios comunitarios, sino reforzando al individuo para hacer frente a una sociedad más segmentada.

Este proceso de intervención se puede contemplar a través de las estructuradas fases de la recuperación. La *acogida* inicia el camino de crecimiento en el que el individuo empieza a pertenecer a una estructura dinámica basada en la identificación con las figuras modelo de los operadores y jefes de grupo y, por otro lado, la presión de las emociones y el apoyo del grupo tiende a reforzar lazos comunitarios (Proyecto Hombre, 1987). La familia recorre paralelamente el camino de crecimiento de los hijos participando activamente en el programa. La *comunidad terapéutica*, continuidad de la fase de *acogida*, es la «gran familia», a la vez que una estructura jerárquica muy delimitada se «confronta» diariamente a través de los *grupos de encuentro* dirigidos por los operadores. Finalmente, la *fase de reinserción*, después de la experiencia socializadora de la CT, constituye un *proceso en tres fases* (A, B y C) en el que el refuerzo de los vínculos comunitarios pasa a primer plano, puesto que *la reinserción seguirá siendo una comunidad organizada que exige participación y empeño*. Los grupos de encuentro y la confrontación con la realidad forman parte de este último proceso terapéutico.

Si la familia es importante en el enfoque psicosocial, como medio de apoyo sobre todo, en el Proyecto Hombre lo es doblemente pues recrea el principio jerárquico (*control*) y el principio comunitario (*apoyo*) a través de los *grupos de autoayuda*, con reuniones de grupo por semana y en los *grupos con las familias* en las fases de acogida y de CT.

En definitiva, el modelo terapéutico del Proyecto Hombre afronta la drogodependencia como reconstrucción de la quiebra socializadora y de la ruptura comunitaria de la sociedad actual que, en el caso de los drogodependientes, se manifiesta de forma dramática y como expresión clara del desorden. De este modo, la reinserción social consiste en la integración en el orden social, en la disciplina social y en la vinculación afectiva con la comunidad como totalidad sin conflictos, retorno a lo comunitario.

3. *El enfoque relacional* en toxicomanía es asumido por uno de los centros públicos de la muestra y en la monografía n.º 1 de *Comunidad y Drogas* se ofrece un adecuado resumen de dicho enfoque.

El enfoque relacional es una visión sistémica de alcance medio, en la medida que tiene en cuenta el conjunto de comportamientos comunicativos en los que se ubica el drogodependiente y constituye a la *familia en eje central de las estrategias de intervención en recuperación de drogodependientes*.

*La drogodependencia* se explica como un *desajuste funcional* en el sistema humano, y particularmente en la familia, en cuanto subsistema humano estratégico en el terreno de la reproducción física y cultural. Siguiendo la teoría general de sistemas, autores como Coletti y Cancrini (M. Coletti y L. Cancrini, 1987) señalan cómo la familia es un sistema interactivo básico en la sociedad, con reglas definidas de homeostasis, no sumatividad y equifinalidad. A lo largo del ciclo vital se producen cambios y crisis que pueden dar origen a la «familia disfuncional», causa prioritaria de desajustes en las funciones de crecimiento y reproducción. De ahí que «el enfoque relacional considera prioritario el aspecto de la disfuncionalidad del núcleo familiar con respecto a la especificidad del sistema toxicodependencia» (M. Coletti, 1987). Ello conduce necesariamente a que toda intervención prescinda del hábito o adicción a la droga y se centre o codifique en las características del *sistema*, en la estructura misma de la familia y en sus redes internas de orden, jerarquía y reciprocidad.

Por tanto, la explicación causal de las toxicomanías privilegia el *subsistema familiar como núcleo de los desajustes sistémicos* y centra la intervención en las terapias familiares, de gran importancia en esta corriente (E.P. Kaufman, 1979; Minucchini y otros, 1967), dejando en un segundo plano otras posibles sociogénesis de la drogodependencia.

El enfoque relacional, en cuanto tratamiento de familias disfuncionales, no sólo reduce el ámbito genérico de la drogodependencia, sino que además la intervención se reduce a la reorganización funcional del orden familiar, según su posición en la jerarquía social. Ello hace que si la terapia familiar consiste en la reconstrucción de un orden funcional en crisis, el conjunto del proceso terapéutico se plantee también como la dinámica entre estructuras de poder y juegos de poder existentes entre los subsistemas familiar y terapéutico (J. A. Abeijón, 1987).

El mérito del enfoque relacional, sin embargo, es su análisis funcional de las relaciones de poder que se establecen entre la organización familiar y el sistema organizativo terapéutico, así como el papel crucial de las terapias de familia en la recuperación del drogodependiente. En este doble sentido, a dicho enfoque sigue una línea de análisis que se ajusta a las pautas de modernización y cambio funcional de la actualidad: reordenación de desequilibrios en diferentes subsistemas de socialización y jerarquización, que la drogadicción y otros fenómenos socioculturales habían alterado, pero aislando dichos procesos de otros fenómenos de cambio y conflictos generales existentes en las sociedades avanzadas.

## Los enfoques residuales

Son aquellos para los cuales los procesos de reinserción son marginales, ya porque la reinserción no se contempla como un objetivo del proceso terapéutico (enfoque sanitarista), ya porque se reduce a un problema de recuperación por el trabajo, o, sencillamente, que la reinserción es tener un trabajo. De forma esquemática haremos una referencia a estos enfoques.

1. *El enfoque sanitarista* se rechazó en la propia elección de los centros y programas a investigar, entendiéndose que se trataba de un tipo de orientación que la práctica rehabilitadora y asistencial más sensata ha suprimido hace tiempo.

Sin embargo este enfoque apareció de forma implícita en un centro público de tipo ambulatorio y de reciente creación, precisamente el único centro que afirmó que no realizaba ningún tipo de actividad de reinserción social.

En el caso citado sólo se mencionó la estricta asistencia médica al drogodependiente, aunque posiblemente sólo se trate de una fase transitoria, y como cualquier centro ambulatorio público defina antes o después un programa terapéutico en el que la integración social sea una pieza sustancial del mismo, o, al menos, una fase contemplada en los procesos de recuperación.

2. *El enfoque laboroterapéutico* alcanza su importancia en tres programas privados: en un centro se trata de reinsertar mediante el trabajo, instrumento de reparación social y de integración social o refuerzo grupal; en otro, se trata de un grupo de autoayuda, para el cual el trabajo es un medio de supervivencia y de cohesión del propio grupo; finalmente, en el último caso, el trabajo es la vía de evitar la marginación, creando espacios laborales protegidos.

Evidentemente, la laboroterapia es un instrumento terapéutico presente en la casi totalidad de los centros y programas, incluso en algunos casos es la actividad (que no terapia) fundamental, como forma de relleno del tiempo y como intento de proporcionar habilidades a personas sin

oficio o que nunca han trabajado, que constituyen un contingente notable de los individuos que acuden a los centros asistenciales.

Sin embargo, aquí denominamos como laborterapia al enfoque asistencial que o centra la recuperación sólo en el trabajo, o crea espacios de trabajo ficticios a automarginados, bajo la excusa de que nadie contrata a un ex heroinómano sabiendo que lo es, por cierto que ello sea. En este sentido, este enfoque es o reduccionista desde el punto de vista terapéutico o marginalizador, al no provocar alternativas de trabajo normalizadas.

Bien es cierto, por otra parte, que este enfoque tiene un fundamento claro: que el trabajo es un instrumento decisivo de integración y que mejor es disponer de empleos protegidos que estar en el paro, siendo lo cual obvio no implica la conversión de lo provisional y transitorio en definitivo y permanente.

## Algunas conclusiones

Las conclusiones del análisis esquemático de los modelos teóricos de los centros y programas son patentes:

a) *La mayoría de los centros no tienen modelos teóricos explícitos y elaborados, sino un conjunto de presupuestos conceptuales y prácticas terapéuticas en continua reelaboración.*

b) *La pobreza teórica es visible en los escasos referentes doctrinales y también en las muy limitadas elaboraciones teóricas que sintetizan prácticas terapéuticas a veces muy importantes.* No como excusa, sino como realidad, hay que afirmar que los profesionales de los centros suelen estar desbordados por la labor asistencial, que les impide dedicarse tanto a diseñar proyectos plausibles de reinserción como a sintetizar teóricamente experiencias y reflexiones. Las jornadas y congresos reflejan a menudo esto de manera que las ponencias giran alrededor de los programas concretos, y en menor medida sobre los presupuestos teóricos que las sustentan.

c) *Los enfoques teóricos aquí descritos reflejan una práctica plural,* en la que el sector público juega un papel relevante en la elaboración teórica y en la reflexión científica sobre las drogodependencias y del que es muestra el enfoque psicosocial.

Por otra parte, esta diversidad de enfoques teóricos y de modelos de reinserción complejiza el análisis e interpretación de la realidad de la integración, así como la interpretación de resultados de los programas y actividades, lo que supone una fuente de incertidumbres nada desdeñable a la hora de valorar resultados. Lo que además se agrava cuando se comprueba la contradicción entre la teoría y la práctica; es decir, entre lo que podría ser de alguna forma un cierto modelo evolutivo teórico y el conjunto de experiencias de reinserción, que, como veremos, no constituyen aún un núcleo de referencias evolutivas con capacidad de aglutinamiento o modelización.

---

## 5.2. Los objetivos de la integración social

---

A la hora de considerar los objetivos de reinserción social de los centros y programas tenemos que considerar tres aspectos:

- a) La *variable tiempo*, en la medida en que la juventud o solera de un programa permite un mayor o menor grado de concreción en los objetivos de la reinserción social.
- b) También se hace preciso considerar dentro de los *objetivos* de la reinserción cuál es el *estratégico* o fundamental, y en qué medida se confunde con los objetivos terapéuticos del programa.
- c) Asimismo, en relación con lo anterior, es preciso considerar *cuándo se inicia el proceso* de reinserción social de un drogodependiente.

### La variable tiempo

Un primer problema que se plantea en la definición de los objetivos y, por tanto, en la valoración de los resultados de los programas, es la variable tiempo, que significa experiencia, solidez y elaboración conceptual.

En este sentido hay que señalar que diecisiete centros de los analizados iniciaron actividades o programas de reinserción desde 1985 hasta hoy, seis entre 1983-84 y otros seis entre 1979-81. Por otro lado, el comienzo de esos programas coincide normalmente con el año de inicio de las actividades del centro, al menos en el caso de los centros públicos de reciente creación, cuyo objetivo central es la reinserción social del drogodependiente y así lo explicitan.

En algunos casos, los centros fueron más rigurosos y diferenciaron el año de creación del centro —por más explicitado que estuviera su objetivo terapéutico central de reinserción social— y el año en que se iniciaron actividades de reinserción, de forma más o menos sistematizada, tal es el caso de tres centros públicos y seis privados. En general, se puede decir que los centros privados explicitan el momento de su incorporación a la realización de actividades de reinserción desde el momento en que realizan actividades de ese tipo o a partir de integrarse o llegar a acuer-

dos con instituciones públicas de cara a programas de empleo, culturales, etc. Y eso se produce desde finales de 1985 en adelante, nunca antes. Ello es significativo, pues es en torno a esa fecha cuando se produce la eclosión de centros ambulatorios públicos y programas amplios, y cuando se pone en marcha el Plan Nacional sobre Drogas. Desde esa fecha, la reinserción social del drogodependiente pasa a ser una preocupación fundamental en los centros públicos y privados, coincidiendo también con una preocupación social generalizada por la inserción de la juventud, cuyas restricciones de oportunidades de vida y empleo son, sencillamente, patentes.

A una experiencia tan breve en el tiempo, se corresponden objetivos muy diversos y poco estructurados e igualmente resultados dispares y poco objetivables, como iremos viendo progresivamente.

## El objetivo fundamental

Los objetivos de la reinserción tienden a confundirse con los objetivos generales del programa asistencial, lo que no puede sorprender, teniendo en cuenta la *progresiva centralidad que aquélla ha ido tomando en los procesos terapéuticos y la propia dificultad metodológica de separar la reinserción de otras fases o pasos del proceso de recuperación.*

De los treinta centros analizados, dos no explicitan objetivos: en un caso, por afirmar que no realiza actividades de reinserción; en otro caso, aun realizando actividades de reinserción, no señaló los objetivos que las mismas proseguían.

El resto de los centros concretan los objetivos de la reinserción alrededor de diferentes bloques temáticos entremezclados entre sí. Aunque se les pidió una jerarquización aproximada de los objetivos de reinserción social, ello no fue fácil en muchos casos, puesto que consideran el proceso terapéutico como una unidad internamente cambiante, según los individuos y su situación en el entorno social. Sin embargo, es posible hacer una ordenación aproximada de dichos objetivos, según su importancia estructural y *procesal*, y otra aproximación de tipo *temático*, en función de los propios objetivos explicitados.

Resulta obvio que *en el conjunto de los centros la reinserción se estructura alrededor de la piedra angular del logro de la autonomía del individuo adicto.* La importancia de la autonomía como independencia global o madurez, es el presupuesto condicionante de la reinserción social. Que sin autonomía personal no es posible la integración social, viene a ser un supuesto comúnmente aceptado por los centros públicos y privados con diferentes énfasis. A cierta distancia se sitúa la *abstinencia* como objetivo de los programas asistenciales, confirmando de este modo un cambio doctrinal ya apuntado en la primera parte; es decir, lo importante es que la maduración y autonomía del drogodependiente sean tan cre-

cientes que reduzcan progresivamente las recaídas, sin que la abstinencia total constituya la condición imprescindible del éxito en la recuperación. Si la abstinencia es un primer esfuerzo de partida, posteriormente su mantenimiento se logrará en la medida en que un individuo construye una vida autónoma libre de drogas. Finalmente, y a escasa distancia de la abstinencia, se sitúa la *reinserción*, como proceso de normalización social, integración social y logro de oportunidades de vida.

En suma, el proceso de reinserción se articula alrededor de la construcción de la autonomía del individuo, el mantenimiento de la abstinencia y la normalización social.

Desde el punto de vista de las variables temáticas que los centros consideran en la definición de los objetivos de la reinserción, vemos que hay preocupaciones u objetivos que aparecen en mayor medida que otros. Así, resulta claro el predominio de la *integración laboral* en los objetivos de reinserción, nunca definida como objetivo fundamental o prioritario por los centros, pero sí como una preocupación u objetivo mayoritario, lo que se explica perfectamente dado que se trata de una clientela predominantemente juvenil, castigada duramente por el paro y la baja cualificación, y también por el hecho de que los enfoques de tipo psicosocial, aunque no en exclusiva, tienen una especial sensibilidad a la problemática del paro. A continuación se sitúa el objetivo de lograr la normalización de las *relaciones familiares*, lo que se corresponde con el énfasis de los programas en la importancia de la familia en la recuperación del drogodependiente. El tercer objetivo de los centros es la *integración social*, en términos generales, y utilizando dicha expresión de forma mayoritaria frente a la minoría que habla de reinserción, lo que es sintomático de los cambios que se están produciendo en la concepción de la integración de los drogodependientes. También es importante el logro de una nueva *identidad* por parte de los individuos adictos, entendida como vivir sin drogas en un mundo donde la droga es una realidad. Lograr nuevos *hábitos de convivencia* y la *abstinencia* son el quinto objetivo de los programas situados al mismo nivel. Finalmente se indican los objetivos de *participación social* y *normalización*, a gran distancia de los anteriores.

De este modo, si desde el punto de vista del proceso de la reinserción el papel del *individuo*, su maduración y autonomía, es el eje central, lo contrario sucede cuando contemplamos el conjunto de los objetivos, en los que predominan los problemas más inmediatos: el trabajo, la relación familiar y la integración en la sociedad.

## La iniciación del proceso

Por último, en relación con el *inicio* del proceso de reinserción, se pueden diferenciar tres grupos de programas:

a) Quince centros afirman que el proceso de reinserción comienza desde el momento en que se inicia el proceso de recuperación, todos ellos

de carácter público excepto uno privado, en los que predomina el enfoque de tipo psicosocial.

b) Un grupo de diez centros, para los que la reinserción se inicia a partir del proceso de rehabilitación, seis privados de enfoque rehabilitador y cuatro centros públicos con un enfoque psicosocial.

c) Un pequeño grupo de cuatro centros, para los que la reinserción se inicia desde que finaliza el proceso de rehabilitación: tres centros privados con un enfoque residual y un centro público con enfoque psicosocial. Finalmente, un centro público, que no responde puesto que no realiza actividades de reinserción.

En conclusión, podemos afirmar que *la elaboración y sistematización de objetivos de reinserción va unida en parte al propio proceso evolutivo de los centros, al tipo de enfoque y a la propia realidad social en la que el centro actúa*. Queda igualmente patente que si desde el punto de vista del proceso recuperador la autonomía del individuo constituye el primer objeto de los programas, seguida de la abstinencia y de la integración social, desde el punto de vista de las preocupaciones más inmediatas la integración laboral, la normalización de las relaciones familiares y la integración social general, aparecen como centrales en los programas. Finalmente, la corriente predominante se decanta en favor de un tipo de recuperación en la que el proceso de integración se plantea desde el inicio mismo de aquél, seguido de otro grupo de centros para los que la integración se inicia a partir del proceso de rehabilitación y minoritariamente al finalizar aquél.



## Capítulo 6

# **Las actividades de reinserción. Desarrollo, resultados y evaluación**

---



En los capítulos precedentes hicimos una descripción detallada de las características funcionales de los centros asistenciales, el tipo de actividad que realizan, ámbitos operativos, financiación y recursos humanos (capítulo cuarto) y un análisis de los modelos teóricos de intervención, así como de los objetivos fundamentales de los procesos de reinserción (capítulo quinto). Nos resta ahora describir y analizar las actividades de reinserción o integración social, difícilmente separables en muchas ocasiones del conjunto del proceso asistencial, a través del siguiente hilo conductor:

- a) Quién decide el proceso de reinserción, las condiciones que se exigen y condicionamientos más importantes.
- b) En qué tipo de actividades se materializan dichas actividades y qué recursos se utilizan.
- c) Qué tipo de evaluación, de existir, se utiliza como instrumento de valoración de las actividades y resultados.

## 6.1. Sobre decisiones y condicionantes que afectan al proceso de reinserción

---

Hecha la salvedad de que en muchos casos proceso de recuperación global y proceso de reinserción se confunden, lo cierto es que la ejecución y desarrollo del programa se lleva a cabo directamente por el centro en catorce casos; depende de un sistema amplio en otros once casos (a pesar de que todas las instituciones, excepto tres, están comprendidas en un sistema asistencial amplio, lo que hace discutible el propio concepto de sistema amplio tal como es enunciado por diferentes centros), y depende de «otras instituciones» en la mitad de los centros.

### Ejecución del programa

Ahora bien, lo importante es señalar los modos concretos en que se desarrolla el programa y las posibles diferencias existentes entre el sector público y el privado. Pues bien, resulta patente cómo la ejecución del programa de reinserción sólo por el «centro» afecta a la casi totalidad de los centros privados, que se apoyan en sus propios recursos (aunque en algún caso se ha comprobado que se apoyan en recursos del sector público o en otras instituciones), mientras que el resto de los centros públicos que desarrollan su programa desde el «centro» siempre lo combinan con un sistema amplio e incluso con otras instituciones. En el caso de los centros públicos, el «centro» viene a ser un instrumento de coordinación, mientras que la ejecución se desarrolla en otros ámbitos y con otros recursos.

Por otra parte, hay que enfatizar en el hecho de que todos los centros que se apoyan en un «sistema amplio» de recursos son públicos, que eventualmente utilizan los recursos de otras instituciones que no forman parte del sistema amplio al que pertenecen. Finalmente, además del desarrollo de actividades de reinserción sólo por el «centro» o bajo la cobertura de un sistema amplio, diferentes centros desarrollan actividades «conjuntamente con otras instituciones», tal es el caso de tres centros privados y once públicos; en el primer caso se trata de acuerdos con instituciones públicas y en el segundo de actividades complementarias a las que desarrolla su sistema amplio.

En cualquier caso, la *tendencia* es clara: *los centros privados tienden a apoyarse en los recursos existentes en sus propios centros y, en menor medida, en los de otras instituciones, mientras que los centros públicos estructuran sus actividades en cadenas combinadas de recursos, en las que el eje central pasa por sistemas amplios.*

## Fases del programa de reinserción

Particularmente compleja resulta la respuesta a la pregunta sobre las *fases del programa de reinserción, objetivos* de las mismas, *técnicas utilizadas y duración aproximada*. Es compleja, tanto por la dificultad de diferenciar la intervención en reinserción de otros aspectos del programa asistencial, como por la escasa sistematicidad que se contempla en los procesos de reinserción de los centros, y no menos importante por la resistencia a estructurar procesos que la realidad social suele alterar o modificar. Con estas salvedades, podemos definir los rasgos estructurales de las fases de los programas de reinserción.

De los treinta centros, solamente cuatro no tienen ningún tipo de fases en el proceso de reinserción o recuperación (dos públicos y dos privados), y con cierto detalle en las fases se encuentran veinticinco centros. Ahora bien, el problema que se plantea es en qué tipos de fases se estructura el proceso de reinserción. El común denominador de centros públicos y privados es la incorporación de la reinserción como elemento del proceso global de recuperación. En el caso de los públicos, porque teóricamente así se contempla en la mayoría de ellos, y en el caso de los privados porque al predominar el enfoque rehabilitador la reinserción ocupa un lugar menor o, si se prefiere, lo que existen son programas de rehabilitación más que de reinserción, siendo ésta una fase metodológica de la intervención independientemente de su grado de materialización.

Centrándonos en el análisis concreto de las fases del proceso de reinserción encontramos un pequeño núcleo de centros (tres privados y uno público) que se ciñen a definir exclusivamente las fases del proceso de reinserción, diferenciándolas claramente del conjunto del proceso asistencial, y en otros dos casos se identifican con el enfoque que hemos denominado laborterapéutico y en otro con el socioeducativo (Proyecto Hombre).

En los de enfoque laborterapéutico la reinserción, o es un programa ocupacional en fase única para ex toxicómanos solamente, tratando de ofrecerles una formación profesional y fomentar la convivencia entre ellos mediante un taller ocupacional, o bien se trata de una combinación que articula la *adaptación sociolaboral* que, con una duración de seis meses, combina cursos de formación o trabajo con refuerzos terapéuticos de tipo grupal e individual en el medio urbano. En el caso del Proyecto Hombre la reinserción está perfectamente programada en tres fases (socialización, inserción en el mundo laboral o educativo y autonomía e

interdependencia), con una duración media de tres a cuatro meses en cada una de las fases, apoyándose en terapias de grupo e individuales. El centro público con fases concretas de reinserción se incluye en el enfoque psicosocial, con una duración aproximada de veinte meses, que incluye actividades de tipo rehabilitador (refuerzo de pautas de conducta) y de integración sociolaboral.

Hecha esta primera delimitación, es preciso diferenciar las fases, técnicas y tiempo del proceso de reinserción en términos comparativos a tres niveles:

a) Según el *tipo de centro* (público o privado).

b) Diferenciando los *modos asistenciales* (básicamente el modo CTD y el ambulatorio).

c) Distinguiendo los centros según el enfoque terapéutico (enfoque psicosocial más el psicodinámico —concepción estructural de la reinserción—, el psicoterapéutico más el relacional —concepción rehabilitadora—, excluyendo el socioeducativo ya considerado y el enfoque residual del grupo laboroterapéutico que antes consideramos). De modo esquemático, el Cuadro 8 resume dichas comparaciones, cuyas fronteras a veces no son perceptibles.

1. Según el *tipo de centro* (público y privado), la diferenciación resulta hasta cierto punto problemática, puesto que de los once centros privados no disponemos de información en dos casos y en tres de ellos es muy precaria, por lo que, más que comparar, en el caso de los centros privados sólo podemos limitarnos a realizar algunas indicaciones.

En conjunto, los centros privados se dividen en dos grupos: en uno, la reinserción se identifica con la búsqueda de un trabajo o preparación profesional, apoyándose en teorías psicoterapéuticas, seguimiento del centro y colaboración con instituciones (INEM, becas de Ayuntamiento). En otro grupo, el más importante, la reinserción viene a ser una especie de rehabilitación con la que se pretende reforzar la autonomía e independencia del individuo (objetivo de dos CTD y un centro ambulatorio), definir y apoyar un proyecto de vida (una CTD), o reformar sus capacidades de integración (un centro ambulatorio). La duración del proceso de reinserción no se conoce en cuatro casos de los nueve y en el resto varía entre seis y doce meses, con la excepción de una CTD que lo cifra en tres.

Por su parte, los centros públicos, que en su mayoría se identifican con el enfoque psicosocial, como se puede ver en el Cuadro 8, coinciden ampliamente con los centros privados en la importancia central de la autonomía del individuo, concediendo un mayor énfasis a la mejora de relaciones sociofamiliares y a la integración laboral. Dedicar a la reinserción un tiempo medio superior al de los centros privados y las técnicas predominantes se diferencian por la superior facilidad de acceso de los centros públicos a los recursos normalizados, coincidiendo en todo caso en la utilización de las diferentes técnicas psicoterapéuticas.

2. *Según los modos asistenciales*, las diferencias entre las CTD, que aquí son una muestra no significativa, y los centros ambulatorios son acusadas, pues si bien coinciden en el objetivo de reforzar la autonomía del individuo, en el primer caso sus *actividades son de preparación rehabilitadora para la salida del centro, mientras que en los centros ambulatorios se opera en el propio medio del individuo, orientando y apoyando el proceso de integración*. De ahí que mientras en el primer caso se trata de un breve período de tiempo, o «destete», basado en salidas al exterior reforzado con terapias individuales y grupales, en los centros ambulatorios se trata de un tiempo superior con intervenciones directas en el medio y en él juegan un papel nada desdeñable los grupos de padres.

3. *Según el enfoque terapéutico*, encontramos *diferencias entre los centros con un enfoque terapéutico psicosocial y aquellos con un enfoque rehabilitador*. Coincidiendo en el énfasis de la autonomía como eje central de la reinserción social, en el primer caso se enfatiza en la integración social directamente, y en el segundo caso en apoyos rehabilitadores al propio proceso de integración social. Cabría plantear la pregunta de si el enfoque psicosocial, con fuertes apoyos en los recursos públicos, «sobreprotege» al individuo en proceso de integración, mientras que el enfoque rehabilitador potencia las «capacidades del individuo», su autonomía, o si se prefiere, si uno es más «benefactor» y otro más «competitivo». La respuesta es compleja en función de la información disponible y, en todo caso, merece un análisis más profundo que aquí no podemos abordar.

Pero sea lo que fuere, lo cierto es que la mayor facilidad de acceso a los recursos sociales por parte de los centros con enfoque psicosocial les permite un mayor campo de intervención en la integración del individuo, lo que no suele suceder en el caso de los centros con orientación rehabilitadora, siendo un objetivo importante el potenciar el acceso de los centros con este enfoque a los diferentes recursos normalizados.

## Participación en las decisiones del proceso

El proceso de reinserción, sea en sentido estricto o en sentido asistencial amplio, es decidido en su inicio bien por la institución asistencial solamente o conjuntamente con el sujeto, su familia u otros servicios. Se trataba, en suma, de saber cuál era el grado de importancia que se concedía a las decisiones del drogodependiente sobre su propio proceso de integración.

Como se puede ver en el Cuadro 9, el monopolio de la decisión por parte del centro se corresponde con tres centros privados y dos públicos. En cuanto a los centros privados, se trata de dos programas de enfoque laborterapéutico, aunque en un caso el monopolio de la decisión del centro se da en una primera fase solamente, y otro de tipo socioeducativo. Referente a los centros públicos, se trata de dos centros con enfoque es-

## CUADRO 8

## OBJETIVOS OPERATIVOS Y TECNICAS DE LA INTEGRACION SOCIAL

| Tipologías          |                                | Objetivos operativos fundamentales de la integración social   | Tiempo medio del período de integración | Técnicas utilizadas  | Tiempo medio del proceso asistencial |
|---------------------|--------------------------------|---|---|--|--------------------------------------|
| Tipo de centro      | Público                        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autonomía individual</li> <li>2. Mejores relaciones sociolaborales</li> <li>3. Integración laboral</li> </ol>   | 12-24 meses                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psicoterapia individual y grupal</li> <li>2. Terapia ocupacional</li> <li>3. Utilización recursos comunitarios</li> <li>4. Grupos de padres</li> </ol> | 1-3 años                             |
|                     | Privado                        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autonomía del individuo</li> <li>2. Refuerzo habilidades sociolaborales</li> </ol>                              | 7-20 meses                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguimiento</li> <li>2. Psicoterapia individual y grupal</li> <li>3. Colaboración con instituciones</li> </ol>   | 1-2 años                             |
| Modo asistencial    | CTD                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refuerzo autonomía del individuo</li> <li>2. Diseño proyecto de vida integrada</li> </ol>                       | 3-6 meses                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguimiento salidas</li> <li>2. Refuerzo psicoterapéutico</li> <li>3. Convenios formación y ocupación</li> </ol>                                       | 6-12 meses                           |
|                     | Ambulatorio                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autonomía del individuo</li> <li>2. Integración y orientación social</li> </ol>                                 | 12-24 meses                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psicoterapia</li> <li>2. Actividades socioculturales</li> <li>3. Grupos de padres</li> </ol>   | 1-3 años                             |
| Enfoque terapéutico | Psicosocial estructural        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autonomía individual</li> <li>2. Integración laboral/escolar</li> <li>3. Participación social</li> </ol>        | 12-24 meses                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psicoterapia</li> <li>2. Utilización recursos comunitarios</li> <li>3. Pisos terapéuticos</li> <li>4. Grupos de padres</li> </ol>                      | 1-3 años                             |
|                     | Psicoterapéutico/rehabilitador | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autonomía individual</li> <li>2. Apoyo a nuevos proyectos de vida</li> </ol> <p>Apoyo a integración laboral</p> | 7-20 meses                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psicoterapia</li> <li>2. Programas de formación ocupacional</li> </ol>   | 1-2 años                             |



## CUADRO 9

DETERMINACION DEL INICIO DEL PROCESO DE REINSERCION  
(TOTAL CENTROS)

| Pertenenencia de la decisión                 | Tipo centro |           |
|--|-------------|-----------|
|  | Público     | Privado   |
| — El centro solamente                        | 2           | 3         |
| — Centro + sujeto                            | 4           | 3         |
| — Centro + sujeto + familia                  | 8           | 4         |
| — Centro + sujeto + familia + serv. sociales | 5           | 1         |
| <b>Totales</b>                               | <b>19</b>   | <b>11</b> |

tructural, una CTD y un centro ambulatorio, existiendo en ambos casos una contradicción no sólo con su enfoque, en el que la familia juega un papel clave, sino con la propia lógica de diferentes respuestas del cuestionario.

Lo que predomina de forma muy clara es que *la inmensa mayoría de los centros implican y responsabilizan al individuo en las decisiones que se refieren a su propio proceso de integración social*, de forma mayoritaria en conjunción con el centro y la familia (doce centros), solamente con el centro o combinando todos los posibles sujetos e instituciones: centro, servicios sociales, familia e individuo; siendo este último caso específico de programas de tipo psicosocial (Centros de Vallecas, CURT de Valencia, San Blas y Leganés, de Madrid) o de enfoque psicoterapéutico (Cruz Roja de Santander y la CTD La Plana, de Barcelona). En este mismo sentido responde el único centro público que afirma no desarrollar actividades de reinserción.

## Condiciones exigidas

El inicio del proceso de reinserción requiere algunas condiciones generales de partida que se exigen *al individuo*, con mayor o menor énfasis. Entre las que se señalaron se pidió una clasificación jerarquizada. Los centros indicaron como *primera condición la predisposición positiva del individuo desde el inicio de su asistencia*, seguida de cierta abstinencia y una cierta autonomía favorable a la integración social.

Hay que destacar que la condición de «predisposición positiva», que es aceptada por quince centros, tiene lugar mayoritariamente en el sector público y en centros de enfoque psicosocial, mientras que la abstinencia se reparte sólo ligeramente a favor de los centros públicos, dentro de siete casos; y, al contrario, cinco centros indican que «cierta autonomía favorable a la integración social» es condición del inicio del proceso de rein-

serción. Cuando se jerarquiza la segunda condición, la abstinencia aparece en primer lugar, seguida de la predisposición del individuo a iniciar el proceso de reinserción/recuperación, cierta autonomía y reinicio de relaciones familiares. Finalmente, como tercera condición exigida, aparece la aceptación genérica de valores sociales (con igual valoración en los centros públicos y privados), seguida del reinicio de relaciones con la familia, y con igual peso la abstinencia y la autonomía.

Es importante señalar que esta jerarquización de condiciones, en su conjunto, enfatiza en el compromiso del drogodependiente para desarrollar el proceso de recuperación y en el valor de potenciación de la autonomía del individuo, siendo la abstinencia una condición importante, pero no determinante del proceso.

## Condicionamientos estructurales

Finalmente, nos interesamos por los *condicionantes estructurales* con los que se enfrentan los programas y actividades en el terreno de la reinserción. Con la excepción de un programa privado, que contestó que la pregunta no tenía ningún sentido, los condicionantes más importantes según los centros son problemas *materiales* (falta de recursos y escasez de empleo), problemas *ideológicos* (actitudes sociales negativas frente al drogodependiente) y problemas *organizativos* (como son los referentes a coordinación con centros diferentes de intervención pública y social).

Estos condicionantes coinciden, como luego veremos, con problemas estructurales que afectan a la integración social del drogodependiente: la integración social, que analizamos en los dos próximos capítulos, y la segregación como actitud social dominante frente a los individuos adictos y en proceso de recuperación, objeto de los capítulos diez y once. Los problemas de coordinación no han sido abordados directamente aquí, aunque referencias indirectas se pueden ver en las motivaciones verbalizadas de los profesionales y terapeutas (capítulo diez).

Si ordenamos los condicionantes estructurales de acuerdo a como fueron expresados de forma abierta por los centros, podemos comprobar de forma detallada lo anteriormente dicho (Cuadro 10).

CUADRO 10

CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LA REINSERCION

| Condiciones                     | N.º centros |          | Condicionante 1 |         | Total     | Condicionante 2 |          | Total     | Condicionante 3 |          | Total     |
|---------------------------------|-------------|----------|-----------------|---------|-----------|-----------------|----------|-----------|-----------------|----------|-----------|
|                                 | Público     | Privado  | Público         | Privado |           | Público         | Privado  |           | Público         | Privado  |           |
| El propio drogodependiente      | —           | 1        | 1               | —       | 1         | 2               | 1        | 3         | 1               | —        | 1         |
| Falta de recursos               | 7           | 1        | 8               | —       | 8         | 2               | 1        | 3         | 2               | —        | 2         |
| Mala coordinación               | 1           | 1        | 2               | —       | 2         | 3               | —        | 3         | 3               | 1        | 4         |
| Actitudes sociales negativas    | 3           | —        | 3               | —       | 3         | 5               | 3        | 8         | 1               | —        | 1         |
| La familia del drogodependiente | 2           | —        | 2               | —       | 2         | 1               | —        | 1         | 2               | —        | 2         |
| Problemas laborales             | 6           | 2        | 8               | —       | 8         | 3               | —        | 3         | —               | —        | —         |
| Equipamientos sociales          | —           | —        | —               | —       | —         | 3               | —        | 3         | 3               | 1        | 4         |
| <b>Totales</b>                  | <b>19</b>   | <b>5</b> | <b>24</b>       |         | <b>24</b> | <b>19</b>       | <b>5</b> | <b>24</b> | <b>12</b>       | <b>2</b> | <b>14</b> |

## 6.2. Actividades de intervención en integración social

---

Las actividades de intervención se han clasificado en tres grupos: las que se realizan *a nivel del individuo, en el entorno familiar y social y aquellas que provocan y buscan la intervención desde otros espacios institucionales y comunitarios.*

### A nivel individual

La intervención al nivel del proceso estrictamente *individual* resulta compleja de definir, pues en sí misma es variable y diferente según el origen de la toxicomanía, la extracción social del drogodependiente y la particularidad del proceso de recuperación. De hecho, los centros indican que las fases del proceso no son lineales, sino que dependen del caso concreto, de la «recuperación uno a uno». De ahí que la enumeración de actividades sea simplemente una enumeración de actividades *no sistematizadas* y el tiempo de su duración muy variable, pero de difícil estructuración, al ser mediadas por los avatares individuales de la recuperación/integración. Sin embargo, de la distribución de actividades y su diferente clasificación pública-privada es posible extraer algunas conclusiones aproximativas.

En primer lugar, la casi totalidad de los centros hacen analíticas. Los dos centros privados que no las hacen es, o porque en la fase de reinserción no ha lugar el control de una «definitiva» abstinencia, o porque se trata de un centro de orientación y coordinación. El centro público que no hace análisis es porque su actividad es de estricta coordinación de actividades sociolaborales. La cadencia del control es indeterminada en más de la mitad de los centros públicos y privados, en el sentido de que el criterio de realización depende de la situación del individuo; en el resto de los casos se aplica un criterio general de dos a tres veces por semana al inicio del proceso de recuperación, reduciéndose progresivamente. También existen programas que hacen analíticas mientras dura todo el proceso (Centro de Vallecas), durante dos años seguidos, junto a terapias individuales y entrevistas de seguimiento (Programa DROSS) o son muy estructuradas: tres controles semanales las primeras dieciséis semanas, dos entre la decimoséptima semana y la vigesimocuarta, y una al mes entre el séptimo mes y los dos años siguientes al inicio del tratamiento.

La terapia individual es realizada por el mismo número de centros que en el caso anterior, pero su indeterminación es mucho menor. Es un tipo de actividad central y muy estructurada en cuanto a su cadencia, al menos una vez por semana en gran parte de los casos, y que, como vimos en la descripción de las fases de recuperación/reinserción, es un instrumento que se utiliza en todas las fases y recorre todo el proceso. Por el contrario, las entrevistas tienen un peso menor; se realizan en veintinueve centros, en la medida que son medios de planificación de los procesos individuales, y a veces están presentes las familias.

La *terapia ocupacional* junto a las actividades deportivas, ocupa el tercer lugar en importancia dentro de las actividades de los centros, si bien se reduce a dieciocho casos, diez públicos y ocho privados; indeterminada en siete casos, en cuanto al tiempo que se dedica a la misma, y de carácter diario o casi diario en el resto de los centros, no existiendo, por otro lado, diferencias concretas entre el sector público y privado en cuanto al tiempo de realización de esta terapia. Por su parte, las actividades deportivas tienen una gran indeterminación en cuanto a su cadencia y solamente en ocho centros es diaria o realizada varios días por semana.

El resto de las actividades tiene un relativo bajo nivel de presencia, como son formación profesional y otras de diferente tenor. Quizás sea importante señalar el hecho nada sorprendente de que centros públicos y privados no tienen comportamientos diferentes, ni en el tipo de actividades que realizan ni en la importancia que a las mismas conceden. De manera que cuando decíamos que, desde el punto de vista del proceso, los centros se concentran en el logro de la autonomía de los individuos y en segundo lugar en el de su inserción social, siendo la abstinencia un apoyo neto favorecedor de la recuperación, pero no el determinante de la misma, podemos comprobar cómo en buena medida se corresponde con el simple peso cuantitativo de las actividades que favorecen e instrumentan esos objetivos: terapia individual y terapia ocupacional, principalmente.

## A nivel familiar y grupal

Desde el punto de vista de la intervención en el entorno *familiar y grupal*, los centros privilegian las reuniones con los padres del drogodependiente, las intervenciones en los grupos sociales del barrio de los individuos afectados, las reuniones con grupos de padres en general y se favorece la integración en asociaciones de tipo cultural. En el Cuadro II se jerarquizan las actividades de intervención en el entorno familiar y social, en las que centros públicos y privados comportan un parecido interés en cuanto a las reuniones con la familia del drogodependiente, pero los centros públicos enfatizan claramente su interés por las intervenciones en los barrios y en los grupos o asociaciones de padres.

**CUADRO 11**  
**INTERVENCIÓN EN EL ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL**

| Modos de intervención                                  | Intervención 1 |           |           | Intervención 2 |           |           | Intervención 3 |          |           |
|--|----------------|-----------|-----------|----------------|-----------|-----------|----------------|----------|-----------|
|  | Público        | Privado   | Total     | Público        | Privado   | Total     | Público        | Privado  | Total     |
| 1. Reuniones con familias del drogodependiente         | 12             | 10        | 22        | —              | —         | —         | —              | —        | —         |
| 2. Contactar con grupos sociales del barrio            | 2              | —         | 2         | 6              | 2         | 8         | —              | —        | —         |
| 3. Reuniones con grupos de padres                      | 1              | —         | 1         | 5              | 2         | 7         | 5              | 1        | 6         |
| 4. Favorecer creación de grupos de autoayuda           | —              | —         | —         | 2              | 1         | 3         | —              | —        | —         |
| 5. Favorecer integración en asociaciones               | —              | —         | —         | —              | 3         | 3         | 7              | 2        | 9         |
| 6. Favorecer creación de asociaciones de extoxicómanos | —              | —         | —         | 1              | —         | 1         | —              | —        | —         |
| 7. Todas   | 3              | 1         | 4         | 3              | 1         | 4         | 3              | 1        | 4         |
| 8. Otras   | 1              | —         | 1         | —              | 1         | 1         | 1              | 1        | 2         |
| <b>Totales</b>   | <b>19</b>      | <b>11</b> | <b>30</b> | <b>17</b>      | <b>10</b> | <b>27</b> | <b>16</b>      | <b>5</b> | <b>21</b> |

## Utilización de otros recursos

Finalmente, se preguntó a los centros si utilizaban recursos no directamente dedicados a la reinserción. Veintiséis centros afirman que los utilizan y los especifican en respuesta abierta, destacando la importancia de los recursos municipales (servicios sociales sobre todo), que son utilizados por casi la mitad de los centros, otra cuarta parte utiliza los recursos del INEM y en mucha menor medida recursos educativos y de las Comunidades Autónomas, no existiendo diferencias en el acceso a dichos recursos entre centros públicos y privados.

## La problemática de los abandonos

En el capítulo cuarto nos referimos sucintamente a la distribución de personas asistidas y en proceso de reinserción en el conjunto de los centros asistenciales. Nos resta referirnos a la distribución de las personas en proceso de reinserción según fases, número de abandonos y causas de los mismos.

La información obtenida sobre estos aspectos es muy parcial y limitada, por lo que resulta problemático obtener conclusiones de importancia. Para empezar, sobre treinta centros, solamente diecinueve proporcionan información, con un mismo porcentaje de respuestas entre centros públicos y privados. En el caso de los siete centros privados que proporcionan información existen dificultades internas de comparación, pues se trata de cuatro CTD, dos centros de reinserción y otro de tipo ambulatorio, no disponiéndose de datos por parte de tres centros ambulatorios y otro de orientación.

Con esta advertencia sobre la comparación entre recursos asistenciales diferentes, se puede destacar que el porcentaje de abandonos se sitúa en el 38% de todas las personas en estricto proceso de integración, y en el 34,3% si se tiene en cuenta el caso de un centro ambulatorio y de día que calcula los abandonos sobre el total de asistidos. Ahora bien, las diferencias internas son relevantes, pues los extremos se sitúan entre el 10,9% de abandonos y el 59%.

Refiriéndonos a los doce centros públicos que proporcionan información, la media de abandonos de individuos en estricta fase de reinserción, es decir, en la fase final asistencial, es del 34,3% para la totalidad de los centros y del 36,1% si solamente se consideran los centros de tipo ambulatorio, que son todos excepto una CTD pública, siendo las diferencias internas del mismo tenor que en el sector privado: 62,4% de abandonos en un extremo y el 13% en el otro extremo.

Por tanto, no aparecen diferencias significativas entre centros públicos y privados en lo que se refiere al número de abandonos de personas en proceso estricto de integración social.

Problema diferente es el conocimiento de las causas principales de los abandonos. En los centros privados se mencionan problemas laborales (en tres casos), problemas familiares, inadaptación, recaídas en el consumo, incumplimiento del contrato terapéutico y expulsión por causa grave (en dos centros). En los centros públicos las causas son parecidas, aunque tres centros ambulatorios no las mencionan; así, se señalan como causas: el no cumplimiento de las condiciones terapéuticas, la falta de motivación, la no coincidencia entre la demanda del sujeto y la oferta del centro, la falta de recursos de contención, expulsiones por causa grave, recaídas en el consumo y problemas laborales.

La escasa sistematización de las causas de abandono no refleja sino uno de los problemas que tienen los centros: *las dificultades de seguimiento de los procesos de recuperación de los sujetos, en parte, por estar desbordados por la demanda asistencial y, en parte, también por no disponer de recursos humanos y metodológicos para abordar dicho seguimiento*, o, de otra manera, para evaluar sistemáticamente los procesos y resultados de la recuperación de los individuos.



---

### 6.3. La problemática de evaluar la reinserción social

---

Este trabajo, desde su primer planteamiento, tuvo un doble objetivo:

a) Analizar los problemas que subyacen a la práctica social de la integración social del drogodependiente en nuestro país, a partir de un conjunto complementario de reflexiones y análisis.

b) Tratar de avanzar hacia la definición de un posible sistema de indicadores que nos permitan medir, en sentido cuantitativo y cualitativo, y valorar dicha integración social. Evidentemente, este segundo objetivo no se define de forma absoluta, sino que requiere desarrollos metodológicos y teóricos, una cierta acumulación de experiencias en evaluación de reinserción y acuerdos entre los profesionales y programas para definir algún sistema sencillo, operativo y con continuación en el tiempo.

#### La evaluación como símbolo

Tales condiciones no parece que se den aún. La situación y la muestra de los centros analizados es un ejemplo indicativo. La evaluación en servicios de drogodependencia ha adquirido tal valor como símbolo que no sólo es imposible encontrar un profesional del sector que la rechace, sino que además genera desconfianza todo programa que no afirme, al menos, su pretensión u objetivo de hacer evaluación. Pero *la práctica real de la evaluación es muy limitada en su aplicación, las metodologías e instrumentos son diferentes y las posibles experiencias aglutinantes muy escasas*. Recientemente se decía que «existen pocos programas de atención a toxicómanos que hayan sido evaluados de un modo científico y estadísticamente. Por ello sigue siendo una incógnita la población de heroínomanos, los procedimientos terapéuticos de los programas de intervención y la eficacia alcanzada» (A. García Álvarez y J. L. Grañá Gómez, Madrid, 1987, pág. 351), o que, en definitiva, el problema de la evaluación no se debe «a diferencias de criterios, sino a la carencia de criterios» (D. Comas Arnau, 1988, pág. 237).

En el cuestionario se abordó el problema de la evaluación, tanto interna como externa, referida a la evaluación de procesos y resultados de reinserción individual.

## La evaluación interna

De las treinta instituciones, veintiuna (dieciséis públicas y cinco privadas) afirman que hacen evaluación interna de su programa, frente a nueve instituciones que no la hacen (tres públicas y seis privadas).

Entre el grupo de instituciones que no realizan ningún tipo de evaluación interna existen tres centros ambulatorios públicos, en un caso debido a su reciente creación, en otro tuvieron un programa pero los cambios del centro han hecho que en este momento no exista, y en el último no se explica la causa a pesar de su relativa antigüedad. En cuanto a los centros privados, la situación es como sigue: existe una institución que se inició en el tratamiento de drogodependientes con una CT y está completando su programa con un centro de día y otros recursos ocupacionales, a partir de los cuales iniciará su evaluación; dos centros privados dedicados a la orientación y a la generación de empleo para drogodependientes tampoco realizan evaluación por no disponer de recursos; y, finalmente, tres centros ambulatorios de cierta importancia tampoco realizan evaluación, a pesar de contar con ciertos recursos profesionales.

Sin embargo, el reconocimiento explícito de que no se realiza evaluación interna contrasta con el resto de centros que dicen realizarla, puesto que a la hora de contestar si tienen objetivos e indicadores detallados, el sí se transforma en una negación en varios casos (referidos a los resultados generales del programa), y también es negativa en un importante número de centros en cuanto a resultados de integración individual, como se puede ver en el Cuadro 12.

La justificación de por qué no se tienen definidos los objetivos e indicadores de los resultados del programa, en los casos en que se afirma realizar actividades de evaluación, no está claramente especificada y se hacen vagas referencias a que no se documenta y no tiene un carácter sistemático. Quizás la verdadera explicación estriba en que se denomina como evaluación algunos debates internos sobre la marcha del centro, eva-

**CUADRO 12**

### **EVALUACION: RESULTADOS DEL PROGRAMA Y DE INTEGRACION INDIVIDUAL**

|   |    | <b>Público</b> | <b>Privado</b> | <b>Total</b> |
|---|----|----------------|----------------|--------------|
| — Realizan evaluación   | SI | 16             | 5              | 21           |
|   | NO | 3              | 6              | 9            |
| — Con objetivos e indicadores de resultados del programa              | SI | 12             | 4              | 16           |
|   | NO | 3              | 2              | 5            |
| — Con objetivos e indicadores de resultados de integración individual | SI | 4              | 1              | 5            |
|   | NO | 8              | 3              | 11           |

luaciones clínicas internas o algún documento puntual, como puede ser la memoria del centro o programa (aunque ésta es sin duda un instrumento necesario en el proceso de evaluación).

Por otra parte, la definición de los objetivos e indicadores de evaluación de los centros tiene un carácter desigual, en la que se confunde ésta con la de resultados y viceversa. Al mismo tiempo, los centros cumplen un número nada desdeñable de fichas (historias de casos, fichas para el comisionado regional del Plan sobre Drogas, ficha para el sistema SEIT, entre otras), todas ellas instrumentos para poder evaluar, pero que no se articulan con un mínimo criterio de rentabilidad evaluativa. Si a eso sumamos la memoria anual, que con mejor o peor fortuna realizan buena parte de los centros, resulta que disponemos de varias piezas instrumentales que esperan ser ordenadas con criterios homogéneos y operativos, de forma que se pueda evaluar y comparar dicha evaluación entre centros.

Sobre los centros que disponen de un programa detallado de evaluación de procesos y resultados, hay que destacar el Programa DROSS, el Centro de Vallecas, el Centro Municipal de Alicante y el Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. El Programa DROSS realiza un estudio anual de evolución del paciente mediante una encuesta relativamente detallada, pero no entra con detalle en los procesos del propio programa. El Centro de Vallecas sigue un sistema de valoración pormenorizado, en el que sin embargo no quedan explicitados adecuadamente los indicadores. El programa de evaluación del Centro de Alicante creemos es con mucho el más detallado en objetivos, instrumentos e indicadores; la información se recoge desde 1986 y en el presente año se abordará su informatización. De sus resultados cabe esperar un avance en este terreno, en la medida en que la evaluación recorre la estructura y recursos, el proceso y las diferentes tomas de decisiones que implica, y una evaluación de resultados referida a pacientes, familias, evaluación de la eficiencia (coste, productividad) y de la efectividad del programa o beneficios sociales del mismo. Finalmente, el programa evaluativo del Centro Provincial de Cádiz, de reciente creación y a la espera de resultados, trata de evaluar la estructura del servicio, el proceso de tratamiento por fases y los resultados, a través de fichas de seguimiento. En esta misma dirección, pero con un menor grado de detalle, hay que destacar el Programa Delta, con un sistema de seguimiento de casos elaborado anualmente y otro seguimiento de resultados en función de variables sociofamiliares.

En el resto de los casos la evaluación se reduce al sistema de trabajo (un centro privado), a hojas de seguimiento y fichas del sujeto con mayor (Canarias) o menor grado de detalle (así la del Centro de Bilbao incorpora la tipología de Cancrini), y en muchos casos dependen de decisiones administrativas (registro de casos, SEIT). Lo cierto es que en ningún centro, excepto en uno público, obtuvimos un estudio concreto de evaluación que recogiera los resultados del centro y de sus usuarios, lo que constituye todo un indicador del problema práctico de la evaluación en

drogodependencias. Se precisan criterios homogéneos para todos los centros, elaborados a partir de la diversidad de materiales y experiencias parciales existentes en evaluación.

## La evaluación externa

Finalmente, y en relación con la evaluación externa, diecisiete centros contestaron afirmativamente y trece negativamente, casi todos ellos evaluados por la Comunidad Autónoma, comisionados del Plan sobre Drogas, excepto un centro privado por parte de la Cruz Roja y otro también privado por parte de un servicio de bienestar social. De los primeros centros, quince señalan como indicadores de cumplimiento del programa las fichas del paciente, hojas mensuales, actividades realizadas por el centro, el informe anual, la tasa de retención. A su vez, los indicadores de resultados fueron mencionados por ocho centros y se señalaron el sistema SEIT, indicadores de salud, ficha del paciente y evolución sociolaboral y consumo (centros públicos), y evolución de altas y abandonos (por parte de centros privados).

## Necesidad de avanzar en este campo

Consecuentemente, *la situación real concreta, en cuanto a evaluación en reinserción, es que la existencia de modelos operativos coherentes es muy precaria* y las experiencias que de su aplicación se derivan son limitadas en el tiempo y en cuanto a capacidad de influencia. Sin embargo, existe todo un conjunto de instrumentos que permiten avanzar técnicamente en la construcción de algún modelo o modelos de evaluación (memorias de los centros, ficheros de casos, hojas de seguimiento, fichas administrativas de ámbito regional y nacional y experiencias de evaluación multicéntrica), que sólo esperan una ordenación de criterios de aplicación y homogeneidad para permitir la comparación, como antes señalábamos.

No es aquí el lugar adecuado para construir un modelo general de evaluación, que tiene que ser elaborado a partir de las experiencias en curso y consensuado en sus criterios y metodología, si queremos que tenga continuidad. Pero sí hay que indicar que las experiencias actuales de evaluación, aunque escasas, tienen entidad teórica y capacidad de homogeneidad y comparación. En este sentido, los trabajos de Pilar Nieva, 1987, Sánchez Carbonell, 1986, y Angel García y Grañá Gómez, 1987, avanzan importantes elementos metodológicos en el terreno de la evaluación de drogodependencias.

Si un modelo coherente, comparativo y con continuidad exige consenso aplicativo y criterios uniformes, los elementos técnicos para su desarrollo ya están dados y sólo esperan su depuración, lo que sería relati-

vamente fácil de hacer en toda la red pública ambulatoria y también en la privada, en la medida en que está subvencionada. En la definición de un modelo de evaluación para las CTD, Comas Arnau apunta en la dirección que aquí mencionamos, de forma que a partir del fichero de casos e historiales se puede construir un modelo de evaluación operativo.

La evaluación interna puede estructurarse a través de la memoria anual, unificando contenidos hasta ahora muy diversos y de difícil comparación, como hemos podido comprobar en este trabajo, en la que se incluiría la evaluación de la estructura operativa del programa, la evaluación de los procesos y la de resultados, esta última a tres niveles: evaluación de la recuperación a través del tratamiento, eficiencia técnica del programa y efectividad del mismo, o grado en que el centro satisface las necesidades sociales en este ámbito, en función de los medios y recursos disponibles.

Por otro lado, el seguimiento o *evaluación continuada de sujetos* en reinserción requiere algunas condiciones que hoy difícilmente se dan: que la presión de la demanda asistencial no consuma el cien por cien de las energías de los profesionales de los centros o que exista una plantilla en la que algunos profesionales puedan dedicar parte continuada de su tiempo a este tipo de actividad, es decir, a solventar los problemas de recursos. También exige apoyo externo, coordinación política y teórica y posibilidad de contrastar experiencias entre centros.

La evaluación externa requiere también que, además del seguimiento del proceso a través de fichas de casos que tiene objetivos estadísticos, se pase a aplicar un modelo, primero experimental, de evaluación a nivel general, que permita rectificar errores y solventar los problemas de seguimiento de la población de personas ya recuperadas o en avanzado proceso de recuperación, pues si el seguimiento es relativamente sencillo mientras el individuo mantiene vínculos con un centro, a medida que se integra o normaliza su vida, o vuelve el consumo adicto, el seguimiento es complejo y problemático.

En definitiva, en nuestra opinión, los instrumentos de evaluación en gran parte están disponibles y las posibilidades para su instrumentación en modelos homogéneos se basan en la difusión mayor de las experiencias actuales y en el consenso para aplicar un modelo sencillo, operativo y que permita la comparación.

## 6.4. Actividades y programas de reinserción: A modo de conclusión

---

Del análisis realizado en los tres capítulos precedentes, y referido a un conjunto significativo de actividades y programas en integración social de drogodependientes, podemos extraer varias conclusiones que hacen referencia a las experiencias en el tiempo, a los métodos y enfoques y a los instrumentos de la reinserción.

1. Desde el punto de vista histórico o *temporal*, ya hemos señalado que *se trata de experiencias de reinserción de muy corta duración en el tiempo*, salvo algunas excepciones, y *en muchos casos provisionales y tentativas*, no tanto fruto de la improvisación, aunque ello tenga lugar a veces, sino de la necesidad de responder a demandas concretas que, en ocasiones, sólo se refieren a uno de los aspectos de la reinserción, como es la integración laboral, por muy crucial que ello sea para ciertos colectivos de drogodependientes que comparten con otros grupos la inseguridad o la precariedad. Por tanto, las experiencias analizadas, que insistimos no son toda la realidad, nos permiten indicar que estamos en un *proceso cualitativo y cuantitativo de experimentación importante*, que sólo en escasa medida posibilita la valoración de resultados y la realización de síntesis teóricas.

2. Desde el punto de vista *teórico-metodológico*, hemos visto que existen diferentes concepciones de la integración social que hacen difícil la comparación entre programas y resultados, por valiosos que puedan ser en sí mismos en diferentes facetas. Recuérdese que para el enfoque psicosocial la reinserción es un proceso estructural, el proceso global de recuperación, de forma que la reinserción no es una fase metodológica, sino una diferenciación instrumental, mientras que en otros enfoques es una fase «distinta de» la rehabilitación, identificándose la reinserción con la integración laboral casi en exclusiva, o con alguna de las variables que definen el proceso global de recuperación. Ello impide desde comparar datos —en la medida que en el enfoque psicosocial a veces no se diferencian los asistidos o sólo funcionalmente y en otros se marcan claras fronteras dentro del proceso asistencial—, hasta la generación de dificultades en la evaluación de resultados.

3. Desde el punto de vista *institucional*, resulta obvio que los centros y programas no sólo tienen problemas de recursos a la hora de aco-

---

meter actividades de reinserción, en el sentido estrictamente funcional del término, sino que sobre todo se observa la dificultad de información sobre recursos a los que acceder u orientar a los individuos. Y también *dificultad de coordinación para utilizar y rentabilizar socialmente los recursos normalizados existentes*. Lo que se corresponde con la provisionalidad de programas y actividades que puntualmente se apoyan en otros recursos, pero no los utilizan sistemáticamente de manera coordinada.

De acuerdo con la orientación o enfoque teórico que hemos adoptado, en la medida en que los centros asistenciales no tienen por qué crear necesariamente estrictos recursos de reinserción, aislados a menudo de la realidad y socialmente segregantes, sino, por el contrario, tratar de utilizar los ya existentes como instrumentos que posibilitan la plural reinserción, parece obvio que debe mejorar el grado de utilización y coordinación con los recursos sociales y económicos normalizados. Lo que supone *la mejora del grado de coordinación institucional, así como la promoción en la propia sociedad de las posibilidades ideológicas y materiales que hagan viable la integración social del drogodependiente como miembro de la sociedad y no por razón de su pertenencia a un grupo segregado o con problemas de integración*.





## Capítulo 7

# **Los condicionantes sociológicos de los procesos de integración de los drogodependientes**

---



---

## 7.1. Introducción: Una aproximación plural a procesos plurales de recuperación

---

Los procesos individuales de recuperación/integración son tan complejos que requieren un enfoque multidisciplinar para su análisis y comprensión. Diferentes ciencias y metodologías son requeridas para abordar los mundos de las drogas, en la medida que en éstos se condensan y expresan actualmente parte de los cambios socioeconómicos y culturales de los últimos lustros, ya sean reflejo de la realidad social o sean también apariencia de la misma.

La *perspectiva* aquí adoptada es la sociológica, lo que implica un enfoque concreto que conscientemente deja al margen algunos procesos que también intervienen en los procesos de recuperación de los drogodependientes. Es decir, los procesos de recuperación son *individuales* (recuperación uno a uno), pero sus contextos genéricos y condicionantes son *sociales*. Esto supone que no entramos a analizar las estrategias asistenciales de recuperación individual o contenidos del plan terapéutico individual (E. Megías, 1987), objeto de reflexión de otros enfoques, sino los contextos y condicionantes sociológicos de los procesos de recuperación.

Como se recordará, en el capítulo introductorio señalamos que los procesos de recuperación eran plurales, en justa correspondencia con los diferentes mundos de la droga, y que la construcción de una vida social sin drogas ni conflictos abiertos con la sociedad viene condicionada no sólo por la historia y experiencia de los individuos, sino también por la forma en que dicha construcción se resuelve socialmente.

Pues bien, desde este punto de vista la perspectiva sociológica caracteriza los procesos de recuperación/integración bajo cuatro notas básicas.

### Procesos diferentes

Son procesos de recuperación *diferentes*, por cuanto el fenómeno genérico de la drogodependencia se expresa pluralmente, en experiencias distintas, que tienen una estructuración grupal o socialmente diversa en función de variables como el origen de clase, la época histórica del consumo, los contextos socioculturales concretos y los avatares de la integración social como miembro de un grupo social.

## Procesos recurrentes

También son procesos de recuperación *recurrentes*, es decir, el corte radical con los consumos de drogas y los modos de vida a ellos asociados suele ser una experiencia muy singular. El común denominador de los procesos de recuperación pasa por retornos al consumo, donde lo importante es tanto su acortamiento temporal progresivo como la experiencia recuperadora que proporciona al sujeto.

## Procesos contradictorios

Son procesos *contradictorios*, por cuanto que ni son lineales, ni suelen reducirse a un solo ámbito de recuperación. Por el contrario, se trata de procesos en los que el sujeto actúa a varios niveles: logro de la autonomía, integración social, mejora de relaciones familiares, posible solución de problemas con la justicia, etc., donde los progresos a veces no coinciden o pueden entrar en determinadas contradicciones, que el propio sujeto y la sociedad deben considerar.

## Procesos difusos

Son, por último, procesos *difusos*, debido a los múltiples condicionantes e influencias no previstas que intervienen en los procesos de recuperación, donde los recursos no directos y normalizados juegan un papel a veces no visible ni directo, y donde el marco comunitario puede facilitar o cerrar las vías de acceso a la sociedad.

## Tres niveles de análisis

Pues bien, esta perspectiva se concreta en tres niveles de análisis, complementarios entre sí:

a) Por un lado, abordamos una *descripción (perfiles)* de los procesos de recuperación, grupos de consumo, tratamiento y problemática general de la integración (capítulo siete).-

b) A continuación, realizamos un análisis *estructural* de los procesos de recuperación, mediante la elaboración de grupos o tipologías sociales (*grupos sintéticos*) de integración (capítulo ocho).

c) Finalmente, hacemos una aproximación cualitativa o *dialéctica* a las motivaciones profundas de los grupos en su proceso de recuperación (*ideologías*), a través del análisis de entrevistas en profundidad significativas (capítulo nueve).

---

Los tres niveles de análisis son complementarios entre sí, definen y analizan la misma realidad desde diferentes ángulos y permiten una aproximación al conocimiento de los complejos procesos sociales de recuperación individual de personas drogodependientes.

## 7.2. Los estudios de seguimiento de procesos de recuperación

---

Uno de los problemas metodológicos y prácticos más importantes que se plantean en el conocimiento de la realidad social de las drogodependencias es el del seguimiento de la población en proceso de recuperación/integración. Si bien no resulta demasiado complejo el seguimiento mientras los individuos mantienen relaciones estables o relativamente puntuales con los centros de tratamiento, el problema se plantea cuando se quiere conocer y evaluar la situación de personas que hace años pasaron por el centro y que resultan de difícil localización debido a múltiples factores.

### Problemas metodológicos del seguimiento

Junto a ese problema práctico se plantea otro de tipo metodológico en un doble sentido. Por un lado, porque los procesos de asistencia y recuperación sólo se pueden valorar a medio-largo plazo, de manera que cualquier medición de la efectividad de un tratamiento en el corto plazo resulta engañosa. Por otro lado, y ello es lo importante, porque los estudios de seguimiento suelen presentarse como representativos de la población de drogodependientes, cuando ello no es posible debido a las dificultades que existen en el conocimiento del número, localización y características de dicha población. Por ello estamos de acuerdo cuando se dice que «los datos procedentes de un grupo de atendidos sólo reflejan las características del grupo y no poseen significado sobre el conjunto de la población de usuarios. Las opiniones de los profesionales de la intervención reflejan sólo tales opiniones y no las características objetivas de la población atendida. Tales obviedades no son en la práctica asumidas metodológicamente por el planteamiento de los sistemas de notificación que producen unos resultados limitados con pretensión de universalidad» (D. Comas, 1986).

### Los estudios realizados

Por tanto, el factor tiempo y la representatividad de los estudios de seguimiento dificultan el conocimiento de los procesos de recuperación.

Sin embargo, con estas salvedades, hay que destacar el hecho de que en nuestro país han empezado a desarrollarse estudios de seguimiento de la población heroínmana de dos tipos.

Uno, el predominante, en el que se abordan estudios *descriptivos* de la población heroínmana asistida en los centros en un momento determinado. Así, por ejemplo, tenemos algunos de reciente publicación: «Estudio de seguimiento en población heroínmana del programa DROSS» (P. Sanahuja y otros, 1986), referida a una población de 125 pacientes que habían empezado el tratamiento hacía un año, mínimo, y año y medio, máximo, sin grupo de comparación. También hay que destacar otro estudio realizado con el apoyo de la Delegación del Gobierno para el PND, que describe la población heroínmana asistida en seis centros, referida a 593 pacientes, con un enfoque puramente descriptivo y sin pretender «realizar ningún tipo de seguimiento de la evolución de los pacientes ni entrar en valoraciones sobre la efectividad de los tratamientos a que sean sometidos» (D. Martínez, L. de la Fuente y J. M. Arteagoitia, 1987). En este mismo sentido tendríamos el Sistema Estatal de Información sobre Toxicómanos, puesto en marcha recientemente (J. M. Anto Boque y otros, 1986).

El otro tipo de estudios transita entre lo descriptivo y lo *evaluativo* y, a modo de ejemplo, tenemos el EMETYST (Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamientos y Seguimiento de Toxicómanos), puesto en marcha hace poco tiempo en 16 centros, estudiando la evolución de los asistidos a los 3 y 6 meses y evaluando los servicios ambulatorios. También otro estudio referido a 73 heroínmanos del Programa SPOTT de Barcelona, a los tres años de su primera visita al centro, valorando seis variables de recuperación: tres toxicológicas (consumo de opioides, alcohol y otras drogas durante el último mes) y otras tres psicosociales (ocupación laboral, adaptación familiar y delincuencia), valorando también tres variables terapéuticas (tipo de tratamiento, duración e incidencias), todas ellas variables independientes.

Los problemas del seguimiento son complejos, como Sanahuja, por un lado, y Sánchez-Carbonell y Camí, por otro, han puesto de manifiesto en diferentes trabajos. Para la primera y los seis firmantes restantes del trabajo antes citado, los estudios de seguimiento deben tener en cuenta el número de centros que abarca, la población a estudiar y el período de seguimiento, destacando cómo la literatura internacional enfatiza en los estudios multicéntricos; igualmente se señalan las grandes diferencias entre poblaciones estudiadas (Programa DARP, con 44.000 pacientes, y otros estudios con 108) y la diversidad metodológica, en la que predomina la encuesta estandarizada frente a las historias de vida.

Por su parte, Sánchez-Carbonell y Camí enfatizan en las dificultades de la evaluación de los centros, debido a los costes de tiempo y dinero, resistencias a ser evaluados y la distinta dependencia económico-jurídica de los centros, así como la problematicidad de los resultados del seguimiento cuando no existe un grupo de control o comparación (J. Sánchez-Carbonell y J. Camí, 1985).

Cualquier revisión de la literatura nacional e internacional nos revela que los estudios de seguimiento son muy diferentes metodológicamente, tienen objetivos distintos y sus pretensiones generalizadas varían en gran manera (Vaillant, 1966; Simpson y Savage, 1980; Chapple y otros, 1972; Fryholm, 1979; Wille, 1981), lo cual lleva a ser cautelosos a los propios analistas de dichos estudios.

## Objetivos del presente trabajo

Estas consideraciones nos permiten situar adecuadamente los objetivos del análisis de los procesos de recuperación, que ya delimitamos en el capítulo segundo:

1. El grupo seleccionado no es una muestra representativa de los individuos en proceso de recuperación, sino un grupo significativo, extraído de las diferentes instituciones y donde los criterios de selección han sido tres: el sexo, la clase social y la fase de recuperación. En este último caso se han diferenciado en cada programa personas en proceso avanzado de integración e intermedio, de acuerdo con el planteamiento teórico de que la recuperación/integración es un proceso global. Al contemplar dos niveles genéricos de recuperación hemos tratado de comprender algunas de las variables que definen tales procesos, teniendo en cuenta el carácter de un estudio que analiza en un momento del tiempo la problemática recuperadora de un conjunto de individuos a través de entrevistas semiabiertas y abiertas.

2. Se ha pretendido, como forma de conocimiento de la problemática de la recuperación/integración, ir más allá de la *descripción* de los procesos vía análisis estadístico, pasando a una explicación *estructural* o grupal de tipo estadístico y valorativo, así como a una comprensión *cualitativa* de las dialécticas de la recuperación, a través del análisis comprensivo de historias de vida. La integración de los tres niveles de análisis permite extraer conclusiones relevantes y significativas, siendo los dos primeros niveles explicativos de quiénes y cómo son, y el último de por qué son así.

3. Los procesos de recuperación se han analizado a partir de variables como el consumo, grado de autonomía y autosuficiencia (independencia, integración laboral, estudios), adaptación familiar e integración social (problemas con la justicia, participación política y asociativa) o grado de conflicto con la sociedad. La valoración es global y sólo indirectamente se tiene en cuenta el impacto de los programas en los procesos de recuperación, a través del tiempo de tratamiento y algunas variables de la asistencia, puesto que no tenemos información del modelo concreto de asistencia para cada caso, a parte de la dificultad de comparar enfoques metodológicos tan diferentes.

En el Anexo III puede verse el cuestionario empleado para estas entrevistas.



### 7.3. Perfiles básicos, consumos y centros de tratamiento

Las 151 entrevistas realizadas se reparten respectivamente entre 117 hombres (77,5%) y 34 mujeres (22,5%), de acuerdo con las proporciones aproximadas de personas asistidas que aparecen en los diferentes estudios. También, como es patente en la práctica asistencial de las drogodependencias, la juventud predomina en este colectivo, de forma que algo más de la mitad tienen entre dieciocho y veinticinco años inclusive y el resto se reparte entre 26 y 28 años (23,8%) y más de 28 años (23,2%). Finalmente, la gran mayoría (66,9%) son solteros, 19,9% casados, separados el 9,9%, y el resto uniones de hecho y un caso de viudedad. Hasta aquí nada nuevo, en la medida que las drogodependencias afectan a la juventud particularmente masculina. Pasemos, por tanto, a analizar quiénes y cómo son los componentes de este grupo seleccionado.

#### Tiempo de tratamiento

En cuanto al *tiempo de tratamiento*, la inmensa mayoría tiene más de un año de tratamiento, cosa que se pretendió para tener una cierta evolución temporal en el proceso de recuperación, y de ellos, casi una cuarta parte tiene más de cuatro años de evolución. Por otro lado, casi una cuarta parte tiene un período evolutivo inferior a un año, en su gran mayoría entre 7 y 12 meses (ver Cuadro 13), cuya elección sí puede ser dudosa desde el punto de vista del logro de avances concretos en el proceso de recuperación, sin embargo no lo es desde la importancia que el proceso tiene en sí mismo desde el momento de su inicio.

La inmensa mayoría de los entrevistados acudió *voluntariamente* a los centros asistenciales como primer modo de entrada, y sólo a una gran distancia aparece la familia y muy residualmente otras instancias. Sin embargo, como segundo modo de entrada, la *familia* tiene un peso importante en la configuración de la voluntad de los sujetos de iniciar un tratamiento, lo que se corresponde con la importancia de esta última como punto clave de apoyo en la recuperación de la gran mayoría de los sujetos que deciden iniciar un proceso asistencial.

Como era de esperar, la droga que precipita la demanda de tratamiento es para la gran mayoría de los casos la heroína, con 146 casos, tres de

**CUADRO 13**  
**TIEMPO DE TRATAMIENTO ASISTENCIAL SEGUN EDAD Y SEXO**

| Tiempo tratamiento | De 18 a 22 años | De 23 a 25 años | De 26 a 28 años | Más de 28 años | Total        | Hombre     | Mujer     | Total      |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------|------------|-----------|------------|
| Menos de 6 meses   | 2               | 3               | 4               | 2              | 11<br>(7,3)  | 9          | 2         | 11         |
| De 7 a 12 meses    | 6               | 9               | 5               | 4              | 24<br>(15,4) | 19         | 5         | 24         |
| De 1 a 4 años      | 18              | 28              | 17              | 17             | 80<br>(53,0) | 58         | 22        | 80         |
| Más de 4 años      | 1               | 13              | 10              | 12             | 36<br>(23,8) | 31         | 5         | 36         |
| <b>Totales</b>     | <b>27</b>       | <b>53</b>       | <b>36</b>       | <b>35</b>      | <b>151</b>   | <b>117</b> | <b>34</b> | <b>151</b> |
| Porcentaje         | 17,9            | 35,1            | 23,8            | 23,2           | 100          | 77,5       | 22,5      | 100        |

cocaína, un caso de alcohol y otro de anfetaminas. Ahora bien, es importante observar el peso de la cocaína en el inicio del tratamiento desde el momento en que casi el 20% de los asistidos, cuando iniciaron el proceso de recuperación, estaban consumiendo dicha droga junto a la heroína, como refuerzo o sustitución puntual a la misma. Dicho de otra manera, si la heroína es la droga que precipita el proceso asistencial, no se puede olvidar que casi la quinta parte de los individuos estaba consumiendo también cocaína de forma habitual, mientras otros tipos de consumos juegan en el momento del tratamiento un papel muy residual o sustitutivo temporalmente.

### Edad de inicio al consumo

Los diferentes centros de tratamiento han constatado cómo durante los últimos años se ha producido un *cambio cualitativo* en las *edades de inicio al consumo* de drogas en general, y a las drogas más perjudiciales para el individuo. Este cambio crucial se caracteriza por tres elementos: *disminución* de las edades de inicio a los diferentes consumos, *reducción* de la carrera temporal entre el inicio al consumo en general y de drogas muy perjudiciales y, finalmente, *intensidad* social en el inicio al consumo.

En efecto, como se puede ver en el Cuadro 14, se da una edad media de *inicio* al consumo de drogas a edades más tempranas a medida que consideramos estratos de edad más jóvenes. De manera que mientras los que tienen en 1987 más de 28 años de edad iniciaron el consumo de drogas en general con una edad media de 17,1 años y las drogas muy perjudiciales con 21,9 años, los del estrato de 18 a 22 años lo hicieron con edades medias de 13,7 y 15,8 años, respectivamente. En este sentido, hay un corte claro entre el grupo de consumo de la generación de los ochenta, caracterizado por la precocidad, y el de la generación de los años setenta, caracterizado por la premiosidad. En todo caso, hasta los 25 años inclusive el inicio al consumo tiene lugar con menos de 15 años de edad y con menos de 18 a las drogas perjudiciales, mientras que después de los 25

CUADRO 14

#### EDAD MEDIA DE INICIO AL CONSUMO DE DROGAS EN GENERAL Y LAS QUE DAÑAN GRAVEMENTE LA SALUD

| Estratos actuales de edad | Edad inicio del consumo de drogas en general | Edad inicio al consumo de drogas muy perjudiciales | Recorrido medio en años y meses entre los dos inicios de consumo |
|---------------------------|--|--|--|
| De 18 a 22                | 13,7   | 15,8   | 2,1  |
| De 23 a 25                | 14,8   | 17,8   | 2,8  |
| De 26 a 28                | 15,7   | 19,0   | 3,3  |
| Más de 28 años            | 17,1   | 21,9   | 4,8  |

años ambos consumos se inician después de los 15 y los 19, respectivamente, dándose el verdadero corte generacional con las personas de más de 28 años, cuyas diferencias con el resto son patentes.

La diferencia entre hombres y mujeres es insignificante en cuanto a la edad media de inicio al consumo de drogas en general (15,3 años en los hombres y 15,4 años en las mujeres), del mismo modo que en los solteros y casados (15,1 y 15,8 años, respectivamente). Lo mismo sucede en lo que se refiere a las drogas muy perjudiciales, donde la edad media de inicio al consumo en todo el conjunto es de 18,7 años en los hombres y 18,5 años en las mujeres, y parecida relación a las drogas en general en cuanto al estado civil (18,2 y 18,9, respectivamente).

Por otra parte, decimos *que se ha reducido el recorrido temporal entre el consumo de drogas de iniciación, como el cannabis, y la heroína*. En el Cuadro 14 se puede ver cómo el grupo de edad de 18 a 22 necesita solamente dos años y un mes, como media, para recorrer todo el espacio de las drogas existentes en el mercado, mientras que los que en 1987 tenían más de 28 años necesitaban casi cinco años (cuatro años y ocho meses); el recorrido se ha reducido entre ambos casos a menos de la mitad en un lapso de tiempo relativamente rápido, y ello es un indicador claro de profundos cambios sociales y culturales a los que nos referiremos en los próximos capítulos.

Finalmente, cuando contemplamos las edades de iniciación al consumo de drogas, queda patente la *intensidad* del cambio (Cuadro 15), tanto por la importancia relativa de los que en el estrato de 18 a 22 años iniciaron el consumo de drogas con menos de 13 años (casi la mitad de dicho estrato), como por la importancia del que empezó a consumir drogas muy perjudiciales antes de los 17 años (casi el 60% de todos los que tienen menos de 25 años de edad).

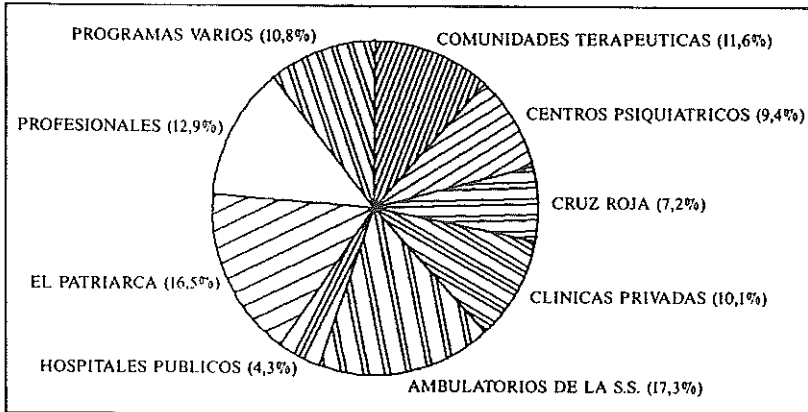
En suma, en este grupo significativo se nos muestra claramente el tipo de consumidor genérico predominante, caracterizado por la *precocidad en el consumo, rapidez en el recorrido de los diferentes consumos e intensidad generacional*.

## Oferta de centros y recurrencia

*Los procesos de recuperación son largos y recurrentes*, se producen múltiples intentos de recuperación, y ello viene reflejado por el hecho de que algo más de la mitad de la muestra (83 casos) ha acudido a uno o varios *centros asistenciales*, antes de acudir al centro de referencia actual. El Gráfico 1 esquematiza la importancia relativa de esos centros o profesionales a los que se ha acudido anteriormente. Ahora bien, es necesario hacer algunas precisiones.

Ante todo, destaca el hecho de que la estructura de los centros refleja en gran parte el tipo de oferta anterior a 1985, con un peso muy impor-

GRAFICO 1  
CENTROS DE RECURRENCIA



tante de la institución privada El Patriarca y otras CTD, profesionales individuales como psiquiatras y psicólogos, sanatorios psiquiátricos, clínicas privadas, ambulatorios de la Seguridad Social y otros programas. Es un tipo de oferta en el que predomina un tipo de asistencia en espacios cerrados (CTD, psiquiátricos), o con un enfoque relativamente sanitarista (clínicas privadas, ambulatorios de la Seguridad Social, en este último caso como instrumento para hacer frente a urgencias casi siempre), o bajo tratamientos que implican una cierta concepción del drogodependiente como un enfermo desviado (profesionales varios).

En segundo lugar, desde el punto de vista de la utilización de esa oferta, destacan dos hechos:

a) Que El Patriarca es la primera institución utilizada anteriormente (27,1% de los casos), seguida de otras CTD (10,7%), profesionales psiquiátricos (10,6%) y centros de la Seguridad Social (10,6%), clínicas privadas (8,2%) y psiquiátricas (7,1%), Cruz Roja (5,9%) y el resto se reparte entre psicólogos y programas varios.

b) La utilización de dos o más instituciones por un conjunto de personas, la mitad prácticamente de los que fueron a otros centros asistenciales o terapeutas profesionales, que se caracterizan por estar situados en los estratos más altos de edad (de 26 años en adelante, en su inmensa mayoría).

Se puede decir que, globalmente, ese tipo de oferta se ha modificado en buena medida, dando paso a otro del que es una muestra el conjunto de centros analizados en los capítulos precedentes. Es decir, una oferta con un enfoque más psicosocial, que se desarrolla en espacios sociales abiertos y con un tipo de intervención multidisciplinar. Lo paradójico, como luego veremos, es que mientras las concepciones asistenciales y re-

CUADRO 15

## EIDADES DE INICIO AL CONSUMO DE DROGAS EN GENERAL Y MUY PERJUDICIALES

| Edad de inicio   | Consumo de drogas en general |                 |                 |                |              | Consumo de drogas muy perjudiciales |                 |                 |                |              |
|------------------|------------------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------|-------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------|
|                  | De 18 a 22 años              | De 23 a 25 años | De 26 a 28 años | Más de 28 años | Total        | De 18 a 22 años                     | De 23 a 25 años | De 26 a 28 años | Más de 28 años | Total        |
| Menos de 13 años | 12                           | 9               | 4               | 3              | 28<br>(18,5) | 3                                   | —               | —               | —              | 2<br>(2,0)   |
| De 14 a 17 años  | 15                           | 41              | 26              | 17             | 99<br>(65,6) | 20                                  | 26              | 8               | 2              | 56<br>(37,1) |
| De 18 a 20 años  | —                            | 2               | 6               | 11             | 19<br>(12,6) | 4                                   | 24              | 20              | 9              | 57<br>(37,3) |
| Más de 20 años   | —                            | 1               | —               | 4              | 5<br>(3,3)   | —                                   | 3               | 8               | 24             | 35<br>(23,2) |
| <b>Totales</b>   | <b>27</b>                    | <b>53</b>       | <b>36</b>       | <b>35</b>      | <b>151</b>   | <b>27</b>                           | <b>53</b>       | <b>36</b>       | <b>35</b>      | <b>151</b>   |

cuperadoras, en conjunto, se abren y flexibilizan, las ideologías sociales se cierran y rigidifican, tal como lo perciben los propios sujetos en proceso de recuperación y claramente expresa la propia sociedad. Cabe señalar, por último, que el predominio de los centros asistenciales públicos y privados subvencionados conduce a que la financiación de los procesos de tratamiento sea gratuita en su inmensa mayoría (72,2%), compartida entre los servicios públicos y la familia (16,6%), financiado por la familia exclusivamente (7,9%), por el propio individuo (2,6%) o por una fundación (0,7%).

## Motivación del consumo de drogas

Finalmente, se pidió a los entrevistados que, de una forma sintética, definieran los *motivos* de su proceso de *consumo*, ampliando las esquemáticas respuestas con aclaraciones recogidas con la máxima literalidad, y de cuyo contenido daremos cuenta en el siguiente capítulo. Cifrándonos al primer grupo esquemático de información es preciso aclarar varios aspectos.

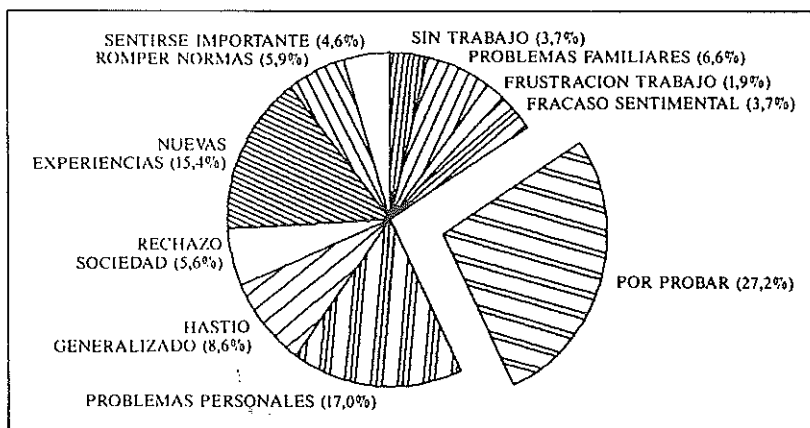
En primer lugar, las explicaciones de las profundas razones de la carrera de consumo que termina en una sólida adicción y, a menudo, conflictos con la sociedad, son no sólo complejas, sino contradictorias, y dependen de los distintos lugares que se ocupa en la estructura social, experiencias y referentes culturales diferentes y condicionamientos personal y familiar. Tan es así que buena parte de los sujetos señalan diferentes motivos, profundamente interrelacionados entre sí, y que sólo el discurso motivacional puede aclarar en parte, como veremos en el capítulo nueve. De hecho, buena parte de los sujetos se veían impotentes para contestar satisfactoriamente una pregunta que constituye la clave explicativa de su adicción, de ahí la complementaria verbalización de dichos motivos realizada en muchos casos.

En segundo lugar, siguiendo el inevitable esquematismo de las motivaciones aducidas, en el Gráfico 2 se jerarquizan por su orden de importancia, independientemente de su plural manifestación en los diferentes sujetos. Por probar, los problemas personales y la búsqueda de nuevas experiencias se definen como los motivos más importantes del consumo de drogas, seguidos del hastío general, problemas familiares, rechazo del individuo a la sociedad, sentirse importante y otros como no tener trabajo o fracasos sentimentales. Obviamente, buena parte de estos motivos aparecen en los diferentes sujetos, pero su manifestación varía según la edad, el sexo y, en parte, el nivel de estudios. El análisis de las motivaciones de acuerdo con estas variables, nos permite diseñar lo que sería un modelo general de motivaciones, cuya profundización se hará posteriormente.

El *modelo explicativo* se articula alrededor de lo que sería el núcleo básico motivacional en términos estructurales. En primer lugar, *el grupo*

GRAFICO 2

## MOTIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS



de edad de 18 a 22 años centra sus motivaciones alrededor del problema de la *socialización*, en la medida en que predominan los problemas familiares y tensiones de integración, y en menor medida el problema de la curiosidad, «por probar», frente a la droga. El problema de «desajuste» familiar es particularmente claro en las mujeres y en los que tienen estudios primarios sin acabar.

El *segundo grupo de edad*, de 23 a 25 años, centra sus motivaciones alrededor del problema de la *evasión*, que se manifiesta en la tendencia al «narcisismo» (sentirse importante, realizar nuevas experiencias vitales), y en la «huida» de la realidad (hastío y huida de problemas personales), con un claro predominio en los varones y que curiosamente se manifiesta de forma peculiar en los que han realizado o realizan estudios secundarios (hastío, huida) y en los que realizan o han realizado estudios superiores (narcisismo).

El *tercer grupo de edad*, de 26 a 28 años, centra sus motivaciones en el problema de la *integración*, en las dificultades que tuvieron para acceder a las oportunidades sociales en que habían sido socializados. Ello les lleva a expresar su «rechazo» (romper normas sociales) y la «huida» frente a la realidad (nuevas experiencias). En este grupo es importante la posición relativa de los varones, así como los que han realizado estudios medios y de formación profesional (rechazo) y superiores (huida).

El último *grupo de edad*, más de 28 años, manifiesta sus motivaciones alrededor de la *frustración* de expectativas personales y sociales, manifestando problemas de integración laboral, problemas sentimentales, «frustración» en suma, y de ruptura con la sociedad o «rechazo» relativo de la misma, manifestándose indistintamente en varones y mujeres. Desde el punto de vista de los estudios, los que apenas tienen estudios,



formación profesional y primarios sin acabar plantean problemas de rechazo de la sociedad por no tener trabajo, y los que tienen estudios superiores verbalizan su frustración sociolaboral.

## Hipótesis motivacional

Aunque se trata de un colectivo juvenil con rasgos comunes importantes, como se observa en las motivaciones verbalizadas, sin embargo la profundidad de los cambios vividos durante los últimos diez años tiende a enfatizar en unas u otras experiencias según los grupos de edad. De este modo, el modelo anteriormente señalado puede concretarse en términos de experiencias socioeconómicas y culturales que afectan de modo diferente a los grupos de edad bajo la siguiente hipótesis explicativa:

1. El grupo de más de 28 años vivió parte de su experiencia juvenil durante la transición política. Son los llamados consumidores contraculturales, experimentando la *frustración* de la utopía no realizada en un contexto sociológico de *integración limitada* en el mercado de trabajo y *desencanto* político.

2. El grupo de 26 a 28 años vive en el tránsito de las décadas la creciente *desintegración* de los valores de solidaridad, en un contexto de creciente *austeridad* socioeconómica y de *escepticismo* político, experimentando vivencias de relativa *desintegración* social.

3. El grupo de 23 a 25 años inicia su andadura juvenil en los primeros años ochenta, cuando se manifiesta con cierta claridad el *cierre de oportunidades* sociales para importantes colectivos de juventud. Socializados en un ambiente de ofertas ilimitadas, el espejismo del consumo absoluto de bienes y fetiches, se encuentran con límites objetivos para integrarse en la sociedad, situación que van a vivir como *evasión* personal y adoptando actitudes de *pasotismo* político.

4. El grupo de 18 a 23 años, protagonista de los años intermedios de la década de los ochenta, en el que se encuentra un colectivo amplio de jóvenes marginales, tiene como contexto sociológico la consolidación de la *sociedad dual*, en la que experimentará ya no sólo problemas de integración social, sino, sobre todo, de estricta *socialización* o de incapacitación para asimilar las pautas culturales establecidas. En consecuencia, adoptan actitudes de pasotismo con un matiz diferencial: mientras el pasotismo del grupo anterior es de que «no hay oferta política», en este caso es de un esquemático «paso» (ver Cuadro 16).

Los dos últimos ejemplos creemos que se ajustan a la definición que Zarraga establecía en relación a la inserción de los jóvenes en la sociedad española; es decir, se trata de los «segundones», por razón de su propia posición estructural e histórica, y que debido a su número e inoportunidad de presencia en un mundo de profundos cambios se encuentran objetivamente bloqueados: «El análisis de la situación actual nos muestra

**CUADRO 16**  
**DISTRIBUCION CUALITATIVA, POR GRUPOS DE EDAD, DE LA PRACTICA SINTETICA MOTIVACIONAL DEL CONSUMO DE DROGAS**

| Variables definitivas<br>Grupos de edad | Epoca histórica de inicio en los consumos de drogas muy perjudiciales | Contexto sociológico        | Prácticas psicosociales                             | Actitudes políticas dominantes |
|---|---|-----------------------------|---|--------------------------------|
| Más de 28 años                          | Fin de la transición política (1978-79)                               | Integración social limitada | Frustración frente al cambio                        | Desencanto                     |
| De 26 a 28 años                         | Bienio restrictivo (1980-82)  | Austeridad social           | Desintegración de expectativas                      | Desconcierto                   |
| De 23 a 35 años                         | Ajuste socioeconómico (1983-85)                                       | Cierre de oportunidades     | Evasión y desinterés por la integración             | Pasotismo limitado             |
| De 18 a 22 años                         | Modernización (1985-87)   | Dualidad social             | Crisis de socialización y de inserción sociolaboral | Pasotismo                      |

---

una generación *bloqueada* en su proceso de juventud, *marginada* a posiciones secundarias del sistema y aislada socialmente» (J. L. Zarraga, 1985).

Todo lo dicho hasta aquí sobre la distribución grupal de las motivaciones considera la juventud de drogodependientes según edades y bajo contextos socioeconómicos y políticos diferentes. Sin embargo, la juventud se distribuye también socialmente, con procedencias sociales diferentes y lugares también diferentes en la estructura social, sin cuya consideración nos limitaríamos a una visión importante, como es la demográfica, pero no podríamos explicar o aproximarnos siquiera a un análisis sociológico profundo de la *estructuración social de este colectivo*. Esto último, como desarrollo de lo dicho hasta ahora, se abordará en los siguientes capítulos en su doble expresión: grupal e ideológica.

## 7.4. Procesos de integración social

---

Los procesos de integración social son diversos y complejos, pero en todos ellos se plantean problemas comunes, que aparecen en las experiencias de integración social y cuya descripción pasamos a considerar: la decisión sobre el proceso de reinserción, las condiciones que se valoran para iniciar aquél, las actividades que se desarrollan y el apoyo que conllevan, el papel de la familia en el proceso, así como los retornos al consumo y sus causas.

### La decisión sobre el inicio del proceso

La *decisión sobre el inicio del proceso de integración social* recae en distintas instancias de responsabilidad que por su importancia cuantitativa se ordenan así: en primer lugar, la decisión conjunta del centro de tratamiento y el sujeto del proceso, lo que sucede en más de la tercera parte de los casos; después, y con el mismo grado de importancia, el centro solamente o el sujeto en exclusiva; en tercer lugar, se trata de una decisión del centro, la familia y el sujeto interesado, realizada conjuntamente, y, de forma muy residual, el protagonismo pertenece sólo a la familia y otras instancias.

Esta distribución, sin embargo, se expresa de diferentes maneras cuando consideramos la edad, sexo, estudios y tipo de centro rehabilitador en el que son asistidos los sujetos.

Así, en el grupo de 18 a 23 años, el centro tiene un peso superior a cualquier otra instancia de decisión, lo que se explica por tratarse normalmente de sujetos que están en las fases iniciales del tratamiento, en las que se da una fuerte dependencia del centro y sus diseños terapéuticos. En los tres grupos siguientes de edad el protagonismo pertenece, de forma conjunta, al centro y al sujeto, seguido de la exclusiva decisión del sujeto y el centro solamente. Se podría decir que en la medida que el objetivo fundamental de los centros es el logro de la «autonomía» de los individuos, las políticas terapéuticas enfatizan, globalmente hablando, en la progresiva sustitución del protagonismo de los centros por el de los propios individuos a medida que se desarrolla el curso del proceso de tratamiento.

Este proceso no se diferencia básicamente por sexos, si bien es preciso señalar la mayor importancia que tiene la familia en el caso de las mujeres.

Del mismo modo, la decisión conjunta del «centro y el sujeto» adquiere una importancia con el mayor grado de cualificación académica, de forma que este modo mayoritario de decisión se acrecienta a medida que se eleva el nivel cultural de los sujetos, nivel que también incide en una mayor implicación de la familia en los procesos individuales de recuperación.

Sin embargo, el tipo de centro no interviene en los procesos de decisión de acuerdo con la filosofía de los programas terapéuticos que explicitan. Así, mientras en los centros públicos el «centro» tiene un peso superior frente a cualquier otro tipo de variable, en los privados pesa más el mecanismo del «centro y el sujeto» e incluso la familia, teniendo un papel semejante la decisión exclusiva del sujeto. La aparente contradicción pudiera encontrar explicación en el hecho de que los centros ambulatorios públicos asumen una demanda social que, por su origen sociológico, requiere un mayor protagonismo del centro, en contra de los propios supuestos terapéuticos. Recuérdese en este sentido la respuesta a esta misma pregunta hecha a los centros y cuyos resultados vienen recogidos en el epígrafe 6.1 (Cuadro 9); es decir, el modo de determinar el inicio del proceso de reinserción por parte de los centros públicos se apoya sobre todo en la articulación entre el centro y el sujeto, centro, sujeto y familia, o los anteriores junto con los servicios sociales.

## Las condiciones para su inicio

Las *condiciones* para iniciar un proceso de integración social dependen en gran medida del tipo de programa. Tal como los sujetos las expresan, dichas condiciones se valoran del modo siguiente:

| 1.º grupo condiciones             | 2.º grupo condiciones                    | 3.º grupo condiciones               |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| — Abstinencia                     | — Inicio actividad ocupacional           | — Valoración global                 |
| — Valoración global               | — Valoración global                      | — Relaciones sociales en desarrollo |
| — Inicio de actividad ocupacional | — Aceptación genérica de normas sociales | — Tener buena salud                 |

Aunque aproximadamente la quinta parte de los entrevistados no supieron contestar a la pregunta sobre las condiciones de su proceso de integración, la valoración que de las mismas hace el resto es clave: excep-

tuando la abstinencia, que es una condición genérica relativa, lo que predomina es una valoración global del sujeto en todos los órdenes (físico, psicológico, social, etc.) o, si se prefiere, una valoración global del caso concreto. Incluso en el segundo grupo de condiciones, la distancia valorativa entre el inicio de una actividad ocupacional y la valoración global es prácticamente insignificante.

Estas valoraciones, que no encuentran diferencias relevantes según sexo y edad, sin embargo, si tenemos en cuenta la variable estudios, producen algunos matices: la mayor importancia que la abstinencia tiene para aquellos que tienen estudios medios y superiores, y la importancia del inicio de una actividad ocupacional para aquellos que tienen estudios primarios o de formación profesional, todo ello referido al primer grupo de condiciones valoradas. Por otra parte, mientras la valoración global no encuentra especiales diferencias según estudios, la aceptación genérica de normas sociales adquiere mayor relevancia en los que no tienen estudios o sólo primarios, y el desarrollo de relaciones sociales de todo tipo se particulariza en los que tienen estudios primarios y secundarios.

Finalmente, refiriéndonos al tipo de centro, se vuelve a producir la misma contradicción señalada en lo referente a los procesos de decisión sobre el inicio de la integración. Así tenemos que, según los sujetos, la *abstinencia* tiene una importancia relativa superior en los centros públicos que en los privados. La *valoración global del sujeto* adquiere en los centros privados una relevancia superior que en los centros públicos. Mientras que la *aceptación genérica de normas sociales* adquiere una dimensión superior en los centros públicos, el desarrollo de relaciones sociales lo tiene en los centros privados y la actividad ocupacional se manifiesta de forma parecida. Hay que insistir que el tipo de clientela y una corta experiencia temporal en diferentes centros públicos son elementos que pueden explicar la aparente contradicción entre las condiciones que los centros exigen, según los sujetos, y los programas terapéuticos. También aquí hay que recordar cómo la abstinencia no es una condición clave para iniciar la reinserción en los centros públicos, aunque tenga una importancia nada desdeñable, siendo la predisposición positiva del individuo la condición fundamental (ver epígrafe 6.1). El *problema*, insistimos, es la *distancia que se produce entre el enfoque terapéutico y la práctica de la integración, tal como es percibida por los sujetos*, distancia que sólo la demanda específica y los condicionantes concretos de los programas pueden contribuir a explicar.

## Los apoyos al proceso de integración

La consideración de los *centros de referencia y los apoyos al proceso de integración*, según los sujetos, es un modo de aproximación al proceso rehabilitador/integrador, al mismo tiempo que nos permite contrastar el papel de los centros en dicho proceso.

Los procesos de integración tienen como referencia directa, en su inmensa mayoría (80%), los propios centros de rehabilitación, y de forma muy residual otros centros públicos (9,3%) y otros centros privados (2,7%). Esta estructura referencial en gran parte coincide con lo que decimos en los capítulos previos, en el sentido de que los problemas de coordinación de recursos sociales y comunitarios, que potencian la integración social, junto a la complejidad real de desarrollar socialmente la integración, conducen a que los propios centros sean referentes directos de un proceso —que es necesariamente comunitario—, al que por su estructura y objetivos pueden dar respuestas más rehabilitadoras que integradoras, siendo aún residuales los centros que coordinan e impulsan actividades de integración en el medio y desde el medio social del individuo.

Por otra parte, la valoración del apoyo y seguimiento del proceso de recuperación/integración por parte de los sujetos es altamente positiva (en torno al 85%), siendo las opiniones negativas casi inexistentes. La supervaloración del apoyo no es algo sorprendente, puesto que en las entrevistas se puso de manifiesto tanto la fuerte «identificación» de los sujetos con los programas y los terapeutas, como el sentimiento de «protección» de los individuos por parte de los centros. Esta valoración tan positiva, que aparece también en diferentes estudios, refleja en parte posiciones acríicas sobre los objetivos y contenidos de los que se suele esperar resultados, a veces casi milagrosos, al ser los únicos espacios de apoyo frente a un mundo social que les segrega. Hay que añadir, por otra parte, que la percepción de apoyo no se refiere tanto a los contenidos objetivos de los programas, cuanto a las personas o terapeutas de los centros, que constituyen el principal núcleo de referencia de los procesos de reinserción, o, si se prefiere, tienen el liderazgo moral más sólido para los sujetos en proceso de asistencia, en comparación con cualesquiera otras.

En este sentido, cuando indagamos sobre las personas y/o instituciones que más han ayudado al sujeto en su proceso recuperador, la jerarquía que se establece parte precisamente del liderazgo de los terapeutas o profesionales del centro, seguido relativamente cerca por la familia, después amigos, la pareja y compañeros que fueron adictos (ver Cuadro 17). Siendo la mayoría de los centros o programas instituciones de rehabilitación, es lógico que se produzca una estructura de apoyo como ésta, si bien queda patente que, dejando aparte los terapeutas y profesionales, la familia juega un papel estratégico en el proceso de recuperación/integración, mientras que la pareja, amigos y compañeros ex adictos tienen un papel importante pero no tan relevante.

Tales apoyos, fundamentalmente en los procesos de recuperación, actúan de modo diferente según las características sociodemográficas de los sujetos y el tipo de centro implicado. Así tenemos:

1. En la primera jerarquización de condiciones (Cuadro 17) la familia tiene un papel particularmente relevante en el grupo de edad más joven, implicándose de forma mucho más activa que en los restantes grupos de edad. El centro tiene un papel crucial en todos los grupos, pero

## CUADRO 17

PERSONAS Y/O INSTITUCIONES QUE MAS AYUDARON  
A LOS SUJETOS EN EL PROCESO DE INTEGRACION

|                          | Persona que más le ayudó (1) | Persona que más le ayudó (2) | Persona que más le ayudó (3) |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Profesionales del centro | 46,7%                        | 41,9%                        | 17,7%                        |
| Familia                  | 38,0%                        | 37,9%                        | 22,6%                        |
| Amigos                   | 2,0%                         | 8,9%                         | 32,3%                        |
| Pareja                   | 10,7%                        | 6,5%                         | 17,7%                        |
| Exadictos                | —                            | 2,4%                         | 4,8%                         |
| Otros                    | —                            | 2,4%                         | 3,2%                         |
| Ns/Nc                    | 2,7%                         | —                            | —                            |
| <b>Total casos</b>       | <b>150</b>                   | <b>124</b>                   | <b>62</b>                    |

especialmente en los de 28 y más años, debido posiblemente a los vínculos que genera un largo período de relación con el centro. Por último, la pareja y los amigos son medios de apoyo que predominan en los individuos de más edad dentro del colectivo. En el segundo grupo de apoyos, el centro tiene una presencia fundamental en el colectivo más joven, mientras que el apoyo de la familia se reparte de forma no muy diferente por el resto de los grupos, con un mayor grado de protagonismo en el colectivo de 28 y más años. Finalmente, el apoyo de ex toxicómanos aparece como condición importante en el colectivo de más edad. Se podría, por tanto, decir que mientras los sujetos de 18 a 23 años se apoyan en la familia, el centro y la pareja, por ese orden, los del grupo de 28 y más años lo hacen a través de amigos, pareja, familia y ex toxicómanos, combinando esos apoyos los otros grupos de edad en una cierta escala que sustituye progresivamente los primeros apoyos por los segundos.

2. En relación con la variable sexo, hay que señalar que si bien el centro y la familia son importantes en todos los sujetos, lo son de forma particular en el colectivo de mujeres, mientras que en los hombres tiene un mayor peso relativo la pareja. Esto refiriéndonos al primer grupo de apoyos, pues en los restantes grupos la importancia de la pareja y los amigos es superior en las mujeres, mientras que el centro y la familia lo son en los hombres.

3. En relación con los estudios, resulta patente cómo la familia y los amigos adquieren su mayor importancia en los que tienen estudios superiores, en comparación con los demás, a la vez que el papel del centro tiene una menor relevancia para aquel colectivo y máxima para los grupos de más baja titulación académica. Sin embargo, en el segundo grupo de condiciones, la familia es más importante para los de estudios medios y el centro para los que tienen estudios superiores.



4. La independencia económica se refleja también en los tipos de apoyo preferenciales. De este modo, los que tienen mayores ingresos son los que precisan de menor apoyo por parte de los centros, y se apoyan más en la familia y en los amigos, en cualesquiera de las condiciones. Los que tienen menores ingresos parecen disponer de un sistema de relaciones sociofamiliares menos sólido y se apoyan más en los centros, si bien las diferencias respecto de los grupos de mayores ingresos, en cuanto al apoyo en familia y centro, no es sustancial en ningún caso.

Resumiendo lo anterior tenemos que *centro y familia son los medios de apoyo más importante del proceso de recuperación, pero su utilización se distribuye de forma desigual por razones sociodemográficas*, de forma que si en el caso de los individuos más jóvenes la familia juega un papel crucial, junto con el centro y la pareja, en los de más edad el papel protagonista pertenece a los amigos, pareja y familia. Al mismo tiempo, *las condiciones sociales diferencian claramente los tipos de apoyo que se utilizan*: cualificaciones académicas superiores y mayores ingresos proporcionan independencia frente al centro y privilegian las relaciones de familia y amistad como medios de apoyo a la recuperación/integración, mientras que los de inferiores cualificaciones y menores ingresos se apoyan más en la cobertura global del centro, que no sólo es rehabilitadora, sino apoyatura clara para la integración.

## Las actividades recuperadoras

En relación con las *actividades* que los sujetos realizan en su proceso de recuperación, resulta difícil su sistematización, puesto que, como afirmábamos en el capítulo sexto, ello depende de múltiples factores que condicionan de diferente modo los procesos de «recuperación uno a uno».

Para empezar, podemos señalar que existen dos grandes grupos de actividades:

a) Un grupo, el predominante, en el que tienen un peso fundamental *actividades con mayor carga rehabilitadora, como son las analíticas y la terapia individual*, realizadas respectivamente por el 63,3 y 66,7% de los sujetos entrevistados.

b) El segundo grupo, de mucha menor entidad, está compuesto por *actividades de específica integración social*: reuniones de seguimiento (36,7%), terapia ocupacional (26%), cursos de formación (16,7%) y cursos de formación del INEM (10%).

Por otra parte, la importancia de las diferentes actividades señaladas por los sujetos se corresponde con lo que ya apuntamos en el caso de los centros; es decir, analíticas y terapia individual ocupan el primer lugar entre aquéllas, seguidas de la terapia ocupacional y, a gran distancia, los diferentes cursos de formación impartidos desde el centro o desde el INEM. En definitiva, los sujetos constatan la importancia de las activi-

dades de rehabilitación, particularmente el *desarrollo de la autonomía de los individuos*, frente a aquellas actividades que tienen un carácter directamente de integración social. Ello no quiere decir en modo alguno que gran parte de los centros no pretendan realizarlas; por el contrario, los centros con enfoque psicosocial, e incluso los de enfoque rehabilitador, consideran que sus actividades forman parte del proceso de integración social. El problema, como decimos, es que gran parte de los centros analizados *realizan un tipo concreto de actividades de acuerdo con las presiones de la demanda social y, sin embargo, los recursos necesarios para impulsar actividades postrehabilitadoras son desiguales y su coordinación efectiva en el medio comunitario es compleja y, a veces, inexistente*.

## El papel de la familia

La importancia del apoyo de la *familia* a los sujetos en proceso de recuperación es decisiva, de forma que, con la excepción de unos pocos casos, aquélla es valorada positivamente como apoyo directo, tanto en términos económicos como morales o efectivos. Particularmente en este último caso, en el que los sujetos se extendieron en explicaciones sobre el apoyo recibido por sus familias, pasado el impacto de una realidad a menudo desconocida por aquéllas. Evidentemente, los centros y programas tienen, en general, un papel crucial en estimular una implicación familiar lo más directa posible, lo que a veces no es sencillo en la medida que dicha implicación supone encarar una posible modificación de actitudes y pautas de conducta de la familia del interesado. En todo caso, el papel fundamental que la familia puede jugar en muchos casos de recuperación, no en todos, ha hecho de ésta una *pieza estratégica del proceso de integración de drogodependientes*, al mismo tiempo que dicha importancia se corresponde con el movimiento general de retorno a estructuras de convivencia microsociales.

## Los retornos al consumo

La *recurrencia al consumo* de sustancias adictivas forma parte del proceso global de recuperación del drogodependiente. Desde el enfoque estructural, *el retorno al consumo se contempla como parte del proceso de aprendizaje, que conlleva idas y vueltas sobre una línea de recuperación globalmente positiva en el logro de la autonomía personal y en la posibilidad real de integración social*. Para otros enfoques, el retorno al consumo es la recaída culpable en el camino de la salvación personal y, en consecuencia, la culpa debe ser reparada mediante el aislamiento, el trabajo y el estigma.

Casi la mitad de los entrevistados (el 48%) tuvo de nuevo problemas con el consumo de drogas adictivas, y, de ellos, el 40% retornó al consumo tres o más veces.

El retorno forma parte del proceso individual y social de recuperación y sus razones son complejas. Los individuos señalan como causa fundamental la *inseguridad personal* de cara a la normalización, en la que se incluyen diferentes realidades cuyo común denominador viene dado, según las explicaciones adicionales de los sujetos, por los problemas que supone construir una vida no conflictiva ni mediada por las drogas. Ello afecta al 36,1% de los individuos que afirman haber retornado al consumo. La segunda causa en importancia se inscribe en el grupo de «otros», en el que suelen tener gran incidencia causas como el tener que entrar en *prisión*, la *celebración de juicios pendientes* y *problemas psiquiátricos*. En tercer lugar, se señala la *falta de trabajo y oportunidades de vida* después del período rehabilitador, sobre todo en los grupos socialmente más débiles. No se trata tanto de que la falta de trabajo sea el origen directo del retorno al consumo, sino que el cierre de oportunidades sociales para un individuo en proceso de integración genera desajustes personales, que pueden materializarse en el retorno a una práctica de evasión como es el consumo de drogas adictivas. En cuarto lugar, el *retorno al ambiente* social en el que se desarrollaba una vida condicionada por las drogas, es otra de las causas importantes, según los sujetos, en la medida que no se ha roto con el modo de vida anterior al inicio del largo camino recuperador.

Es necesario destacar cómo *los sujetos*, considerando las diferentes causas, *conceden especial importancia a los problemas de autonomía personal*, como un conjunto específico y cualitativo de causas, y en otro grupo sitúan los problemas con la justicia —aunque no exclusivamente—, los de la falta de oportunidades de trabajo y de vida y el peso de los ambientes del consumo de drogas. Esa clasificación de causas se corresponde, a su vez, con la línea de actividades de los centros y se puede resumir del modo siguiente: *los problemas y condicionantes sociales que el individuo drogodependiente afronta en su proceso recuperador tienen mayor o menor incidencia dependiendo del grado de autonomía personal que adquiere dicho individuo a lo largo del tiempo*, lo que si bien no solucionará problemas reales de supervivencia en muchos casos de forma directa, sí le permite disponer de una estructura personal adaptativa más sólida y flexible.

Además, la existencia de retornos al consumo dentro del proceso recuperador parece ser considerada un hecho normal por los centros, pues no sólo la inmensa mayoría recurrió de nuevo al tratamiento o explicitó su situación, sino que además, en la casi totalidad de los casos, los individuos con problemas de consumo fueron apoyados por los centros asistenciales para solventar las consecuencias del retorno a la droga.

Si observamos el problema de la recurrencia teniendo en cuenta algunas variables independientes, podemos señalar que dentro del colectivo que plantea dicho problema se observan las siguientes pautas de comportamiento: por una parte (Cuadro 18), la concurrencia tiene mayor importancia dentro de los grupos de menor edad, no existen grandes dife-



rencias entre hombres y mujeres y es más acusada en el colectivo asistido en los centros públicos. En este último caso, las diferencias se explican en parte por los distintos enfoques terapéuticos y no por aparentes razones de eficacia interventora.

Por otra parte, si contemplamos el problema de la recurrencia desde las causas manifiestas, lo que tenemos es que la inseguridad frente a la adaptación es superior en los dos grupos extremos de edades, en la mujer y en los individuos asistidos en centros privados. El grupo de causas denominados como «otros» (problemas con la justicia, tratamientos psiquiátricos, problemas familiares...) es más importante en los estratos medios de edad, en las mujeres y en los usuarios de centros públicos. Los problemas de empleo son importantes en el grupo de 26 a 28 años, y en los hombres en general. La influencia del ambiente en el retorno al consumo tiene una especial incidencia en los más jóvenes, en los hombres y en los usuarios de los centros públicos. Desde el punto de vista de los estudios, tenemos una línea ascendente, de forma que las recaídas tienen mayor peso dentro del colectivo con estudios primarios (56,1%) y formación profesional (56,7%), descienden con el paso a titulaciones superiores, estudios secundarios (43,5%), estudios medios (25%) y superiores (22%).

Los resultados anteriores, si bien no son generalizables, dados los peculiares mundos de la droga existentes, sin embargo sí parecen tener un sentido y un entronque con la realidad existente, aunque la complejidad de la recurrencia y sus causas aquí sólo puedan ser presentadas a través de un tenue perfil sociológico.

## 7.5. La integración sociolaboral y política

---

En el epígrafe anterior hemos analizado algunos de los condicionantes de los procesos de recuperación de los individuos, los apoyos de diferente tipo que éstos reciben y las dificultades que motivan la recurrencia al consumo. Ahora se trata de profundizar en aquel tipo de actividades y comportamientos que nos permiten analizar y valorar la integración social de los individuos en recuperación a través del trabajo, sus relaciones con las normas sociales y el grado de participación política, tres indicadores objetivos de integración social que, en cierto modo, resumen o sintetizan la vida de un individuo: la actividad productiva y los comportamientos que tienen que ver con las pautas de legitimación y participación que establece una sociedad.

### Trabajo y nivel de ingresos

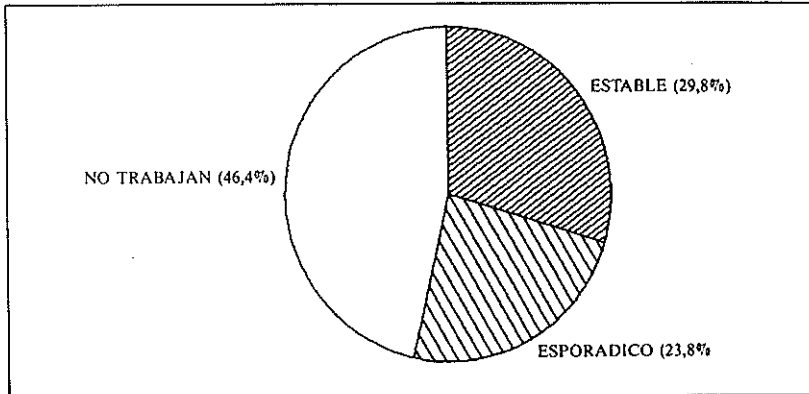
La *integración laboral* de los individuos en proceso de recuperación se diferencia en parte de la experimentada por los grupos de edad equivalentes en el seno de la sociedad española. Por un lado, como se puede observar en el Gráfico 3, el paro afecta al 46,4% de los entrevistados, pero si a ello añadimos el empleo esporádico, escalón inferior del empleo precario, el paro afecta a más de dos terceras partes de los individuos, cifras importantes sobre todo si tenemos en cuenta que también dos tercios de los entrevistados afirman haber trabajado antes del período asistencial.

Por otro lado, de los que trabajaban antes del período asistencial, casi la mitad dejaron de trabajar como consecuencia de los desajustes que produce la fase de experimentación más dramática con el consumo de heroína —en cuanto droga casi absolutamente predominante— y el inicio del proceso de recuperación individual, si bien es cierto que en muchos casos se trata de trabajos esporádicos, como se puede ver en el Cuadro 19.

Finalmente, hay que enfatizar la importancia del trabajo precario en el colectivo que trabaja, en torno al 44% de todos los que dicen trabajar, que sobreviven gracias a las oportunidades de empleo que las familias les ofrecen, determinadas amistades o el recurso a trabajos puntuales y sin continuidad.

GRAFICO 3

**SITUACION LABORAL DE LOS ENTREVISTADOS  
POR TIPO DE TRABAJO**



En relación con los parados en sentido absoluto, en su gran mayoría no realizan ningún tipo de actividad ocupacional ni formativa. Sólo la quinta parte de los parados realiza una actividad ocupacional a través del INEM y otra exigua minoría trata de completar sus estudios, casi siempre secundarios. También hay que señalar en la descripción del colectivo de parados, exceptuando siempre los que tienen empleos esporádicos, que en su inmensa mayoría tienen sólo estudios primarios o de formación profesional de primer grado, en muchos casos sin acabar, afectando exactamente al 64% de los parados. Finalmente, podemos señalar cómo el colectivo de parados que nunca han trabajado empezó a consumir drogas en general, y las más perjudiciales en concreto, a edades más tempranas que los que trabajaban antes de su período asistencial y también que los que trabajaban por vez primera; tiene también una mayor recurrencia al

CUADRO 19

**DISTRIBUCION DE LOS QUE TRABAJAN Y ESTAN EN PARO  
(TOTAL CASOS)**

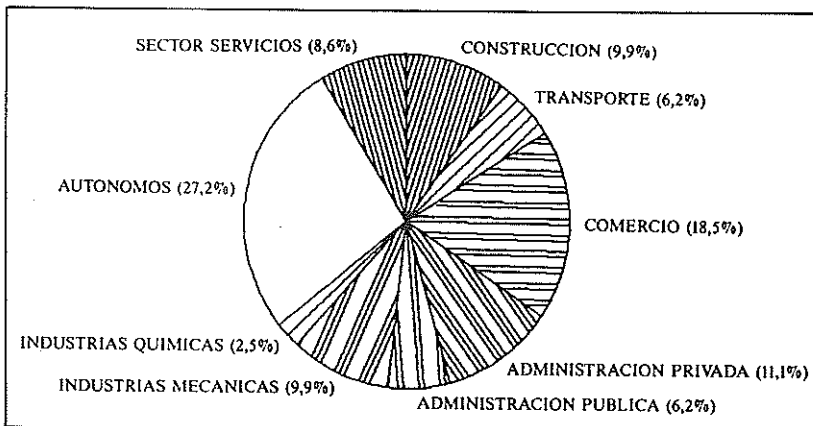
| Trabajan                 | Total     | Empleo estable | Empleo esporádico | Parados   |
|--------------------------|-----------|----------------|-------------------|---|
| Trabajan por primera vez | 24        | 13             | 11                | Parados 55  |
| Trabajan y trabajaron    | 57        | 32             | 25                | Parados haciendo cursos de formación ocupacional 15 |
| <b>Total</b>             | <b>81</b> | <b>45</b>      | <b>35</b>         | <b>70</b>   |

consumo de drogas que otros grupos, si bien las diferencias no son importantes; y finalmente manifiesta una mayor tendencia al pasotismo político.

Ciñéndonos al colectivo que trabaja, con empleos estables y esporádicos, en el Gráfico 4 se puede contemplar su distribución por actividad. El contenido real de esas cifras es muy ilustrativo: casi un tercio son autónomos y un 18,5% trabaja en el comercio, totalizando casi el 46% de los que trabajan. En su inmensa mayoría ayudan a sus padres o a algún familiar en negocios como bares, fontanería, comercios, etc., y ello afecta por igual tanto al grupo que trabaja por vez primera como al que ya trabajaba. Aunque el autoempleo tiene una importancia creciente en nuestra sociedad como mecanismo de supervivencia y también como consecuencia de los cambios que se están produciendo en la organización del trabajo, lo cierto es que *gran parte del colectivo que analizamos realiza un tipo de integración laboral de tipo familiar*, en cierto modo sobreexplotado como parte de los individuos afectados indican. Además; los individuos que trabajan en los servicios (todo lo que no es comercio y administración, en gran parte hostelería) y en la construcción, están sujetos a la estacionalidad y coyunturalidad que caracterizan a este tipo de actividades.

La categoría profesional es un buen indicador de lo que venimos diciendo, puesto que se trata de categorías no cualificadas: el 63% de los que trabajan son peones u oficiales de tercera, el 22% oficiales de segunda, el 7,4% son maestros industriales y el resto titulados medios y superiores.

GRAFICO 4  
SITUACION LABORAL DE LOS ENTREVISTADOS  
POR TIPO DE ACTIVIDAD





En relación con los *ingresos* hay que hacer algunas observaciones:

a) Globalmente hablando, como se puede ver en el Cuadro 20 y el Gráfico 5, el 33,8% de los entrevistados tiene ingresos inferiores a cuarenta mil pesetas mensuales, porcentaje que se eleva a la mitad de todo el colectivo, si consideramos que casi todo el grupo Ns/Nc depende de la familia con la que conviven y la respuesta equivale prácticamente a decir que no tienen ingresos, al menos en el caso de los parados.

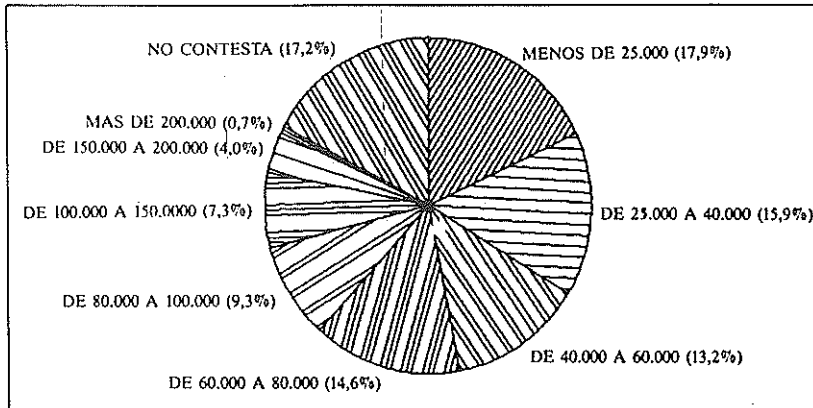
b) Dentro del colectivo de parados que realizan cursos de formación ocupacional la mitad tienen ingresos inferiores a 20.000 pesetas mensuales y la otra mitad ligeramente superiores.

c) En el grupo de parados, incluyendo los que realizan cursos de formación ocupacional, un tercio depende de la familia; cerca de otro tercio cobra el seguro de desempleo; viven del tráfico o el trapicheo en torno al 10%, y el resto vive de diferentes ayudas públicas y privadas y amigos, combinadas en algunos casos.

Evidentemente, se trata de un *colectivo con un inmenso grupo que tiene ingresos a nivel de subsistencia*, que en parte depende de la familia y que para mantener su nivel de vida recurre al trabajo esporádico, trapicheos y diferentes ayudas públicas. Por otro lado, existe otro colectivo inferior, un tercio aproximadamente, con ingresos entre cuarenta y ochenta mil pesetas mensuales. Finalmente, una minoría que, con trabajo estable o viviendo del tráfico, superan las cien mil pesetas mensuales. La estructura de ingresos siempre es un indicador rudimentario, dada la tendencia al ocultamiento de rentas, pero en cualquier caso refleja en parte una *estructura dual atípica, caracterizada por la supervivencia de buena parte de sus miembros o la simple dependencia familiar*.

GRAFICO 5

NIVEL DE INGRESOS MENSUALES



CUADRO 20

## INGRESOS TOTALES MENSUALES (%)

|                                       | Ns/Nc | -25.000 | 25.001 -<br>40.000 | 40.001 -<br>60.000 | 60.001 -<br>80.000 | 80.001 -<br>100.000 | 100.001 -<br>150.000 | 150.001 -<br>200.000 | 200.000<br>y + | Total<br>% | Total |
|---------------------------------------|-------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------|------------|-------|
| Total colectivo                       | 17,2  | 17,9    | 15,9               | 13,2               | 14,6               | 9,2                 | 7,3                  | 4,0                  | 0,7            | 100        | 151   |
| Trabajan estable y<br>esporádicamente | 6,2   | 13,6    | 12,3               | 12,3               | 22,3               | 14,8                | 9,9                  | 7,4                  | 1,2            | 56,6       | 81    |
| Parados y F. ocupacional              | 30,0  | 22,9    | 20,0               | 14,3               | 5,7                | 2,8                 | 4,3                  | —                    | —              | 46,4       | 70    |

En este último sentido hay que indicar que la gran mayoría de los sujetos vive con su familia (el 68,9% de los sujetos), el 15% en residencias colectivas (pisos y CT particularmente) y el resto vive independiente. Si tenemos en cuenta que el número de personas casadas o uniones de hecho es muy pequeño, podemos valorar la importancia de la dependencia de gran parte de los individuos respecto de sus familias.

## La normalización ante la justicia

Uno de los problemas que afronta parte del colectivo de personas en proceso de integración social es el de solventar *problemas pendientes, delitos o faltas, con la justicia*. Como veremos en el capítulo once, la asociación entre adicción y delincuencia es un estereotipo tan fuerte en nuestra sociedad que no permite contemplar la verdadera dimensión del problema y la complejidad de situaciones que se plantean en el proceso de recuperación en relación con los posibles delitos o faltas cometidos por un drogodependiente.

Ahora, simplemente se trata de describir de forma muy aproximativa el problema de la normalización social de los individuos en recuperación. Casi la cuarta parte de los entrevistados tienen juicios pendientes con la justicia, si bien el número de personas que ha tenido problemas con la justicia, con o sin juicio, es mucho mayor en todas las estadísticas al uso. Aquí se trataba de conocer el impacto concreto que podían tener sobre los individuos en recuperación procesos o juicios pendientes.

Los juicios pendientes afectan particularmente a los grupos de edad más jóvenes; a menor edad menos normalizada está la situación y mayor número de juicios pendientes existen. Más aún, se puede decir que existen dos grupos claramente diferenciados: el que comprende a los individuos desde los 18 a los 25 años de edad, en el que alrededor de la tercera parte tiene juicios pendientes (37 y 30% en el estrato de 18-22 y 23-25, respectivamente), y otro grupo constituido por los mayores de 26 años, en el que comparativamente hablando los juicios pendientes son mucho menores (16,7 y 11,4%, respectivamente, de los estratos de 26 a 28 y más de 28 años).

Además, el problema afecta particularmente a los hombres, cerca de la tercera parte de ellos, y en mucha menor medida a las mujeres. Igualmente, como sucede en varios de los problemas aquí descritos sobre los procesos de recuperación, los juicios pendientes se incrementan a medida que el nivel de estudios realizados es más bajo (de los que tienen estudios primarios terminados o sin terminar el problema afecta al 35,1% del grupo, el 21,7% en los de formación profesional, 15% en los que tienen estudios secundarios y el 11% en los de estudios superiores). Los problemas pendientes con la justicia tienden a concentrarse en los que trabajan como autónomos, en la construcción y los servicios, en los que declaran menos ingresos, y prácticamente no se establecen diferencias entre los usuarios de centros públicos y privados.

## Participación política y creencias religiosas

El colectivo de personas en proceso de recuperación se caracteriza por un alto índice de *pasotismo político* y de *indiferencia religiosa*.

Considerando el colectivo en su conjunto, tenemos que en las últimas elecciones el 46,4% de los entrevistados no votó. Pero más importante que el alto porcentaje de personas que no votaron son las razones aducidas como justificación (ver Cuadro 21): casi la cuarta parte «pasa» de política, pero si a esta razón añadimos otras del mismo tenor (como que la política es asunto de los políticos, que no hay oferta política y que no estaba enterado), tenemos que de los que no votan el 83% aducen como razón general el pasar de política, es decir, más del 38% del colectivo analizado.

Ese comportamiento de no realización del derecho del voto no se diferencia entre los grupos de 18-22, 26-28 y 28 años y más, en los que más del 50% de dichos grupos no votó durante las últimas elecciones, mientras que el colectivo de 23 a 25 años no «ejerció» el voto en un 30%, diferencias un tanto sorprendentes y de difícil explicación. La no realización del voto es algo más alta en las mujeres que en los hombres. También a mayor nivel de estudios, menor realización del ejercicio del voto, no existiendo importantes diferencias según actividad e ingresos mensuales, aunque en este último caso los que no los declaran ejercen un muy elevado abstencionismo cercano al 60%.

En relación con las creencias religiosas, el colectivo se divide en tres grandes grupos: el primero, que se manifiesta ateo (16,6%), el segundo es el de agnósticos (23,2%), que, como en política, pasa de religión, y el tercer grupo, el de creyentes, pero con una gran diversidad interna: cre-

CUADRO 21

### RAZONES DEL NO EJERCICIO DEL VOTO (%)

|                                  | %          | Total     |
|----------------------------------|------------|-----------|
| Paso de política                 | 51,4       | 36        |
| No estaba enterado               | 4,3        | 3         |
| La política es cosa de políticos | 2,9        | 2         |
| No hay oferta política           | 24,3       | 17        |
| Estaba enfermo                   | 1,4        | 1         |
| No estaba en lista               | 10,0       | 7         |
| Juicios pendientes               | 2,9        | 2         |
| No tenía edad para votar         | 1,4        | 1         |
| Estaba de viaje                  | 1,4        | 1         |
| <b>Total</b>                     | <b>100</b> | <b>70</b> |

yentes sin religión (23,8%), creen en otra religión distinta de la católica (0,7%), son católicos no practicantes (33,1%) o son católicos practicantes en el caso de una minoría (2,6%) (ver Gráfico 6).

En conjunto, el colectivo manifiesta una clara indiferencia religiosa, cuando no rechazo de todo tipo de creencias. No creemos que sea específico de este colectivo y sí, por el contrario, tiene que ver con actitudes fuertemente indiferentes hacia la religión de segmentos importantes de la juventud actual, cuyo análisis o consideración desborda el objetivo de esta descripción.

### Obstáculos para la integración social

Todo este conjunto de problemas que el proceso de recuperación/integración plantea a los drogodependientes que deciden dejar de serlo de forma definitiva, se sintetiza de alguna manera en la percepción que los individuos tienen de los *obstáculos existentes a su integración social*.

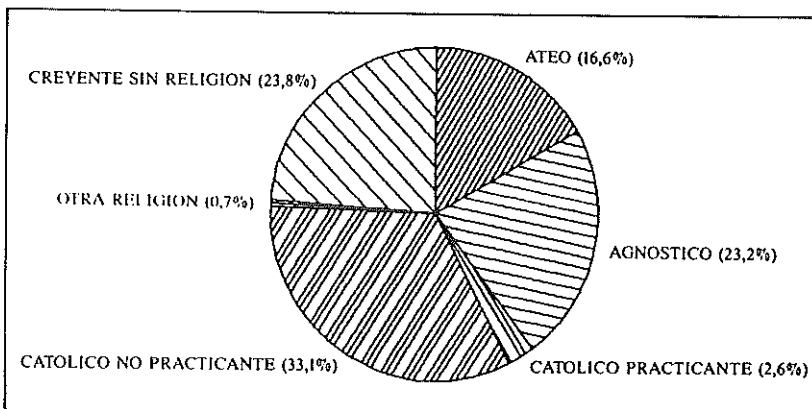
En principio, la inmensa mayoría del colectivo afirma que la integración social del drogodependiente es posible; se puede decir que ello es así para casi la totalidad de los sujetos entrevistados. Pero los obstáculos que se presentan para su concreción desmienten en gran medida dicha posibilidad.

Cuatro grupos de razones argumentan los individuos entrevistados, de mayor a menor importancia:

a) El obstáculo principal procede de la propia *sociedad*, que *desconfía* en general de los drogodependientes e incluso les considera personas peligrosas. Más de la mitad de los entrevistados sostiene este tipo de

GRAFICO 6

#### CREENCIAS RELIGIOSAS DEL ENTREVISTADO



argumentos que, combinados con otros, recorren sin distinción las diferentes posiciones sociales y culturales de los individuos.

b) Es un obstáculo percibido el de la *oferta* de drogas existente, que para cerca de la mitad de los entrevistados condiciona cualquier proceso de normalización.

c) La propia resistencia de las *instituciones* sociales a la integración del drogodependiente, sea la empresa (para más de un tercio de los entrevistados), sean las instituciones públicas y privadas en general (aproximadamente un tercio de los sujetos).

d) Figuran como obstáculos secundarios la familia, la falta de trabajo, el convencimiento de que los drogodependientes son un grupo social aparte o que el obstáculo es el propio drogodependiente, razones sostenidas por algo más de la décima parte de los individuos, con excepción de que el obstáculo está en el propio sujeto, que es afirmado casi por dos de cada diez entrevistados.

Al apuntar que el obstáculo más importante está en la propia resistencia de nuestra sociedad a facilitar la integración del drogodependiente, pudiera ser interpretado como un argumento escapista utilizado por los individuos en proceso de recuperación para no asumir su propia responsabilidad en dicho proceso. Algo de ello es obvio que existe, pero el argumento no es falaz desde el momento que nuestra sociedad, como veremos en los capítulos diez y once, mantiene fuertes tendencias a la segregación de este colectivo y, en todo caso, una profunda desconfianza, parte de cuyas causas fueron señaladas en la primera parte de esta investigación.

## Capítulo 8

# **Los procesos grupales de integración. Tipologías básicas**

---





## 8.1. Las tipologías de drogodependientes. Una aproximación estructural a los procesos de recuperación

En el capítulo anterior hemos descrito los perfiles básicos definitivos de los sujetos en proceso de integración social; en definitiva, hemos tratado de responder a la pregunta de quiénes son los individuos que inician un largo y contradictorio proceso de reinserción.

Ahora vamos a profundizar en los *rasgos estructurales* de dicho colectivo, intentando responder a la pregunta de *cómo* son esos sujetos, lo que nos lleva inevitablemente a diferenciar internamente dicho colectivo de acuerdo con aquellas variables que más adecuadamente definen un proceso de reinserción. Es lo que se suele denominar como análisis tipológico o grupal, mediante técnicas cuantitativas o cualitativas.

En el análisis descriptivo de los sujetos en proceso de reinserción hemos avanzado líneas de diferenciación interna, de acuerdo con variables como la edad, el sexo, los ingresos, estudios, ocupación y tipo de centro donde ha seguido o sigue su tratamiento. Se trata ahora de explotar a fondo esas variables, junto a las del origen de clase y posición objetiva en la estructura social, relacionándolas con aquellas variables que definen el proceso de reinserción, de forma que podamos estructurar socialmente el colectivo más allá de aquellas aparentes homogeneidades que vienen dadas por el consumo adictivo, culturas juveniles en parte compartidas y ciertas similitudes demográficas. Al estructurar el colectivo en grupos diferenciados relativamente, podemos abordar con mayor posibilidad de éxito el análisis de las motivaciones e ideologías que los sustentan y justifican.

### Los análisis tipológicos en nuestro país

Los análisis tipológicos en drogodependencias tienen una cierta tradición en nuestro país. Podemos destacar, a modo de ejemplo, varias aproximaciones tipológicas. La primera se refiere a la vivencia de la adicción o *uso de droga* (García Álvarez y Grañá Gómez, Madrid, 1977, pág. 245), mediante la cual se distribuye a los sujetos adictos en tres grupos: adictos estables o autocontrolados, el *yonki* que se financia la droga con actos ilegales y el experimentador a la búsqueda de sensaciones, cuyo tránsito entre ellos forma parte de un itinerario corriente entre los heroínómanos.

La segunda tipología se refiere a los *estilos de vida* de los sujetos que intentan dejar la heroína, que clasifica a los sujetos en cinco grupos a partir de condicionantes estructurales (época histórica y medio social) y características concretas de los individuos, como son la edad del consumo intenso de heroína, ambiente familiar, estructura psíquica, el micro-medio y las estructuras de consumo (J. Funes y O. Romani, 1985). También, y en relación con la problemática de la delincuencia, otros autores (E. Laraña, 1988) diferencian entre los heroínómanos que no representan una amenaza para la seguridad ciudadana y el sector marginal que sí son una amenaza directa para la seguridad ciudadana. De esta última cabe extraer una tipología en función de las distintas relaciones que pueden establecerse entre delitos y motivos para delinquir del individuo adicto.

Finalmente, también pueden establecerse tipologías en relación con el curso concreto del proceso de rehabilitación. Así tenemos la triple clasificación de heroínómanos en tratamiento del Programa SSARD, en función del número de terapias individuales, terapias de grupo en el SSARD y en el barrio, terapias familiares y la tasa de abstinencia, que permite clasificar a los individuos en un subgrupo de éxitos, otro subgrupo de recaídas y un tercero que abandona antes de dos sesiones de tratamiento (A. García y J. L. Gracia, 1987). En esta misma dirección existen tipologías que diferencian la evolución de los sujetos en recuperación en función de la variable tiempo: el tiempo de permanencia en tratamiento marca una probabilidad de encontrarse en situación favorable (J. Guardia, J. Masip y C. Viladrich, 1987) o en función de diferentes variables que intervienen en el proceso de rehabilitación (M. A. Ramón, 1987; E. González Duro, 1979).

## La aproximación estructural

Cualquier clase de tipología trata de hacer una diferenciación estructural en función de un proceso social concreto o de algunas de las fases del mismo. El proceso de recuperación hemos dicho aquí que es único y que sólo caben diferenciaciones funcionales o metodológicas, pero no procesales. Dicho esto, las tipologías que a continuación vamos a elaborar se estructuran a dos niveles:

- a) Tipología de procesos grupales *recuperación/integración* que, con soporte cuantitativo, delimita grupos en función de los procesos reales dominantes de recuperación, el grado de normalización social y ciudadana y los condicionantes estructurales de la integración.
- b) La segunda tipología profundiza en la anterior de forma cualitativa, analizando las *estrategias grupales de integración* en función del proceso de abstinencia, grado real de autonomía, integración familiar y social.

Mientras la primera tipología enfatiza en los procesos globales de recuperación/integración desde su posición en el conjunto de la estructura social, la segunda tipología trata de definir las estrategias objetivas de los grupos en el proceso de su integración.

## 8.2. El proceso general de integración social y sus tipos grupales

---

Una primera forma de análisis estructural y grupal de los procesos de integración social puede ser abordada mediante técnicas de análisis multivariante y, en concreto, con el análisis de conglomerados, o *cluster analysis*, dividiendo un conjunto en otros menores a partir de las mediciones y puntuaciones que se conceden a un conjunto de variables.

En este caso hemos elaborado la tipología a partir de tres grupos de variables:

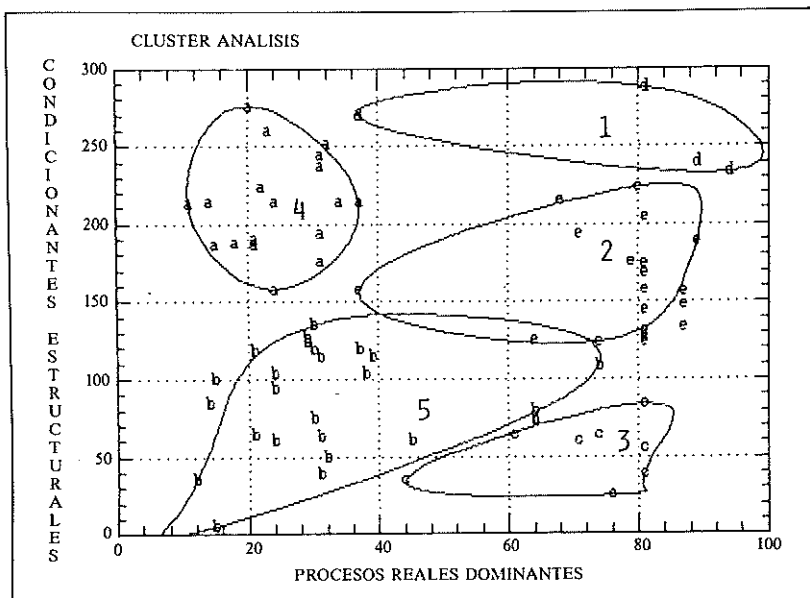
- a) *Procesos reales dominantes de recuperación*, que incluye las variables edad de inicio al consumo de drogas muy perjudiciales, tiempo de tratamiento asistencial y cantidad y razones de la recurrencia al consumo.
- b) *Proceso de normalización*: situación normalizada como ciudadano (problemas o juicios pendientes), participación política mediante el voto y problemas más importantes detectados en la reinserción.
- c) *Condicionantes estructurales* del proceso de integración social: ocupación/paro, categoría laboral, nivel de estudios, nivel de ingresos mensuales, clase social subjetiva, estudios del padre, estudios de la madre.

### Primera tipología estructural

En el Gráfico 7 se puede contemplar la primera tipología estructural, en base a la relación entre los condicionantes estructurales del proceso de integración social y los procesos reales dominantes del proceso de rehabilitación, con especial incidencia en el abandono progresivo del consumo. Desde la relación que se establece entre las dos agrupaciones de variables, es obvio que resultan *cinco grandes grupos o conglomerados* sobre la base de que una mayor puntuación implica una mejor situación estructural y un superior proceso de recuperación:

- a) El primer grupo es aquel que no tiene condicionantes importantes de tipo estructural y se encuentra en un avanzado proceso de recuperación.

Gráfico 7



b) El segundo es un grupo que se caracteriza por una recuperación avanzada y con condicionantes estructurales fluctuantes.

c) El tercero es propio de aquellos que están relativamente recuperados, pero cuyas limitaciones estructurales son totales.

d) El cuarto grupo está en un proceso inicial/medio de recuperación, pero sus condiciones sociales de integración son bastantes altas.

e) Por último, un grupo numeroso que en conjunto está en un proceso inicial/medio de recuperación, pero cuyos condicionantes estructurales son muy importantes y en ciertos casos totales (Gráfico 7).

Así como los condicionantes estructurales afectan a un grupo importante de sujetos, los problemas de normalización tienen un peso relativo inferior, concentrándose en cierto modo en el grupo de recuperados con fuertes condicionantes estructurales y también en parte en el grupo de personas en cierto modo recuperados, pero con importantes limitaciones estructurales (Gráfico 8).

### Los cinco grupos resultantes

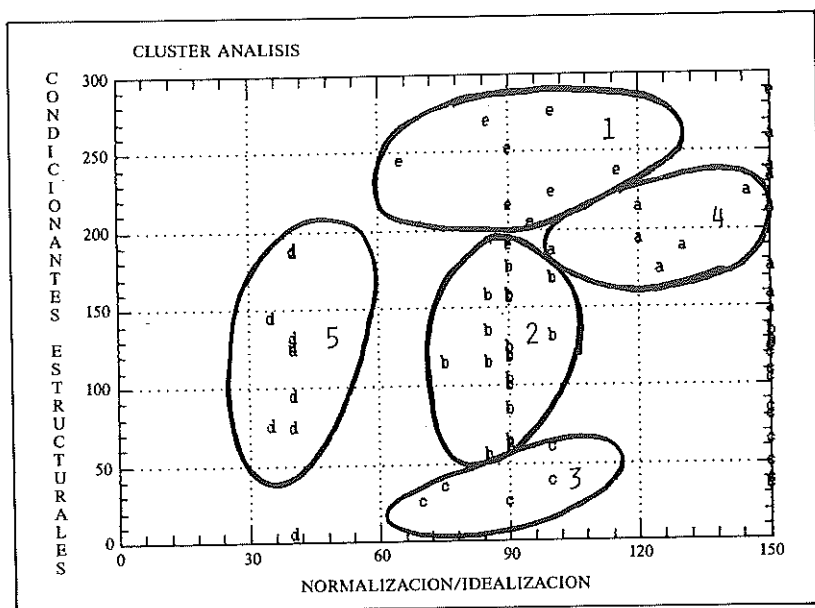
Sintetizando los diferentes grupos de variables obtenemos una *agrupación tipológica* que hemos reflejado en el Cuadro 22. Los cinco grupos resultantes pueden ser definidos del modo siguiente:

CUADRO 22

## GRUPOS REALES DE RECUPERACION/INTEGRACION

| Grupos                                | Características | Dimensión grupo | Fase recuperación | Normaliz.                             | Clase social predominante | Disc. social de los sujetos         | Condicion. estructurales |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Recuperación/integración           |                 | Pequeño         | Avanzado          | Integración                           | Alta/media                | Integrados                          | Ninguno                  |
| 2. Recuperados/no integrados          |                 | Pequeño         | Avanzado          | Problemas de inserción                | Marginal/juvenil          | Totalmente segregados               | Totales                  |
| 3. Recuperados/integración fluctuante |                 | Amplo           | Avanzado          | Tensión entre normaliz./autoexclusión | Media-baja y obrera       | Tolerados/segregados selectivamente | Relativos                |
| 4. No recuperados/integrados          |                 | Intermedio      | Inicial/media     | Integración amplia                    | Media/media-baja          | Tolerados                           | Escasos                  |
| 5. No recuperados/no integrados       |                 | Amplo           | Inicial/media     | Disociales/antisociales               | Marginales                | Totalmente segregados               | Totales                  |

Gráfico 8



1. Un grupo de individuos «recuperados/integrados» en fase de recuperación avanzada, cuyo grado de normalización es muy elevado, sin condicionantes estructurales que impidan o frenen su integración, siendo su discurso global de integración o, mejor si cabe, ese problema no existe, y está compuesto en su mayoría por personas de clase alta y media-alta. Hay que insistir en que se trata de estructuras predominantes y no absolutas; es decir, cabe encontrar alguno/s individuo/s en otro grupo que cumpla/n las condiciones iniciales definitorias del grupo, pero el perfil estructural dominante es el señalado.

2. El segundo grupo, de tamaño pequeño, está compuesto de personas bastante recuperadas, pero con importantes problemas de integración sociolaboral. Se trata de aquella minoría de jóvenes marginales cuyo proceso de recuperación se ve limitado por condicionantes estructurales propios y generales. En la práctica, se encuentran totalmente segregados y sus problemas de inserción les pueden hacer ya retornar al consumo, ya adoptar comportamientos claramente antisociales. Sus condicionantes estructurales son compartidos por amplios grupos de jóvenes y las alternativas de su integración son colectivas; y mientras esto no sea posible, el individualismo competitivo será el sustrato ideológico y la guía vital de estos grupos.

3. El tercer grupo, relativamente amplio, está compuesto de sujetos en fase avanzada de reinserción, formado en parte de miembros de clase media baja y en parte de miembros de clase obrera tradicional y con cier-

ta cualificación. Sus condicionantes estructurales son relativos y fluctúan entre la normalización y la apatía autoexcluyente. El discurso social sobre ellos es de cierta tolerancia o segregación selectiva, ante el cual parte de sus miembros se evade ubicándose en una sólida clase media típica de la sociedad de consumo. Esto es perceptible, como luego veremos con más detalle, en el grupo o estrato obrero tradicional, cuya pérdida de conciencia de clase se transforma en una aspiración idealizada a ser miembro solvente de la sociedad de consumo, cuyo igualitarismo aparente rompe la vertebración jerárquica de la sociedad de clases.

4. Existe un cuarto grupo, de dimensión intermedia, compuesto por miembros de la clase media y en parte de media baja, *cuyo proceso de recuperación es de tipo inicial* o, si se prefiere, donde el problema inicial es de la rehabilitación. No planteándose problemas de integración por razón de condicionamientos estructurales, su grado de normalización es relativamente elevado y son tolerados socialmente en la medida que no entran, en general, en conflicto con la sociedad, ni su posición de clase les excluye abiertamente o segrega, más bien les tolera de forma tácita.

5. Finalmente, el último grupo, de tamaño amplio, está compuesto por sujetos en una *fase de recuperación inicial* (un subgrupo con recurrencias continuas al consumo y otro subgrupo con cierto éxito en su rehabilitación), con fuertes condicionantes estructurales y socialmente segregados. Este amplio grupo se caracteriza por la marginación, estando compuesto a su vez por dos subgrupos: uno de tipo clase obrera sin cualificar, en paro o trabajando en empleos precarios; con comportamientos predominantemente disociales, y otro subgrupo de marginados antisociales en el que las condiciones de vida, el origen social, el consumo y las prácticas delictivas forman una relativa unidad. Los condicionamientos estructurales que afectan a este grupo van más allá de cualquier política sobre drogas, y precisan de políticas de intervención social y pública muy activas para modificar el propio fundamento social en el que se arraigan las prácticas de consumo adictivo y los comportamientos anómicos.

La definición de estos grupos de recuperación es un primer paso en el análisis estructural de las diferentes prácticas de integración social existente. Profundizar en dicha definición requiere tener en cuenta tres elementos:

- a) *El contexto histórico-temporal del proceso de integración.*
- b) *La estructuración social de los procesos de integración.*
- c) *La articulación entre los cuatro ejes claves del proceso de integración: el alejamiento progresivo del consumo, el grado de autonomía de los individuos, el entorno familiar y la integración o normalización social.*

### 8.3. Procesos de integración socialmente condicionados

---

La definición estructural de los procesos de integración exige que tengamos en cuenta las tres variables antes citadas (la histórico-temporal, la sociológica y la de procesos concretos de integración). Aunque su justificación es en parte ociosa, antes de entrar a definir los grupos según esas variables podemos, de forma sucinta, concretar el porqué de dichas variables.

#### La variable histórico-temporal

En relación con la variable *histórico-temporal* ya avanzamos en el capítulo precedente la importancia de los contextos sociohistóricos en los distintos grupos de edad y que ahora vamos a retomar. Desde el antiguo consumidor contracultural de la segunda mitad de los años setenta, hasta el joven consumidor marginal de nuestros días, por ejemplo, ha habido un intenso proceso de aceleración histórica que en una década escasa ha alterado los contextos del consumo en términos políticos, económicos y culturales: de la contracultura se ha pasado al fin de las utopías, de contextos económicos y de oportunidades amplias de empleo se ha pasado al fin del pleno empleo, y de procesos de socialización más o menos estables se ha devenido en procesos asimétricos y paralelos de integración.

#### La variable sociológica

Desde el punto de vista sociológico, la *estructura social* es crucial en el análisis de los procesos de integración, por el carácter condicionante que aquélla tiene. Es reveladora la posición subjetiva de clase de los sujetos entrevistados (clase alta el 4%, media-alta el 11,3%, media el 38%, media-baja el 25,8% y clase baja el 19,2%) cuando la ponemos en relación con la estructura de clase objetiva; en efecto, se produce un abandono ideal de sujetos de la clase baja y, en parte, de clase media-baja hacia posiciones de clase media, en cuanto *idealización de las pautas e ideologías de la clase media urbana de la sociedad de consumo*. La *conciencia de clase (verticalidad diferenciadora)* se transmuta en *deseo de integra-*



*ción consumista (horizontalidad uniformadora)*. Para ello ha sido preciso el análisis uno a uno de los sujetos, considerando las variables objetivas de clase social o de posición concreta en la estructura social.

## La variable proceso de integración

Finalmente, el conjunto de variables que materializan el *proceso concreto de integración* (consumo, autonomía, integración familiar y normalización social) permiten definir un conjunto de estrategias concretas de integración que posteriormente analizaremos: *estrategias de supervivencia (adaptativas)*, *estrategias de marginación (fallidas)* y *estrategias de integración (activas)*, en sus diferentes manifestaciones que constituyen estrategias y prácticas sociales concretas de integración grupal.

## Análisis multivariable

Entonces, lo que aquí pretendemos es realizar un análisis multivariable no métrico, sino cualitativo, de los procesos grupales de integración, apoyándonos en el triple conjunto de variables temporales (delimitación de épocas), sociológicas (origen de clase, estudios, ingresos, trabajo, actividades frente a la integración) y de procesos concretos de integración (recurrencia, autonomía general, relaciones familiares e integración social como ciudadano).

Con el fin de aproximarnos a las prácticas grupales del proceso de integración social vamos a perfilar los tres grupos de variables mencionadas en cada uno de los grupos de edad, para posteriormente establecer *grupos sintéticos* en función de su posición en la estructura social y en relación con las prácticas de integración.

Los procesos grupales de integración social de personas en recuperación pueden definirse a partir de un común denominador, como es la edad, a través del cual poder establecer las posibles diferencias internas entre los sujetos.

## Grupo comprendido entre 18 y 22 años

El *grupo de drogodependientes comprendidos entre los 18 y 22 años* de edad es, en conjunto, un grupo que experimenta de forma precoz el consumo adictivo de drogas perjudiciales, en un contexto en el que nuestra sociedad ve profundizar sus diferencias internas y cuyo impacto es superior en los jóvenes, tanto en términos de exclusión socioeconómica como en términos de segregación ideológico-cultural. El cierre de oportunidades y la crisis de los mecanismos tradicionales de socialización y aprendizaje de los jóvenes son la doble consecuencia de este cambio histórico.

Esta experiencia colectiva se manifiesta en el grupo de personas de esta edad en proceso de recuperación de una forma peculiar, que podemos caracterizar por la *tendencia al desclasamiento*, la *consolidación de cierta estructura de marginación* y por un *tipo de discurso que discurre entre el fatalismo y el individualismo*. A continuación pasamos a analizar estas características.

1. Como se puede ver en el Cuadro 23, la *tendencia al desclasamiento* es característica del grupo, después de ponderar la adscripción subjetiva con variables como el origen de clase de los padres y aquellas otras que, como los estudios, ingresos, ocupación y grado de dependencia, permiten definir la situación concreta en la estructura social. Esta característica creemos que no es específica de este colectivo concreto, sino que se corresponde con una experiencia generalizable y que hemos definido como la pérdida de conciencia obrera y su sustitución por una ubicación idealizante en la clase media urbana. La tendencia general del grupo de clase obrera y marginal es a situarse en la clase media y media-baja, o, mejor si cabe, en una clase consolidada de consumo.

2. Ese desclasamiento queda desvelado cuando analizamos la *estructura social real* de los sujetos y sus experiencias de integración. Desde el punto de vista del empleo, tenemos que algo más de la mitad del grupo está en paro, ocho de los sujetos tienen empleo estable, de los cuales seis trabajan en negocios familiares, y cuatro sujetos tienen empleo precario. Estratificando el colectivo tenemos tres grupos definidos:

a) El grupo de *clase obrera*, con algún sujeto perteneciente a la clase media-baja, en gran parte afectado por el paro, con una actitud relativa de pasotismo, que demanda cierto control social del drogodependiente y cuyos problemas con la justicia no son muy importantes. Su recurrencia al consumo es limitada y su grado de integración familiar es de cierta importancia.

b) El grupo *marginal*, compuesto aquí por doce sujetos, todos ellos en paro o con empleo precario. Dentro de este grupo, se pueden diferen-

CUADRO 23

POSICION EN LA ESTRUCTURA SOCIAL DEL GRUPO  
DE SUJETOS DE 18-22 AÑOS

| Clase social \ Adscripción | Subjetiva | Objetiva  |
|----------------------------|-----------|-----------|
| Baja-obrera                | 3         | 17        |
| Media-baja                 | 12        | 6         |
| Media                      | 8         | 3         |
| Media alta                 | 4         | 1         |
| <b>Total sujetos</b>       | <b>27</b> | <b>27</b> |

ciar a su vez dos tendencias: una, la de los jóvenes marginales que nunca han trabajado, con los estudios de EGB sin terminar y viviendo, no sin conflictos, con una familia de la que dependen. La otra tendencia es la de personas marginadas, o clase obrera deteriorada, con tendencia fuerte a la recurrencia al consumo y problemas serios con la justicia, así como un fuerte pasotismo político.

c) Finalmente, el grupo de *clase media* y en parte media-baja (seis sujetos), fuertemente dependiente de la familia con la que viven y trabajan en diferentes actividades familiares (farmacia, imprenta, peritaje de seguros, etc.), con estudios secundarios a veces sin finalizar, que no suelen tener importantes problemas con la justicia, pero sí cierta recurrencia al consumo adictivo.

3. Los *discursos de estos grupos* varían en gran manera. Así, en los sujetos marginados y marginales se entremezcla la desconfianza social («la gente te ve como un bicho raro, te mira mal»), el fatalismo («no hay reinsertión posible; siempre se puede caer de nuevo»), la automarginación («porque la sociedad me ha destrozado») y la acusación a la sociedad como corresponsable de su situación («había que concienciar a la gente de que los drogodependientes no lo son porque quieren»). Por el contrario, en los sujetos de clase obrera el discurso se estructura básicamente alrededor de la demanda de trabajo, sobre todo en la mujer («me falta trabajo» para ser normal) y en cierta demanda de rigor y control social frente al drogodependiente (para integrarse es necesario «tener fuerza de voluntad y, sobre todo, que te ayuden si no crees; que te vigilen o te paren los pies»). Finalmente, el discurso de los jóvenes de clase media, fuertemente dependientes de la familia en cuanto a oportunidades de vida, se articula, como en general el discurso de clase media, alrededor del individualismo (la solución «está en uno mismo» y «el que se quiere curar se cura; los toxicómanos tienen muchas excusas») y el secretismo frente a la segregación social («tienes que ir de incógnito por la vida...; no puedes ir con el cartelito»).

4. Mientras la experiencia general de todo el colectivo de edad se traduce en que su integración se materializa en una *estrategia de supervivencia o adaptativa*, desde el punto de vista sociológico resulta obvio que ello es correcto para el grupo de jóvenes de clase obrera, mientras que para el grupo marginal se trata de una *estrategia de marginación o integración fallida*, que se expresa en marginación simple o desintegración social; y en el caso del colectivo de clase media se trata de una *integración pasiva*, parcial y limitada en parte al ámbito de la familia.

## Grupo de 23 a 25 años

El grupo de edad comprendido entre los 23 y los 25 años tiene muchas características en común con el anterior, pero también una serie de peculiaridades provenientes del momento concreto en que se plantea su

integración como subgrupo generacional: período álgido del ajuste económico y evasión frente a los avatares del cambio.

1. Este grupo tiene en común con el anterior su tendencia al desclasamiento. Mientras que subjetivamente las posiciones grupales son: clase baja/obrera (12), media-baja (18), media (15) y alta y media-alta (9), objetivamente son clase baja/obrera (23), media-baja (16), media (9) y alta y media-alta (6). De hecho el paro afecta a más de la mitad del colectivo, y de los que trabajan (veintitrés personas) ocho lo hacen en negocios familiares y seis en trabajos precarios; el resto está retomando estudios sin finalizar.

2. Sin embargo, existen algunas diferencias entre los grupos de este estrato y del anterior. En general, el grupo de clase obrera y el de clase media tienen perfiles parecidos. El primero está afectado profundamente por el paro, su grado de recurrencia al consumo no es muy alto, sus problemas con la justicia tienen un cierto impacto en el grupo y su grado de participación política a través del voto es bajo. El segundo tiene una alta dependencia familiar en cuanto empleo y medios de vida, frecuentemente estudios secundarios sin acabar, problemas no importantes con la justicia y sí cierta recurrencia al consumo. Sin embargo, en este colectivo el grupo marginado tiene un peso mucho menor que en el anterior, de forma que más que el joven marginal lo que existe es un *grupo de extracción obrera en cierta desintegración*, ante el cierre de oportunidades que el ajuste impone a los grupos menos cualificados de la juventud. Al mismo tiempo, en el colectivo existe un cierto peso de una clase alta en la que tiene presencia el hijo de buena familia, que no realiza ningún tipo de actividad y que vive el proceso de recuperación en términos de experiencia vital, con fuertes contenidos narcisistas.

3. Desde el punto de vista del discurso general, el fatalismo de ciertos individuos del grupo anterior se modera, se reduce el discurso de automarginación y aparece el término «suerte» como un factor positivo del proceso de integración.

4. Grupalmente hablando, podemos diferenciar tres niveles discursivos. En primer lugar, el discurso de clase obrera y baja se estructura entre la percepción de segregación social («la sociedad te rechaza si se entera») y la necesidad de sobrevivir («el trabajo es el elemento fundamental, pero no se nos debe dar trabajo como a subnormales»); es decir, entre la desconfianza social y la necesidad de un empleo como a otro ciudadano cualquiera. En segundo lugar, el discurso de clase media se apoya en el individualismo y el azar; la integración es un proceso puramente individual («te lo tienes que hacer tú todo»; «el que se quiere morir se muere, el que se quiere librar se libra; es cuestión de voluntad»), aunque duro («hay que tener el carnet de supermán»); también es un proceso azaroso con cierta base de apoyo («es importante la suerte y un buen punto de partida»). Finalmente, para el grupo de clase alta la integración se reduce a un problema psicológico cuando los problemas económicos están solventados («la reinserción aumenta con las posibilidades económicas

del dinero...; si tienes un mínimo solucionado la mayor dificultad es empezar de nuevo emocionalmente») y además la sociedad no tiene por qué asumir el problema (dice un joven empresario en recuperación, heroinómano, que «yo nunca contrataría a un heroinómano, aunque esté curado, porque les conozco»).

5. De este modo, las estrategias de integración que se plantean son de *supervivencia o marginación integrada*, con ciertos contenidos desintegradores (clase obrera), *estrategias de integración pasiva* (clase media) y *estrategias de adecuación psicológica* (clase alta), en cuanto estrategias de integración predominantes.

### Grupos de 26 a 28 años y de más de 28

Finalmente, tenemos los dos últimos estratos de edad, *26 a 28 años y más de 28 años*, que comparten una experiencia de desilusión sobre las oportunidades de cambio social y en sus expectativas de integración, pero que se especifican de forma diferente.

1. El *estrato de 26 a 28 años* explicita su pertenencia de clase, como el de más de 28 años, sin apenas desclasamiento; su realidad objetiva y pertenencia subjetiva tienen una alta correspondencia. La presencia de la marginación es residual y sí se constata una presencia importante de individuos pertenecientes a la clase obrera con problemas de integración laboral, a la vez que el pequeño colectivo de clase media, e incluso clase media-baja, resuelve su supervivencia trabajando en empresas familiares. De alguna manera, el paro es la principal dificultad de reinserción en el colectivo de juventud obrera, que por su edad y estudios hace tiempo que tenían que estar trabajando y que ven desintegrarse sus expectativas a marchas forzadas.

2. Todos ellos comparten actitudes de rechazo a la participación política, aunque la expresión del «paso de política» no se ha generalizado. La común experiencia de desconcierto en el tránsito de la década de los setenta a la de los ochenta se concreta en forma de cierto sentimiento de fracaso social en los sujetos de clase obrera y baja —excepto los pocos trabajadores cualificados que consideran que todo depende de uno mismo—, y de resentimiento social en los de clase media-baja.

3. Por el contrario, *en el colectivo de más de 28 años* se produce un cambio singular, que les diferencia de los grupos anteriores y, sobre todo, obviamente, del colectivo más joven. Los problemas de integración laboral no tienen la gravedad que en los grupos anteriores, aunque tengan importancia, y sí la tienen por contra *los problemas de ajuste personal y familiar*, visibles tanto en la importancia de ruptura de parejas, divorcios y separaciones, como en la crisis de pautas culturales mantenidas por un colectivo cuyo nivel de estudios es en gran parte superior al de los precedentes. De alguna manera este colectivo podría dividirse en tres grupos: el primero, aquel que en conjunto, y siendo de clase baja, ha frac-

sado en su proyecto de integración sociolaboral y se ve impotente para afrontarlo; el segundo está compuesto sobre todo de personas cuyos problemas son de ajuste familiar y social, agravados en ocasiones por el paro, y el último está integrado por sujetos con un modo de vida organizado a nivel medio, e incluso alto, para los que el proceso de recuperación se cifra en resolver problemas psicológicos y de ajuste ideológico-cultural.

4. Los discursos dominantes en ambos colectivos expresan en parte estas realidades. Por un lado, comparten con los grupos anteriores el sentimiento de segregación —excepto en las clases media-alta y media— («la gente es incapaz de olvidar el pasado»), el de la salida individual («el mayor problema es uno mismo», «lo principal es que uno quiera salir») y el de cierto fatalismo («la toxicomanía es algo crónico; existen buenos momentos, pero en cualquier momento puedes caer»).

5. Por otro lado, en los colectivos obreros de estos grupos predomina la obsesión por el trabajo («el paro no me deja reinsertarme», dice un sujeto del colectivo de 26 a 28 años), cuando no una clamorosa impotencia («quiero entrar en la sociedad y no sé cómo»); mientras que en los sujetos de clase media y media-baja el discurso de la salida individual es el dominante, junto a otros de quiebra de un modelo contracultural (como el de aquel anarquista que empezó a consumir «en el momento que tenía que decidir entre esta sociedad o ser lo que ahora se llama terrorista»). Finalmente, para los sujetos de clase media-alta y alta, el problema se reduce al ámbito de lo estructuralmente personal («encontrar un lugar donde estructurar un discurso»), en el que incluso no tiene cabida dicho concepto, a pesar de reconocer su importancia para ciertos colectivos («la reinsertión es injusta», «la inmensa mayoría de los consumidores no tienen esa oportunidad..; además reinsertión... no sé tampoco qué significa», «no me considero reinsertado, no acabo de entender este concepto»).

6. Las estrategias de integración resultantes se estructuran sobre un triple eje: de supervivencia, en el caso de los jóvenes de clase obrera, de integración pasiva, en los de clase media y, en parte, media-baja, y de redefinición de pautas culturales en los de clase media-alta y alta, como estrategias dominantes.

## 8.4. La integración social: Una visión estructural sintética

---

En las páginas precedentes hemos realizado una doble aproximación estructural a los grupos de personas en proceso de recuperación/integración: una definición de los grupos desde el ámbito demográfico e histórico, delimitando los grupos en función de la común experiencia compartida por cada grupo o estrato de edad, así como una diferenciación interna en función de la posición de los distintos sujetos en la estructura social. En el primer caso se ha enfatizado en un doble componente: el cambio histórico y la edad; en el segundo se ha enfatizado en lo ideológico y en la posición de clase. Son dos formas necesarias y complementarias de contemplar una misma experiencia de integración social.

Una forma de presentar de forma sintética todo lo anterior se puede ver en el Cuadro 24. Aunque no se delimitan los procesos por grupos de edad y sus contextos históricos, remitimos a todo lo dicho anteriormente. Aquí enfatizamos en dos grupos de variables: el proceso de génesis de la drogodependencia e integración y los procesos individuales concretos de recuperación/integración.

### Inserción

El grupo de *inserción* se corresponde en gran medida con los jóvenes del estrato de 18-22 años, si bien no en exclusiva, procedentes en su mayoría de una clase obrera industrial en declive y que han sido excluidos del intercambio económico y del intercambio simbólico (Carlos Lles, 1988); es decir, su fracaso es de integración laboral y socialización. Este grupo es potencialmente transgresor y, de hecho, sus problemas con la justicia son importantes, como consecuencia de la necesidad de satisfacer realmente aquel conjunto de objetos y símbolos que materializan la práctica de la clase media de consumo a la que se aspira a pertenecer, intentando no ser individualmente aquello que sí son históricamente: una generación de perdedores (E. Gil Calvo, 1988). El contrapunto a este grupo sería el joven de clase alta, o hijo de papá, para el cual el consumo adictivo es una experiencia narcisista o una forma peculiar de rebeldía, integrable en gran medida.

**CUADRO 24**  
**PROCESOS INDIVIDUALES DE RECUPERACION/INTEGRACION**

| Procesos terapéuticos ideales      | Inserción                    | Reinserción              | Rehabilitación físico-social-psicológica | Rehabilitación físico-psicológica       | Recuperación físico-ideológica         |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--|---|--|
| Variables grupales diferenciadoras |                              |                          |  |   |  |
| Procesos reales dominantes         | Fracaso relativo/marginación | Fracaso/marginación      | Rehabilitación fallida recurrente        | Rehabilitación parcialmente recurrente  | Rehabilitación parcialmente recurrente |
| Normalización/idealización         | Disociabilidad               | Delincuencia             | Tensión normalización/autoexclusión      | Integración con tensiones psicosociales | Integración con tensiones psicológicas |
| Condicionantes estructurales       | Totales                      | Totales                  | Relativos                                | Ocasionales                             | Ninguno                                |
| Clase social                       | Obrera-marginal/baja         | Marginal/baja            | Obrera/media-baja                        | Media                                   | Alta                                   |
| Jerarquización socioespacial       | Sociedad dual-periférica     | Sociedad dual-periférica | Sociedad frontera, periférica-centro     | Sociedad central                        | Sociedad central                       |
| Discurso social dominante          | Segregación social total     | Segregación social total | Segregación selectiva                    | Tolerancia vergonzante                  | Tolerancia narcisista                  |

Disño: Gregorio Rodríguez Cabrero.



## Reinserción

El grupo de *reinserción* es el específico de aquel colectivo que en parte nace en estructuras sociales de marginación y cuya estrategia es la marginación desintegradora. Aunque tiene un peso importante en el colectivo de 18 a 22 años, en el resto de los estratos también aparece y se corresponde con aquellos sujetos sin estudios que siguen viviendo del delito y con múltiples problemas con la justicia. En todos los estratos aparece este colectivo, frente al que la sociedad, con mayor rotundidad que en el caso anterior, clama en favor de una segregación total.

## Rehabilitación físico-social-psicológica

El grupo que hemos denominado de *rehabilitación físico-social-psicológica* comprende sujetos de la clase obrera tradicional y clase media-baja. Situados en la frontera entre la periferia y el centro de la sociedad, acusan las tensiones del cambio social de forma que los problemas de integración laboral y oportunidades de vida adquieren una especial dimensión en la salida postrehabilitadora. Los condicionantes para ello son importantes, como hemos visto, y, en general, encuentran vías de adaptación los individuos con mayor cualificación o que encuentran protección en negocios y actividades de tipo familiar; de ahí que la dureza de la sociedad respecto de los grupos previos se manifieste aquí como segregación selectiva.

## Rehabilitación físico-psicológica

El grupo de clase media, situado en la sociedad central y con fuertes soportes familiares, concreta su práctica rehabilitadora en el terreno *físico-psicológico*. La adicción y la recuperación discurren entre tensiones psicosociales, pero con el suficiente apoyo material de la familia —con empleo en empresas familiares o simplemente apoyados económicamente por sus familias— como para que los condicionantes del proceso recuperador sean ocasionales, a la vez que la sociedad tiende a tolerar de forma vergonzante a aquellos jóvenes que llegan a la adicción de drogas debido a problemas de maduración personal, en un contexto sociofamiliar vertebado por la desorientación y el consumismo.

## Recuperación físico-ideológica

Finalmente, el grupo de recuperación *físico-ideológica*, sin condicionantes estructurales, no se inscribe en general en ningún proceso de integración social, sino de readecuación psico-ideológica a un entorno conflictivo de tipo personal y familiar. Al estar situados en la cúspide de la

sociedad central, son tolerados, ya como hijos de papá entre los más jóvenes, ya como viejos jóvenes contraculturales en los de más edad. Para este grupo, en conjunto, la integración social no tiene sentido, y sí lo tiene una readaptación personal y concreta en sus prácticas y modos de vida.

## Capítulo 9

# **Sobre ideologías e imágenes de los procesos de recuperación**

---



## 9.1. El análisis motivacional de los procesos de adicción y recuperación

En los dos capítulos anteriores se fueron definiendo los perfiles básicos y estructurales de los grupos sociales de consumidores a través de sus variables demográficas, condiciones de vida y ubicación en la estructura social. Incluso se adelantaron algunas de las imágenes grupales a partir de su contexto histórico, proceso de integración clasista y estrategias diferentes de adaptación e integración, como hicimos en el epígrafe 8.3.

Sobre la base de lo analizado en el capítulo anterior, se trata ahora de profundizar en varios niveles de la realidad social mediante el análisis cualitativo:

- a) Comprender e interpretar la *génesis y motivaciones del proceso de adicción* y del proceso de recuperación/integración.
- b) Analizar el *proceso grupal* de construcción/reconstrucción de la autonomía, o capacidad de adaptación/integración, definiendo las motivaciones del mismo y sus contradicciones.
- c) Analizar los procesos de identificación social preconsciente en relación con la *percepción grupal de la integración* y las experiencias que la jalonan.

El método utilizado es el de la entrevista abierta semidirectiva, realizada a un conjunto de veinte personas representantes de cinco grupos sociales de drogodependientes (clase marginal, clase obrera, clase media-baja, clase media y clase alta), diferenciados entre sí por los diferentes momentos históricos en que empezaron a consumir y sus diferentes estrategias de integración. Aquí, de forma explícita, se han elegido drogodependientes entre el conjunto de entrevistas realizadas en los centros y programas de acuerdo con su origen objetivo de clase, por entender que el factor clase permite un análisis motivacional e ideológico de superior nivel que el de tipo cultural-demográfico, desde el momento que, mientras en este último tienden a aparecer factores de *identificación*, en aquél lo hacen los de *diferenciación*, que son los que en definitiva mejor permiten estructurar grupos ideológicos con cierta coherencia interna.

Evidentemente, este enfoque se centra en las variables *proceso de cambio e ideologías*, dejando en un segundo plano —y no por ello menos relevante— las variables homogeneizadoras que ciertamente vertebran un colectivo básicamente juvenil y que en otro contexto analítico pueden tener sentido.

## 9.2. Las motivaciones e imágenes del proceso de adicción. Ideologías grupales de los procesos sociales de integración

---

En este epígrafe se interpretan las motivaciones e imágenes grupales en relación con la génesis social del consumo adictivo, los procesos de recuperación y la reconstrucción de una autonomía o capacidad global de integración social.

### Los grupos marginales de drogodependientes

El grupo que podemos denominar *marginal* está representado por personas situadas en los dos extremos del arco demográfico. En unos casos, se trata de jóvenes disociales protagonistas del consumo adictivo en la segunda mitad de los años ochenta y, en otros, de jóvenes maduros que experimentan el consumo adictivo de forma álgida durante el período de la transición política (1977-79).

#### a) El joven marginal

Durante los últimos años la sociedad española ha generado un tipo muy concreto de drogodependiente: *el joven o adolescente marginal*, que se inicia al consumo con una intensa precocidad y estructura su experiencia alrededor del *fracaso de su proceso concreto de socialización* y de su *imposibilidad de inserción* sociolaboral.

1. *La génesis del consumo* tiene lugar en tres experiencias concretas que mutuamente se refuerzan:

##### a) *El fracaso escolar* por falta de motivación ambiental y familiar:

Bueno, a mí es que nunca me ha gustado la escuela, iba a la escuela y me agobiaba cantidad porque siempre he sido el típico niño que iba a jugar, ¿sabes?... No tenía amigos en la escuela tampoco, si hubiera encontrado a alguien que hubiese sido un amigo y tal, y que le hubiese gustado la escuela y tal, y vente a mi casa y estudiamos... En aquellos tiempos no tenía en la escuela ningún tipo de amigos, ni amigas, ni nada.

b) *Un conflicto ambiental-familiar*, que suele coincidir casi siempre con enfrentamientos y divisiones en el seno familiar, cuando no se trata de la presencia del alcoholismo:

Mi padre siempre estaba borracho... Siempre se metía con mi madre y mi madre es la persona que más quiero en este mundo.

Ha sido una gente que han dicho: tú haz tu vida y déjanos en paz.

c) Un *ambiente de consumo* al que se adapta a través de hermanos o un amigo relacionado con *yonkis*:

Que todos los *yonkis* que había me los conocía a todos.

En todos los casos suele concurrir esta triple experiencia, que acelera el momento del inicio al consumo de drogas en torno a los 10-11 años de edad y escasamente dos años más tarde el paso a la heroína. Incluso, como sucede en una de las historias, el consumo de heroína se inicia a los 9 años de edad, viviendo intensamente en su primera experiencia de picarse. La autoimagen en esa edad está muy deteriorada, a pesar de la escasa edad —«... Era un poco la oveja negra o así, siempre he sido un reboleras»— y sin relaciones sociales que pudieran constituir puntos de referencia:

...Siempre he sido el típico niño que iba a jugar, ¿sabes?, por ahí siempre, pero no tenía amigos; si hubiese encontrado alguien que hubiese sido amigo y tal...; en aquellos tiempos no tenía en la escuela ningún tipo de amigos, ni amigas, ni nada.

Bueno, fue la hostia, ¡macho!

A pesar de que su propio iniciador le advierte de cómo

Se pone la gente, está allí toda hecha polvo.

2. A tan cortas edades, roto el proceso escolar y sin ingresos de ningún tipo, *se inicia la carrera delictiva* para financiar un consumo múltiple de heroína, *tripis*, anfetis, etc., robando en tiendas, ambulatorios y farmacias:

Me cogieron un mogollón de veces... Y a los 16 entré en la cárcel de menores.

La desestructuración del propio proceso suele dar lugar a rupturas y salidas del seno familiar durante meses. El retorno a casa acelera aún más el proceso de adicción y el inicio al tráfico con el que financiar las propias necesidades de consumo:

Volví y conocí a una serie de traficantes muy bordillos... Eran quinquilleros, sí, quinquilleros; se pueden llamar así. Y otra vez la movida de casa y tal; me voy con ellos y tal porque mi viejo sigue el mismo rollo. Cogi una bronca con mi madre también porque le quité un mogollón de dinero. Pues bueno, me voy.

3. *El tráfico en escala pequeña* sustituye al robo y garantiza por fin la estabilidad en el consumo de heroína, pues:

A parte de que yo lo necesitaba, porque decía, bueno, si lo puedo tener y tal, *paso de robar y paso de todo*, y, al final, pues no veas: enganchado perdido, pero que muy mal, muy mal... A los 16 años era un consumidor pero potente, me metía un cuarto diario unas cinco veces... Me metía esa cantidad, porque esa gente cada vez que se iba a por heroína un mogollón se traían: 40 ó 50 gramos de heroína, 20 kilos de chocolate. Yo es que alueinaba, yo estaba con los tíos estos.

4. *La ruptura familiar es inevitable* y el sujeto comienza un proceso de supervivencia muy duro, siendo una de sus consecuencias la ínfima autoestima que marca su carácter y personalidad de cara al futuro:

... Me montaba la vida por ahí, en los coches, me ponía en los semáforos y así. Y dormir, ¿cómo se llama esto?, los albergues esos que hay. *To* me daba igual.

La intensidad del recorrido adictivo empieza a plantear al individuo que se encuentra en un *camino sin salida*:

De que no podía estar así, era un rollo, pero que sólo al topar con un *límite* se decide iniciar un proceso recuperador:

Me metí en el servicio y me metí medio gramo y allí me quedé tieso; mi vieja se mosqueó y tal, abre no se qué, porque mi vieja ya se mosqueaba cada vez que me metía al servicio, y llegó mi hermano, pegó una patada a la puerta y me vio allí hecho polvo; me llevaron a la residencia, al hospital, estaba medio muerto... Si llevo a tardar 20 ó 25 minutos más adíos, me hubiese ido al otro mundo.

5. *El inicio del proceso recuperador* en este tipo de jóvenes suele ser el ambulatorio especializado en tratamiento de drogodependencias, en el caso de grandes ciudades, aunque posteriormente acuden a una CT. En el caso de poblaciones semi-urbanas, el acceso a CT de forma más o menos directa suele ser lo normal. Tal es el caso de un joven marginal que acude a la CT El Patriarca, en la que pasó dos años enteros. En la CT pudo tener amistades:

Para mí Pepe, bueno, es la hostia, porque me ayudó cantidad; y se inició por vez primera en los hábitos del trabajo:

La albañilería... Y yo siempre estaba de *chantie*, porque me gustaba; cogía y decía: «Venga, vamos a hacer el tabique este o la casa esta.» Lo haces, lo miras, así, y dices: «¡Joder! Lo que he hecho.» Hay una motivación.

Pero en la CT lo que querían era que se quedara:

Cuando llegué estaba muy mal, me ayudaron; *pero la vida está en la calle*, no ahí encerrado en un centro... Ya llevo aquí casi dos años y la gente lo que quiere es que yo me quede toda la vida.

Así, la CT, si puede tener algún sentido temporalmente, hace crisis cuando el sujeto comprende que es la negación de la calle, *la negación de la vida*.

6. *La vuelta a la realidad* suele ser brutal en el caso de los que han estado en CT, como suelen ser los jóvenes marginales que son aislados temporalmente o se aíslan. Así hay quien al salir de la CT:

Se me vino un mogollón a la cabeza, yo alucinaba... Pero, vamos, que salía a la calle y *los mismos amigos hechos polvo*, toda la gente que conocía poniéndose hasta el [...]; digo, bueno, yo me tengo que ir de aquí pero bueno, pero rápido.

7. Pero ¿a dónde ir sin alternativas laborales de ningún tipo? La salida suele ser la *supervivencia más o menos marginada*

A ver si sale lo de las motos, lo de la mensajería... A ver si nos compraran cuatro motos que se las hemos pedido a Cáritas; tienes ganas de hacer cosas, y tal, pero económicamente pues no tienes un duro nunca; es un rollo, siempre pidiendo dinero a casa, todos los meses son 15 ó 20 talegos,

y un miedo al futuro dependiendo de la familia y, a veces, de la beneficiencia pública o privada. Al mismo tiempo que el fantasma del recuerdo está ahí presente:

Recuerdo más los momentos malos que los buenos, lo he pasado muy mal, y se *percibe intensamente el rechazo social del problema de los drogodependientes*:

La gente pasa mucho; de esto pasa pero total... A no ser que tengas el problema de un hijo que haya sido toxicómano, algún primo... Si no la gente no se da cuenta de las cosas, pasa mucho del rollo.

8. *La percepción del rechazo social* desencadena una violencia institucional que configura una de las dificultades más serias en la futura reinserción. Prueba de esta violencia es, no sólo las numerosas detenciones, sino el desprecio de las instituciones que ostentan la defensa del orden y convivencia:

... Me cogieron mogollón de veces, pero yo paso de *tos* ellos.



## b) Los maduros marginales

Existe otro colectivo de marginados que se concreta en *jóvenes maduros* que vivieron el momento álgido de su consumo durante la transición política, son los jóvenes contraculturales y que se definen por la frustración de sus expectativas políticas,

Estoy desengañado, muy desengañado, como todos los trabajadores.

Con un grado de integración limitada a partir de experiencias de auto-organización:

Intentamos ser autosuficientes.

1. En general, *la experiencia del consumo va asociada a la pertenencia a algún partido u organización política de izquierdas* que trata de frenar el consumo de porros dentro de la organización, o se trata, a su vez, de un consumo contracultural ostentoso. Cambiar la sociedad y cambiar la vida eran una misma cosa para este tipo de individuos. Cambiar la sociedad podía hacerse en un partido de izquierdas muy organizado, pero cambiar la vida no tenía tantas posibilidades en partidos de rígida disciplina. De ahí que si el consumo de hachís era criticado por las organizaciones políticas de izquierdas, la frustración que produce la no radicalidad del cambio político permite reaccionar frente a esa disciplina y organizar nuevas pautas de vida y consumo:

Yo me vi sometido a muchas críticas por mi consumo, simplemente del hachís, ¿no? Era tan austera la organización a esos niveles que incluso, bueno, en muchas ocasiones se hicieron reuniones... Toda esa represión que habían estado acumulando, la quisieron ganar y entonces muchos también se dispararon a ese nivel... Yo estaba con otra visión de las cosas de la vida, más o menos estaba en otro mundo... *Yo estaba en otra historia.*

La transición política rompe expectativas de cambio en muchos grupos sociales y contribuye a alterar las formas de vida de los individuos que los componen, pasando de la solidaridad partidaria, como experiencia de muchos jóvenes, a estilos de vida individualista:

Me lleva, me conduce, de alguna forma a separarme del resto de la gente, a *hacer un poco también mi vida*, más independiente... Se produce ese cambio radical; entonces, es a partir de ahí cuando empiezo con la historia de querer experimentar más con la droga de una forma metafísica hasta que llego a la heroína, y en la heroína ya encuentro un aliciente, encuentro un algo que me gusta simplemente.

2. *El compromiso político y grupal se sustituye por la evasión y el retorno a la vida privada.* Se trata, por otra parte, de personas socializadas normalmente, con estudios de bachillerato o superiores iniciados, que pasan de un proyecto de vida utópico/solidario a otro tipo burdamente realista/individualista que conduce al

Desastre, un desastre. ¿A qué me dedicaba? A buscarme la vida, simplemente, a la forma de conseguirlo, los trapicheos con los amigos, para de alguna forma introducirlo dentro de ese mundo y a la vez poder conseguir dosis sin tener que complicarme.

3. *La intensidad de la adicción se profundiza progresivamente entre los veinte y veinticinco años de edad obligando a delinquir:*

Salir de manera violenta a la calle para buscarme la vida... Puedes atracar y puedes hacer daño, y mientras que hayas conseguido dinero y puedas ponerte, puedes ir a pillar y ponerte, no tienes ningún tipo de remordimiento ni nada... Te da lo mismo hacer daño a quien le hagas.

4. Por otra parte *se intenta parcialmente salir* recurriendo a pastillas y ayudas ambulatorias, *pero todos los intentos fracasan:*

Aunque me hubiera desenganchado veía el ambiente, no podía evitar el ambiente... Lo intenté de todas las formas, de todas las maneras, incluso cerrándome en casa. Vamos, más desesperación todavía... Y es que *hasta que no se toca fondo no reacciona uno.*

5. En aquellos finales setenta y primeros años ochenta, hasta muy recientemente, *la fórmula de aislamiento en una comunidad CT gozaba de todos los apoyos porque lo exigía la familia:*

Yo tenía a mi padre destrozado, a mi madre tres cuartos de lo mismo, a mis hermanas, a mi mujer; todo el mundo estaba destrozado conmigo.

Y es que el propio drogodependiente exige un castigo ejemplar para sí mismo:

*En una granja se debe ser rígido* porque el toxicómano en la calle es muy fuerte... Sí, esto es duro [CT], tienes que saber lo duro que es y soportarlo y superarlo, tienes que superarlo ahí.

El toxicómano desea salvarse mediante el duro aislamiento, el trabajo como redención y el autocastigo.

6. *Después del período de aislamiento y autocastigo*, los individuos se encuentran al salir con una realidad que ha cambiado muy rápidamente, en el sentido de que las oportunidades de vida se están cerrando y entre la CT y la realidad no hay nada:

Cuando salí de la CT los tres primeros meses consumí una vez... Porque yo me veía muy mal en la calle, me veía insatisfecho, yo iba por ejemplo a la junta municipal y me hacían mucho caso, pero que *no había nada a niveles de reinserción* ni tenía trabajo; no tenía nada en absoluto. O hacía algo por reinsertarme o buscar una solución, o al final iba a recaer.

La salida consistió en buscar formas alternativas de autoayuda de personas con los mismos problemas, una cierta marginación para hacer frente a la marginación:

La respuesta que intentamos dar es ser autosuficientes... Aunque habrá mucha gente que por supuesto presente alguna reticencia a la hora de saber y de conocer que eres ex toxicómano... Hay gente que ni entiende ni sabe lo que es la reinserción... *Es una palabra muy vapuleada*, nada más la entienden a nivel de presos.

7. *La desconfianza sobre la posibilidad real de la reinserción se apoya en dos tipos de argumentos:* el primero es una cierta desesperanza sobre las posibilidades de cambio:

No, no puedo guardar ninguna esperanza a nivel de mi realidad de aquí y ahora... [Máxime cuando] nadie se moja las piernas viendo que los chavales de 14 y 15 años, en la actualidad, entran directamente en la heroína; no es un problema como el de antes, que éramos gente de 18 ó 19 años, que hemos tardado tiempo en entrar o hemos entrado paulatinamente y de otra forma.

El segundo argumento consiste en la *hostilidad y segregación frente al toxicómano por parte de nuestra sociedad:*

A nivel de la sociedad, de la gente de la calle, todos los que se mojan el culo, por decirlo de alguna forma, es aquella gente que siente el problema... Para el resto el toxicómano está visto como una persona que es un desecho y, además, es dañino; la gente que no tiene ese problema lo único que está deseando, lo único que está pensando, es que a todos los toxicómanos *habría que matarlos simplemente...* Vuelvo a repetir, están deseando o están pensando que la mejor solución para esa gente es que los maten.

## La integración de drogodependientes de clase obrera

Los sujetos drogodependientes de la clase obrera tradicional suelen compartir una serie de características específicas: pertenecen a familias sin excesivos conflictos internos, en las que el padre trabaja como obrero de la industria, ya en activo o en proceso de reconversión laboral; sus familias rechazan a los drogodependientes, aunque al final apoyen a sus hijos; son sujetos cuyo proceso de socialización ha sido relativamente normal, a veces no completado por causa del consumo adictivo; aunque sus oportunidades de empleo no están bloqueadas como en otros casos, tienen un fuerte escepticismo sobre la situación política general, y mantienen una actitud contradictoria sobre los drogodependientes, dado que manifiestan que hay que *apoyar su recuperación*, pero, por otro lado, son partidarios de medidas duras de *control social* para hacer frente al problema.

1. Los individuos de clase obrera *suelen empezar a consumir hachís* entre los 15 años, los más jóvenes, y los 18, los de más edad. En general cuatro años más tarde la escalada alcanza a la heroína.

Primero se empieza como *influencia de un ambiente*:

... Estuve trabajando de transportista, sin ningún seguro ni nada, y después en un bar con mi padre. Lo que ganaba me lo gastaba todo en el consumo.

Eramos como un *grupo de gente*, y que íbamos siempre juntos, y más o menos lo comíamos todos juntos [el hachís]. *En grupo* íbamos a comprarlo y juntábamos el dinero entre todos y luego lo fumábamos entre todos. Luego, ya *más tarde*, lo compraba yo *por mi cuenta*. Te hablo de las blandas solamente.

2. Es decir, *el grupo de amigos del barrio juega un papel crucial en la introducción al consumo*, en el que el hachís es una experiencia inicialmente de *refuerzo del grupo*:

Más bien *yo creo que es el ambiente*, el tipo de gente con el que me relacionaba, que empezaron a consumir... Estaba haciendo 2º de BUP. Quizás los problemas me llegaron que yo veía a mis amigos y tal consumiendo y eso, y yo, entre los problemas y la curiosidad pues empecé a consumir; y luego, claro, ya, una vez que empecé, ya no era posible por curiosidad sino por vicio.

3. Lo que denominan como drogas blandas es objeto de un consumo grupal que cuando se concreta en la *heroína se transforma en una experiencia netamente individual*. Es como si la heroína, para los sujetos de clase obrera, rompiera sus vínculos sociales básicos. De hecho, el primer consumo de heroína tiene lugar fuera del contexto del barrio: es experimentado con ocasión de escaparse de casa, con motivo de unas vacaciones estivales, siempre lejos del barrio.

4. Pero el refuerzo o escalada de la heroína tiene lugar después en el propio contexto espacial o cercano al mismo, *transformando unas relaciones familiares más o menos estables en un marco conflictivo de relaciones*:

Conflictos antes no tenía porque a mí las cosas me iban bien. Tenía una familia normal, me querían, las cosas en mi casa más o menos funcionaban.

Descubriendo el barrio como el espacio social malsano:

Yo creo que es el ambiente que se vive en el barrio, ¿no? Dónde y con la gente con la que tratas. Es un ambiente que está muy corrompido de momento.

5. Por otra parte, en los diferentes casos se constata cómo el pico de heroína desvela la supuesta peligrosidad de esa droga, así como el impacto adictivo de la misma:

Y dices: «Esto no puede ser tan peligroso, la gente lo hace y no pasa nada.» Además ten en cuenta que lo primero que empiezas a consumir son drogas blandas, que yo creo que no son peligrosas, no son más peligrosas que el tabaco o poco más o menos... Luego, con la heroína... Te dicen que es muy malo y tal y cual; tú la has consumido, notas que eso no es tanto como dicen, que por ahí no van los tiros pues. No sé, a lo mejor piensas que la droga dura es lo mismo, pero no es lo mismo... Cuando empiezas una vez la droga, la heroína, cuando te la metes una vez, yo creo que la primera vez te engancha y generalmente no se reacciona positivamente, porque es que *la primera vez no te das cuenta de nada, no te hace nada, y luego, después, te das cuenta al haberte picado que te hace tener como tendencia otra vez a picarte...* Y luego a ir escalando.

6. Dentro del grupo de clase obrera se visualizan *dos tendencias en relación al consumo*: una progresivamente desestructurante y otra de tipo fuertemente individualista y adaptativa al entorno social.

- *La primera tendencia* tiende a darse en los individuos más jóvenes, el escalón demográfico de 23 a 25 años, personas que sin acabar de completar su proceso socializador inician el consumo paralelamente a una integración laboral dura:

Estuve trabajando de transportista, sin ningún tipo de seguros ni nada. Es lo que pasa, *la explotación que hay.*

Período de dos años en el que se pasa del hachís a la heroína, además del LSD y la cocaína. La insuficiencia del dinero para financiar el consumo les conduce a robos esporádicos, con algunas detenciones por parte de la policía y apertura de sumarios, produciéndose la primera reacción familiar a caballo entre la protección y el rechazo:

Yo estaba en la calle y seguía trapicheando, seguía robando de vez en cuando también, sacando de aquí y de allí para ponerme, hasta que luego me pusieron mis padres el bar, y todos los días cogiendo dinero y tal. Iban mal las cosas, cada día peor, hasta que *al final no tenía salida* y tuvimos que venderlo, y fue cuando decidí venir aquí [al centro].

- *En la tendencia adaptativa* se trata de un modelo de incorporación al consumo más lento y sin enfrentamientos con la sociedad, pues por un lado:

Al principio no empecé pinchándome, empecé esnifando, ¿no?, y bueno, al ver que la chica ésta no se consumía y parecía que no le afectaba tanto me atreví a probarlo un día, y de un día pasé a otro, y así... Hasta que yo me noté que estaba enganchado pasó mucho tiempo. Pasaron un año o dos años hasta que yo lo necesitaba.

Y por otro, el anclaje normativo del ambiente socio-familiar es tan fuerte que ni en situaciones de necesidad de medios económicos, como el período de abstinencia, se transgrede el límite de la ley o muy ocasionalmente:

Al robo, no, pero sin embargo tuve que entramparme bastante, porque tuve que pedir un préstamo a [...] que todavía estoy pagando, además otro préstamo que tenía en la Caja [...]. Además teníamos un dinero que era para casarnos, que también me lo gasté, o sea que en total me gastaría unas ochocientas o novecientas mil pesetas en menos de un año... Pero tenía que estallar por alguna parte; los préstamos los tenía que devolver, lógicamente.

7. En todos los casos son las presiones y el apoyo inicial de la familia lo que conduce a los sujetos al inicio del tratamiento, cuando la situación se convierte en infierno y deterioro total:

La escalada continua; yo me metía una papelina y no notaba nada en absoluto, necesitaba meterme una segunda y una tercera, ¿no? Empecé a notar que *la cosa se transformaba*

*en un infierno, que todo se me echaba encima... Aparte de eso, también, mi vida no tenía ningún sentido; dependía de la droga nada más y no tenía sentimientos nada más que para la droga; era una cosa que me absorbía de una manera total.*

8. *En todos los casos se produce la fuerte vivencia de que no hay salida, la imposibilidad económica de poder financiar el consumo y el concurso de la intervención familiar cuando se descubre el proceso adictivo avanzado. Una triple circunstancia, con mayor o menor énfasis según los casos, que conduce a un tratamiento en centros ambulatorios, sin el recurso a comunidades terapéuticas, a través de los cuales se inicia un proceso de recuperación actualmente avanzado y vertebrado por caídas, pues*

*La heroína te mata, pero te gusta, le pasa a todo el mundo.*

*Pocos consumidores como los pertenecientes a la clase obrera son tan conscientes de la dependencia psíquica del consumo, por los repetidos intentos de recuperación en solitario:*

*... Es una batalla que puede durar años. Me refiero a la del coco, claro, la otra se vence y se pierde, pero no es tan dura.*

9. *La experiencia del proceso recuperador se percibe de muy diferentes maneras. Así, tenemos que para unos es una posibilidad que depende de «uno mismo» nada más y de la propia sociedad, persiguiendo a fondo el tráfico. Este tipo de sujetos de clase obrera, de conducta conflictiva, pasa por su proceso de recuperación elaborando unos comportamientos individualistas y normativistas duros:*

*Me parece imposible volver a recaer... Si uno no quiere no se puede quitar; y si se hiciera más por intentar que no existiese tanta droga..., el problema no sería tan grande... Es muy esencial ir contra el tráfico: si no existiese el tráfico no existiría la mayor parte de los drogadictos que existen.*

*Las recaídas, además, se cifran, sobre todo, en la falta de trabajo:*

*Es muy importante... que te admita la sociedad después, pero claro, si sales de un problema y no tienes trabajo, te empiezas a comer el coco otra vez y es fácil que vuelvas a recaer.*

*Las condiciones económicas limitan de forma muy importante los planteamientos terapéuticos. El motor inicial de iniciar un tratamiento no es el miedo a llegar más lejos o a la muerte; lo constituye la conciencia de sus limitados recursos si siguen consumiendo:*

*... Yo me decidí a cortarlo, ¿no?, porque veía que la escalada ya iba siendo y conocía muchos casos de gente que estaba enganchada y que se gastaban montones de dinero, ¿no?, y yo veía que cada vez más hacía eso y no tenía un duro.*

*Los intentos sin ayuda de abandonar el consumo sólo producen un número elevado de «recaídas» en comparación con consumidores de otras clases sociales:*

*... Yo lo intentaba solo, pero fracasaba; aguantaba una o dos semanas, pero al cabo de ese tiempo volvía a caer una y otra vez, y así meses enteros.*

*Tuve muchos intentos solo de dejarlo por mi cuenta, pero fueron inútiles totalmente.*

10. *Para otros, la recuperación es un proceso dependiente de muchas ayudas y esfuerzos y socialmente condicionado; es decir, las oportunidades de recuperación no son iguales, sino que están claramente diferenciadas. Es un modelo interpretativo más consciente de los condicionamientos estructurales:*

Esa gente lo que necesita, no sé, mucha ayuda y bastante comprensión. No creo que la gente comprenda a esta gente [los drogodependientes]... Yo creo que todo el que está muy enganchado quiere salir de ello; entonces, para salir de ello, uno mismo plantearse lo es casi imposible, ¿no? ... Tú sólo es muy difícil... Yo creo que *la mayoría de la gente lo tiene muy mal*, pero que muy mal para dejar la droga; yo creo que esa gran mayoría que te digo su única salida es, yo qué sé, al final, la única salida que va a tener..., encontrarle con una chuta por ahí tirado..., tirado y muerto.

Para este tipo de individuos *la sociedad tiene que asumir su responsabilidad*, pues actualmente:

*Ve al heroinómano como un delincuente...*, como un individuo *peligroso, insociable*; es cierto que es poco sociable, pero es poco sociable porque está, pues eso, obligado a hacerlo, porque tiene unas necesidades y eso le obliga a una serie de cosas, y es un individuo peligroso.

11. La sociedad tiene razón al señalar que el «heroinómano es un individuo peligroso» (posición normativista), y lo castiga ofreciéndole situaciones laborales de supervivencia propias de exclusividad (salarios de miseria, sin seguros sociales, horarios abusivos, etc.):

También *parte de la culpa es de, la tiene* la sociedad, porque si a una persona *le cierran toda las puertas y no le dejas ninguna salida* acaba, pues por eso, por engancharse... Muchas personas que tienen problemas muy fuertes, de trabajo, de familia y cosas de éstas..., pues los empuja a eso...

12. Dentro del contexto socio económico obrero, el adolescente drogodependiente que ha conseguido abandonar el consumo *encuentra dificultades para elegir una vida laboral* (aprender o seguir un oficio como su padre), para la que se encuentra problemas serios de aprendizaje por edad y difícil salida laboral, *o bien un modelo académico educativo*, para el que no encuentra ni ambiente, ni tiempo, ni con la edad escolar de llevarlo a buen fin:

... Pues nada, estoy esperando a ver si me sale algún trabajo fácil de aprender. De momento estoy estudiando, a ver si puedo acabarlo [la E.G.B.], y estoy esperando y tal y nada; juego al fútbol y eso.

13. El heroinómano que por edad no sólo ha perdido la posibilidad de ser autónomo *pierde además patrones importantes de identificación y seguridad personal* debido a los años de consumo:

... Intentas recuperar algo que no llega. Es cuestión de personalidad y de cosas que te ves que no he hecho, teniendo oportunidad de hacerlos; y ves que, eso, que te falta algo.

14. De este modo, los sujetos de extracción obrera industrial tienden a caracterizarse porque su consumo se inicia en contextos grupales de barrio y de reestructuración ocupacional de los padres, con procesos de socialización casi completos y bajo el impacto de un cierre progresivo de oportunidades sociales.

El proceso de recuperación, por otra parte, se contempla como un esfuerzo propio, con fuerte apoyo familiar, y bajo la influencia o reconstrucción de un fuerte normativismo, que llega a comprender por qué la sociedad segrega a los toxicómanos o centra en el tráfico de drogas la causa explicativa de las drogodependencias. Mientras los sujetos marginales de uno u otro contexto histórico perciben con mayor tensión la segregación social frente al toxicómano y buscan alternativas de integración social construyendo espacios propios de autonomía y supervivencia mar-

ginada, los de clase obrera industrial justifican en parte la segregación por el propio carácter peligroso del toxicómano y tienden a realizar un proceso de integración sólidamente normativo.

## Los drogodependientes de clase media-baja

En el análisis de los drogodependientes de clase media-baja, recordemos algunas de las características señaladas en capítulos anteriores: pertenecen los sujetos a un colectivo fuertemente dependiente de la familia a la hora de la integración, valoran el papel del individuo de manera enfática y su proceso de consumo se contextualiza por desajustes personales y desconciertos en su integración social.

Unos vivieron la transición política, son a los que se les ha denominado consumidores contraculturales, que han experimentado la *frustración* tanto por el desencanto político como por vivir una integración limitada en el mercado de trabajo. Otros vivían con desconcierto el cambio de su horizonte de integración.

1: Una de las características que con facilidad sobresalen de los personajes seleccionados, consiste en la *clara aceptación de la norma social*, a pesar de las dificultades que el contexto les proporciona:

He estado enganchado a la heroína, durante unos años en los que estuve estudiando bachiller superior... Ha sido lo más difícil de mi vida, con mis estudios, problemas de tipo familiar, presiones...

incluyendo la contradicción de ser guía de consumo de un hermano menor:

... Es una espina que llevo clavada en el corazón, ¿no?... El caso es que nos hemos movido casi siempre juntos..., y yo consumí primero, ¿no?

y simultanear heroína, estudios y problemas familiares, con el estereotipo de persona sobresaliente capaz de redimir su *status* con el trabajo:

... A partir de 5º estuve, además, trabajando y estudiando al mismo tiempo... Estaba trabajando en un banco de botones y tal. Me pagaba los estudios: trabajaba por la mañana y por la tarde iba a estudiar.

2. La exigencia permanente de compaginar con éxito los estudios y el trabajo, por un lado, y la familia y amigos, por otro, produce una *ansiedad permanente que desemboca en la frustración y en buscar reposo en el grupo de iguales*:

... No podía con todo, todo lo hacía mal. Que no estudias, que no trabajas, que no... Todo.

... Mis amigos eran todo para mí. Mis padres me decían hay que hacer esto, esto y esto; una serie de normas, las que yo no aceptaba. Entonces dentro de mi grupo había una serie de normas que a mí más o menos me apetecían, o me llenaban más o tenían más emoción.

3. *Analizan con claridad su historia*, sus propias vivencias y las circunstancias que ayudan decisivamente al inicio del consumo y a entrar en la clásica espiral:

... Estás en una edad de tu vida en la que parece que lo quieres probar todo, estás abierto a todo, ¿no?... Bueno, pues yo entré ahí, a través del hachís, ¿no?, y terminé en la heroína, digamos, bueno, *la clásica espiral, la escalada* que creo que la han pasado todos, ¿no?

4. *Las causas* son variadas y en estos casos ofrecen un listado variado: *el enfrentamiento con la realidad social, el ajuste a la autoridad, el canalizar incluso las proyecciones paternas:*

Empecé a descubrir que el mundo no era tan rosa como me lo habían pintado mis padres... Te empiezas a plantear por qué tienes que hacer lo que los demás quieren, ¿no?

El proyecto de vida que vive esta clase social a nivel familiar emite un mensaje de ambición a los hijos que acusan en su convivencia diaria y les frustra de cara al futuro:

... La vida que yo he llevado con mi familia no ha sido de integración; porque, bueno, aparte que nos diferenciamos del pensamiento, no me llenaban totalmente... Pasaba lo mínimo en casa, para evadirme de éstos en casa; el ambiente y lo que se decía no me gustaba nada.

Tuve tensiones por los estudios. Como soy el mayor y mi padre no pudo estudiar por falta de dinero, pues quería verse en mí reflejado, ¿no? Quería verme la continuación, lo que no pudo hacer y que hiciera yo, ¿no?, y era demasiada tensión, demasiada responsabilidad para mí.

5. Líder de un pequeño grupo, en el que los consumos iban creciendo día a día, necesita financiar más allá del salario y los pequeños beneficios que le reporta el pequeño «trapicheo». La solución la encuentra en los créditos bancarios y, como consecuencia, emergen los primeros índices evidentes de la *pérdida de autonomía*.

... Te das cuenta de que estás enganchado, que te gastas el sueldo, y que tienes que hacer, pues, más cosas todavía... El que trabajes en un banco tiene una serie de ventajas: créditos a bajo interés, digamos anticipos, digamos que puedes conseguir dinero fácilmente.

La serie de vivencias, reflexiones vividas desde los períodos de mayor consumo, pueden explicar decisiones que más tarde comentaremos, como dejar voluntariamente el trabajo.

... El estar enganchado a la heroína supone el tener que robar a tus padres, tener que estar continuamente engañando y tal, y eso lleva a un deterioro psíquico contigo mismo.

6. Un deterioro que esta generación, que *tiene asimilada su condición social*, lo transforma en autocastigo y explica su autoagresión bajo la *vivencia de un «suicidio» reiterado:*

... Chico, me estoy matando; esto es como si te suicidaras todos los días y tal; es como querer acabar con todo...; el hecho de ponerte un pico todos los días es como suicidarte pero no te mueres, ¿no? No sabes la cantidad que te va a admitir el cuerpo y yo me he llegado a asustar, ¿no? De decir «me va a pasar algo» según me lo estaba poniendo, cuando ya no tenía arreglo, ¿no?

Y como suicidio, el consumidor pretende encontrar una respuesta en su entorno que no encuentra. Quiere llamar la atención, pero nadie le da salida. De las posibles soluciones, se ofrece una que demuestra, a pesar del deterioro psíquico, haber alcanzado un nivel de madurez y análisis infrecuente entre consumidores de heroína:

... Al límite de mi capacidad de soportar tensiones en el banco y al límite de mi coco, yo vi que si seguía en el banco yo no iba a dejar nunca la heroína. Prefería no tener un trabajo fijo y estable y salir adelante, que no hundirme con un trabajo fijo.

7. Esta automutilación financiera y voluntaria es un momento de lucidez, que queda traducido, además, en una *salida negociada, sin violencia institucional* de ningún tipo. Es una salida para enfrentarse con *el peregrinaje de distintos centros de desintoxicación*. El paso por distintas clínicas y hospitales, con fuertes medicaciones, produce la siguiente observación:



... Cuando entré, me tuvieron nueve días encerrado en una habitación con cerrojos y tal y dormido; yo qué sé. Me echaban una cantidad de pastillas a la mano, yo me las tomaba y zombi perdido, claro. Cuando salí del Dr. [...], como podrás suponer, mi máxima preocupación era ponerme un pico, porque mi coco no había cambiado en absoluto, mis conflictos era los mismos que antes de entrar en [...], ¿no?, y entonces, no me sirvió de nada.

8. Después de distintas experiencias y encontrarse en un período de reinserción, aparecen *tres indicadores precisos* de las dificultades para integrarse en una vida normalizada. Una, la *independencia personal y social*:

... Yo creo que para mí *es muy importante independizarme totalmente de mis padres, ¿no?* Yo tengo ilusión por funcionar yo, con mi mujer y tal, y no puedo, y esa *frustración*, quizá, puede que sea uno de los motivos...

La segunda, una *independencia económica y laboral* que le permita, no sólo una identidad propia, sino, y aún más importante, la construcción de un futuro a medio plazo, dentro de unos márgenes de seguridad aceptables:

... Yo estoy trabajando, ¿no? Pero claro, el sueldo que yo tengo no me permite alquilar un piso, y no me permite alquilar un piso porque no tengo trabajo fijo... Recuerdas que te comenté que era muy difícil. A mí se me acaba el miércoles el contrato, entonces me van a plantear un contrato de seis meses y yo voy a tener que decir que *no*, tú fíjate, ¿no?

La independencia social del drogodependiente viene condicionada por la dificultad de romper con el ambiente tóxico y le perseguirá durante años:

... La sensación de *gusetear* [moverse entre consumidores] siempre la voy a tener, me parece que no se me va a quitar nunca.

La tercera dificultad para que pueda materializar esa integración depende nada menos que de la *superación de los estereotipos sociales* que del toxicómano se tienen:

... Me van a hacer un reconocimiento médico, que el otro día, comentando (no saben que he sido *yonki* ni nada, ¿no?) con un compañero, me hizo el comentario. Dijo: «¡Joder! Estuve en el reconocimiento médico y te miran los brazos por aquí para ver si tienes lesiones en los huesos, ¿no?»

La conclusión final de este proceso es difícil de aceptar, pero en sí misma contiene nuestra incapacidad por facilitar o culminar un proceso en el que los recursos sociales han tenido poco que ver, ni siquiera para recoger el fruto de haber superado todas las barreras que se han ido poniendo: desintoxicación, tratamientos, deshabitación, estabilidad emocional, independencia económica, y habilidad y suerte para encontrar trabajo:

... Trabajo casi al límite de mis posibilidades y no puedo renovar el contrato, sencillamente, porque tengo callos en los brazos, ¿no?

Quizá no fuese tan descabellado introducir una nueva fase de tratamiento en los procesos de recuperación de heroínómanos: la cirugía estética a cargo de los presupuestos de la Seguridad Social.

9. La sociedad de consumo en la que nos desenvolvemos no permite, además, superar algo de difícil solución: *el pasado*. Se obliga no sólo a una reposición casi perfecta de los mecanismos necesarios para una supervivencia (ya de por sí muy difícil de conseguir con los índices de paro, etc.), sino que además se exige la transformación de la propia historia personal:

... Mi mayor problema ahora mismo es haber sido *yonki*, porque si no lo hubiera sido yo tendría trabajo y mal que bien yo me imagino que encontraría un piso y me permitiría no vivir con mis padres y vivir con mi mujer. Porque son 28 años, ¿no?, y te apetece vivir con tu mujer... Y ver que no puedes salir por haber sido *yonki* es muy frustrante, ¿no?

10. Los drogodependientes pertenecientes a una clase social media-baja *son educados en el esfuerzo del trabajo* y en la ambición de alcanzar, a través del sacrificio académico, un *status superior*:

... Trabajaba y estudiaba a la vez (porque me pagaba los estudios), trabajando por las mañanas y por las tardes iba a estudiar...

*Reclaman con cierta justificación unos niveles de independencia asimilables al perfil del adulto*. Las familias, sin embargo, someten a un control exigente horarios y amistades, provocando un germen de rebeldía permanente que desemboca, en numerosas ocasiones, en unas relaciones poco exigentes de amistades que le conducen a comportamientos marginales:

... Nunca he tratado de ser familiar, el ambiente no me gustaba. A mí *me gustaba más independencia*. Cumplía, ¿no? Tenía la sensación de estar dando explicaciones de esto, de lo otro, cómo estás, cómo no estás...

Mis amigos lo eran todo para mí; los estudios me gustaban entonces, también los amigos. Lo que me ofrecían era el no control; mis *padres* me decían hay que hacer esto y esto y esto, una serie de normas que yo no aceptaba, entonces dentro de mi grupo había unas normas que a mí me apeteceían..., me llenaban más, tenían más *emoción*...

11. *El mundo emocional* del adolescente-adulto era un espacio que no estaba cubierto por el esquema de responsabilidades y tareas que la familia y la sociedad le proponían. La búsqueda de «emociones» en un contexto hostil, de violencia, drogas, robos, a través de los amigos, marcan la «clave» de un *proceso de desajuste*:

... Yo vivía en un barrio que más bien era conflictivo, entonces había muchos robos de coches y motos. Bueno, pues a mí todo eso me tiraba porque era una emoción nueva para mí, en cierta manera, pues era *libertad* de salir y tener coche.

El contacto con el tráfico, el consumo y, lo que parece más importante, la asimilación de comportamientos asociales y un cambio de valores menos trascendentes, más inmediatos, provoca la conocida «espiral»:

... Salir de casa y con los amiguetes, destrozar un coche abandonado, a mí me tiraba. Era una cadena de conocer «gente que fumaba», se ponía y tal, y empecé a fumar y a partir de ahí me dediqué también a la venta de hachís... Eran gente seis u ocho años mayor.

Ni los profesores en el colegio, ni los maestros en el taller, ni los padres en la familia, ni más tarde los militares en el ejército, habían logrado constituirse en modelos de identificación con los que compararse, medirse o contrastarse. Esas nuevas amistades habían ocupado su lugar y le habían transferido todo un estilo de vida y forma de pensar:

... Empecé a parar con esa gente, siempre con diferencia de edad; yo tenía trece, pues la gente que ya fumaba tenía dieciocho y tal, a parte que a mí me gustaba tratar con gente más mayor, como si dijéramos tener tus ídolos, que te llevan por un lado y tal...

12. La inclusión al grupo de referencia tiene sus exigencias, su puesta de largo:

... Yo al volver de la mili, con los mismos amigos que yo había dejado antes, lo habían probado, y bueno, yo no me voy a quedar atrás tampoco, por no sentirme de menos o no ser menos que nadie.

La carencia de información y sistemas preventivos primarios eficaces que permita al individuo defenderse de las situaciones de alto riesgo, facilitan el camino:

... Pues ni me enteré. La realidad es que no sé si servía porque la droga era mala; el caso es que la primera vez que me pinché no me hizo nada y entonces se me quedó «esto no es *tanto* como he visto otras veces», y bueno se me quitó ese miedo a, a decir: «Bueno, no es tanto como yo lo pensaba o como yo lo he visto a la gente que estaba tan hecha polvo».

13. Aparece *toda la gama de comportamientos asociales*: detenciones, tráfico, mentiras en casa permanentes, máximos consumos, los amigos se convierten en enemigos, atracos de recetas en hospitales, etc. Punto cero. Comienzan los tratamientos y aparecen las «recetas de aislamiento»: las clínicas, hospitales, comunidades terapéuticas, ajustadas a una población sin medios e información para ofrecer otras alternativas:

... Durante dos años, estaba con un guardián del que no me podía separar ni dos metros, tenía que ir acompañado a todos lados. Si salía al cine, con mis padres; si salía a pasear, con mis padres; si salía al servicio, con mis padres... La sensación siempre la voy a tener, no se me va a quitar nunca...

14. La sociedad, además, garantiza que el modelo tiene continuidad, porque inventa un mecanismo de transmisión muy útil: *el que no tiene fuerzas para la independencia es utilizado para profesionalizarlo y difundir el mismo mensaje de frustración, control y autocastigo*:

... Yo estoy en una vivienda y hago relación de que vengo a donde yo empecé; a la misma gente que va entrando ahora mismo nueva, hago de *monitor* y les hago una serie de grupos para que vayan «adaptándose» a ese comienzo. La verdad es que satisface. Te vienen a contar algo que tú ya has contado y que te supone decir: «¡Joder! Eso lo he pasado yo, estoy mejor que ellos».

La sociedad, que es al final la que con sus estructuras de poder subvenciona, protege y potencia las instituciones, inventa un circuito cerrado de tratamientos y reinserción para determinadas clases sociales como la que nos ocupa:

— Para individuos con fuerte personalidad y marcada independencia, les anestesia recordándoles oportunamente (justo al final de su proceso) su pasado.

— Para consumidores de personalidad lábil y sin capacidad de crítica y análisis, les proporciona un medio, un lugar y unas normas que les impidan salir a molestar a otras clases sociales.

## Los drogodependientes de clase media

En el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas se aprecia una seria dificultad de identificar las características de los drogodependientes de esta clase. Utilizan para señalar identidad de *status*: «Normal, hay de todo. Gente normal, etc.». Incluso si les propones otros identificadores generales, los aceptan sin la más leve oposición.

¿Clase social?: Baja.

¿Media-baja?: Bueno.

¿Clase normal, del montón?: Sí, eso.

Es necesario señalar que la elección de las entrevistas fue realizada por un profesional. Entendió como clase media un margen económico de cinco millones de pesetas de ingresos familiares.

El parámetro con el que identifican su clase social es con el nivel de estudios «medios» (magisterio, peritos, cuadros medios de comercio).

El discurso personal se desintegra en una etapa evolutiva crucial en la mujer: el paso a la adolescencia. En ella, aparecen desajustes de distintos niveles de consumo: «Antes vivíamos mejor, cuando mi padre no se había jubilado» o «El nivel económico ha descendido. Antes, en la época de Franco y después, era mucho mejor que ahora».

1. Existen otros *desajustes de identificación personal*: la curiosidad, el conocer qué le satisface y qué le desagrada:

... A los 13 años, eso; es que esa época tomaba un día anfetás, otro día analgésicos; bueno, otro día iba de chicos, otro día bebía, tal porros; eso fue a esa edad, luego, ya a los 15 o así, empecé con los ácidos.

La *relación de pareja* se explica por el consumo, con estímulos de doble de dirección, que no permite salir a ninguno de los dos:

... A mí me lo ofrecía él y llega un momento en que no lo dejas tú, no lo deja él.

La heroína y un embarazo temprano marcan con decisión las dos variables que explican al adulto:

A los 17, *conseguí* pincharme heroína y quedarme embarazada. Desde que me quedé embarazada, pues, ese año, no consumí nada, bueno, alguna vez he esnifado.

La maternidad apareció con fuerza y consiguió la separación momentánea del consumo:

... Yo calculo que no tomé nada en siete u ocho meses. ¡Qué remedio! Es que yo, antes de quedar embarazada, estaba consumiendo y tal, pero no era consciente. Yo creo que no era consciente del enganche ni nada.

2. En consumidores con recursos económicos suficientes y personalidades (de padre e hijos) angustiadas y lábiles, *el peregrinar institucional* encuentra su máximo grado: un médico, cuatro psiquiatras, dos psicólogos, dos clínicas, una comunidad terapéutica y una granja, son el fruto de siete años de consumo ininterrumpido:

En estos años, consumía a escondidas con los médicos y a las claras entre uno y otros. ¡Una pasada, tú! Eran del culo todos.

Las últimas palabras reflejan además el «aprendizaje» que adquiere el consumidor cuando no encuentra lo que busca, descalificando a todos, profesionales e instituciones, por igual.

3. *El fracaso laboral*, en un primer intento, desencadena un proceso traumático, un desajuste en el consumo:

Estuve trabajando en una agencia de publicidad, con contrato y tal, y estuve ocho meses. ¡Me echaron y que les den por el culo a todos! Me puse hasta las cejas y no he parado hasta hace un año.

*Sólo acceden al mundo laboral en función del consumo* y no como un medio de integrarse e independizarse socialmente. Para conseguir trabajos temporales sin especialización o formación previa, no es difícil encontrarlos en competencia con personas de formación y clase social más humilde:

... El trabajaba hasta que tenía dinero para sacar lo que consumía... Cuando se acababa buscaba otro curro y así.

4. Tras varios engaños laborales, sin contrato ni Seguridad Social, recalca en la ocupación más fuertemente marginal:

Sí, de puta, sí.

Se inicia así otra importante variable de explicación de reinserción de los jóvenes drogodependientes: *asocian en ciertos casos el sexo a la única vía práctica de supervivencia*:

... Estuve un año en una empresa constructora y estaba *liada* con el jefe y entonces, pues ahí, digamos que no me hacía falta currar a tope, o sea, ganaba lo que me daba.

... Luego trabajé en casas de masajes y lo máximo que aguanté fueron cinco o seis meses y ahí también ganaba bastante.

Rozando la humillación, *choca una educación burguesa acomodada con la necesidad de supervivencia*. El cansancio la obliga a adoptar una decisión:

... Volví a casa y dije que hicieran lo que quisieran conmigo; ¡me daba igual, joder!

5. *Las causas de la ruptura familiar* se pueden encontrar en la intransigencia paterna de consumo de drogas legales, el control horario, problemas escolares y enfrentamiento por su pareja:

Me echaron de todos los colegios, y en casa todo lo que hacía estaba mal.

Por lo visto, dicen, porque yo no me acuerdo, que de repente un año me volví muy rebelde y muy agresiva.

6. *La agresividad e incomunicación* con el mundo masculino, la entrega en la búsqueda de nuevas soluciones, nuevas salidas, del proceso personal:

... Si un día encuentro a una tía que me gusta, me da lo mismo que sea tío que tía, lo que pasa es que es muy difícil en este país y eso. Personalmente hoy me da lo mismo, y puedo disfrutar igual.

En plena madurez y sin capacidad de establecer una mínima autonomía, empieza a entender como una salida más que la dejen consumir algo barato, las pastillas:

O sea que yo no he decidido ahora para siempre que voy a dejar la droga; o sea, según me vaya; no he decidido dejarlo como una decisión; estoy probando. Igual me quedo colgada para siempre y ¡ya!

Estoy hasta el moño de las recaídas.

La angustia lleva en muchos procesos a encontrar *soluciones* en comportamientos regresivos. Así ocurre cuando se trata de contrastar diferentes realidades, fantaseando lo deseable:

Un amigo que es suizo, dice que allí, bueno, el Gobierno ofrecía una vivienda y una cantidad al mes. Le proporcionaban la droga porque había decidido ser drogadicto, ser toxicómano.

7. La percepción que tiene el sujeto de cuál es *el camino de su reinserción* se enfrenta a un desajuste profundo entre lo que a su clase social le corresponde «trabajar» y las posibilidades reales de su formación. La elección que adoptan es dura y clara:

... Llega un momento en que no te sirve la familia, no te sirve de nada aunque tenga algo de pasta; porque además, encima, tienes la cosa en contra de que no has tenido que delinquir para consumir... Tienes que digamos *bajar un escalón*, y ahí es donde lo pasas muy mal, claro. Aparece el miedo.

Una problemática muy común, y que aparece en muchas familias, es la de hermanos drogodependientes. La lucha interna que se establece por los que piensan antes de caer que

... La droga es un mal rollo, yo no caigo ni de coña... A mí no me enganchan como tú... produce una incomunicación muy grave con los hermanos con experien-

cia. No sólo los recién llegados no admiten reconocerlo, es que los experimentados resumen en una palabra todo lo que realmente piensan:

- ¿Qué le aconsejarías a tu hermano que se acaba de enganchar con heroína?
- Nada, ¡allá él!

8. Esta clase social media, o media-alta, por educación e información conoce con más precisión cuáles son *las fases y esfuerzos que hay que superar para abandonar el consumo*:

- ... Para mí el mono era más psicológico que físico.
- Lo peor es quitarte la droga de la cabeza después de años sin pillar.

*Analizan con más precisión el contexto del consumo*, consiguiendo una motivación adicional que en otros estratos sociales no llegan a percibir:

- ... Veía que ellos [consumidores] no estaban nada bien. Cuando veía que se iban a meter una raya, te das cuenta que están atormentados. De esto tengo que salir ¡ya!

Quizá, por pertenecer a una clase social que cabalga entre extremos, las/los drogodependientes de clase media reconocen con más facilidad y precisión *las condiciones para empezar un auténtico proceso de recuperación y rehabilitación*:

- ... Yo pienso que *para tomártelo en serio, es necesario que primero toques fondo*.

Este fondo, en muchos discursos, puede ser muy distinto. En el presente caso y al tratarse de mujeres, lo definen así:

- ... Yo ya no me conocía, ni conocía a mi familia, ni lo más importante...: a mi pareja. Veía además que podía perder el trabajo y por tanto no podía darle dinero para que se picara. Todo se deteriora. Dije: «¡Se acabó!»

9. Al igual que en los drogodependientes de la clase social alta, se reconocen dos pautas de comportamiento parecidas: *el miedo por el mundo marginal del tráfico y las relaciones de amistad con un claro deterioro*:

- ... Lo que menos me gusta es ir a pillar a un barrio escondido y meterte en un sitio que no sabes si vas a salir de él. El no acercarme a esos sitios, ahora que estoy de reinserción social, de algo me habrá servido.

- ... Yo jamás he querido ir a pillar, ni juntarme con gente de ésa, aunque sean amigos; yo procuro pasar cuanto puedo de ellos; te das cuenta que estás atormentado.

10. *La capacidad de análisis de la realidad* se ajusta a fuerza de disponer de recursos limitados para salir de sus dependencias. Así, se recoge un comentario bastante lúcido de las incapacidades de las instituciones aisladas:

- ... Te tiras uno o dos años y no te solucionan nada. No sé ni cómo se llaman estas tan nombradas, «El Patriarca» me parece; no consumes y tal, pero cuando vuelves a salir, sigues teniendo los mismos problemas y las mismas debilidades y no has reforzado nada tu personalidad ante la vida...

también de los tratamientos muy medicalizados, sin ningún otro sistema de apoyo:

- ... Te inflan de pastillas y cuando vuelves a la calle, otra vez a consumir... Yo aconsejaría a todo el mundo que se ponga en manos de auténticos tratamientos.

*El nivel de información* aparece como una variable muy importante a la hora de plantearse sistemas rehabilitadores. Son capaces de nombrar y citar por su nombre técnico los tratamientos más en punta:

- ... Después de analizar, me decidí por un tratamiento de naltrexona y cloridina.
- ... Yo habré consumido entre tirados, pero mis amigos no son como ella; vamos, no sé, tienen inquietudes culturales y estudios.

11. *El objetivo final de todo proceso rehabilitador* parece que no es una lección fácil de asimilar, en el mejor de los casos:

... Por fin estaba de encargada de una tienda. Tenía curro. Yo había hecho Magisterio y jamás, lo juro, pensé que podría caer de tendera de lujo... Pero así es.

12. *La imagen social del drogodependiente* viene explicada por una acusación permanente que en este grupo y en otros aparece con insistencia:

... Qué puedes pensar cuando estás comprobando que, como lo de Chamartín o lo de Villanueva, la gente a denuncias y palos impiden que no se abran centros... ¡Qué cojones quieren, después, si les atracan!

... La sociedad no te ofrece nada para dejar de consumir... del todo.

13. *La crítica al sistema y modelos de tratamiento* son capaces de ejercerla con precisión, detectando los núcleos gordianos de las carencias:

... Ciertos tratamientos no te solucionan absolutamente nada, porque cuando vuelves a salir sigues teniendo los mismos problemas y las mismas debilidades, y no han reforzado nada tu personalidad.

... Entonces, bueno, yo lo que aconsejaría a todo el mundo es ponerse en manos de gente con un tratamiento [...] serio y profesional.

La discusión técnica es posible, y podemos encontrar argumentos muy claros sobre las ventajas e inconvenientes de determinadas opciones terapéuticas:

... La metadona es un simple sustituto de la heroína, y al fin y al cabo a lo que te enganchan es a la metadona en vez de a la heroína, y cuando lo abandonas vuelves a la heroína. ¿Para qué sirve entonces? No hacen apoyo paralelo.

14. La demanda se centra en dos peticiones muy precisas, avaladas por su propia experiencia y por esa información caliente que existe entre los drogodependientes:

... Tendría que haber más centros, más profesionales especializados y una oferta para distintos tipos de consumidores, de tipo manual, intelectual, urbano, rural, etc.

... Lo primero prevención y luego atención, porque si tienes un programa de prevención pues tampoco tiene que haber tanta gente como ahora y tal. Así se educaría también a la gente que normalmente no tiene ni idea de qué va la cosa y de cómo tratar a una persona.

15. Dado que en esta clase social los tratamientos ambulatorios en el domicilio son frecuentes, se planteó una cuestión muy debatida en medios profesionales: «¿Se debe echar a la calle al consumidor de su casa, si ha consumido?»:

... Desde la última conversación con él lo tengo claro: lo pondría en la calle, a pesar de que me quedara hecha polvo y... Sí, seguro que me arrepentiría... ¡después!

La supervivencia a veces no constituye el problema:

... Tenía que empezar a trabajar y tal, y al principio muy bien de encargada de una tienda... Ya está.

Lo que conforma el adecuarse a un modelo más ajustado con el nivel de aspiraciones que su familia y contexto social han impreso en su personalidad y educación:

... Pero luego te das cuenta de que eso no te llena para nada, o sea que a mí vender vestidos es como si estuviese vendiendo churros en la calle... Lo que quería era estudiar una carrera como mis padres.

... Hay muchísima gente que está trabajando, gente que tiene curro y dinero y consume y está superenganchada (no solamente el pobrecillo del Pan Bendito) y no sale... Algo falla; falla el trabajo psíquico, que no se hace.

16. Encontramos como corolario de lo anterior una conciencia clara y crítica social frente al afrontamiento y soluciones de la drogodependencia como problema:

... No, el problema no sólo es el trabajo, tendría que haber centros gratuitos, gente especializada, control sobre los centros que existen, talleres que te inicien en el trabajo y más iniciativas privadas.

... ¿Lo primero? Prevención en serio. Educar a la gente para que conozca la dimensión del problema.

## Los drogodependientes de clase alta

1. El consumidor que pertenece a una clase social elevada económica y culturalmente percibe su entorno social sobre los siguientes elementos:

a) El entorno familiar oscila entre un *modelo autoritario*, de familia unida por el negocio familiar, y un *modelo de familia de profesionales* muy cualificados, que permiten mayor independencia y caracterizado por los conflictos internos en el seno de la familia:

Tenía problemas de relaciones con mis padres, no los veía, y además mi padre era alcohólico, bebía mucho; y a partir de ahí, pues, bueno, me fui de casa y dejé de estudiar.

b) En el otro modelo, *el autoritarismo* conducía a resolver las tentativas de tratamiento con la violencia física y psíquica:

Me trataban de curar, metida en casa con la llave cerrada, tres meses sin salir y sin poder coger el teléfono siquiera.

c) Este mismo entorno proporciona a los sujetos un nivel experiencial atípico en cualquier otro consumidor. Por ejemplo la movilidad física de que disfrutan: la India, Africa, Centroamérica, EE.UU., etc., y un nivel de relaciones interpersonales acorde con su *status* social y económico:

Me iba por ahí, a ponerme ¿A dónde? Pues la India, Marruecos. Nos poníamos ciegos y vuelta a casa. Además, yo me movía con relaciones muy buenas, con camellos y amigos con mucho dinero. Se movía mucho dinero y lo que no llegaba se lo sacaba a la familia.

2. La percepción del consumo de droga no constituía un sentimiento de enfermo-marginal-delincente, sino muy al contrario una *fuerte identificación de status*:

Cuando era más joven, yo creo que lo de las drogas era algo más marginal y de un tipo de gente joven y tal, pero ahora es normal; por ejemplo la cocaína es de ejecutivo o cuando la gente se va a divertir y eso.

*Si te pones suficiente te sientes como un ejecutivo feliz*, porque te da una especie de sensación que, bueno, imagino que es la que en el fondo buscan los heroínómanos.

3. *La demanda social de recursos* que solicitan para la atención y tratamiento de la drogodependencia (a diferencia de otros grupos que la orientan a recursos comunitarios), la centran en «buenos especialistas..., que tampoco tienen que ser Freud, pero gente que tenga conocimientos y que te solucione la ansiedad»:

... Yo necesitaba, para salir, profundizar más dentro de mí; entonces, claro, yo he acudido a un especialista. Este señor debe tener 50 años, y lleva trabajando en psicoanálisis pues 30.

En esta dirección *rechazan las alternativas de tratamiento y reinserción* porque los discursos que se les proponen no están ajustados a la demanda que su *status* les exige:

La primera etapa está bien, lo del mono y eso... Está bien pensada y eso, pero en la segunda no me veo, no de alfarero, no labrador, tío, ni de «experto» con otros recién llegados.



4. Cuando tratan de precisar con qué normas sociales tienen que cumplir o tener asimiladas, a diferencia de otros grupos, no las identifican con la policía o los Tribunales como referencias de conflicto individual, sino con referencias sociales, ya que a nivel personal no existen:

He estado en la cárcel un par de veces por robo, pero sales ¡ya!, con un currito abogado que sepa de qué va..., y vale.

... Si está bien, yo creo que pagar a Hacienda, qué pasta para los drogadictos, o para hospitales, carreteras y hoteles, pagar a Hacienda está muy bien, o lo que sea contribución..., si eso está bien planificado. Claro, yo he estado en Dinamarca y la gente paga muchísimo a Hacienda, pero se ve en la realidad, aquí *nastis*.

5. Otra diferencia importante es el *poder disfrutar de los modelos o tratamientos más avanzados*, aunque sean caros, gracias al apoyo familiar. Son conocedores, con precisión, de las últimas innovaciones científicas, gracias a un estado de opinión e información correspondiente a su *status*:

... Lo que mola para salir es la clonidina y la naltrexona. Son un par de corazas, cojonudas, una para el mono y la otra para las tentaciones. Te evitan follones con casa y te permiten «desconectar» de rollos, y entonces ya es como mucho más fácil todo, ¿no?

6. Cuando se ven en la necesidad de contactar con el *mundo marginal* para satisfacer sus demandas, *no sólo lo rechazan sino que «no entienden»* cómo han podido asimilar otra subcultura con tanta facilidad. Su sociedad, aunque bajo el consumo, *tiene* que ser distinta a la del consumidor marginal:

Luego, pues no sé, se dan situaciones como muy ...; yo por lo menos he pasado por situaciones como muy sórdidas, como muy absurdas, como por ejemplo lo típico: que estás fatal, que pillas, que te metes en un bar, que te pones, y de repente, te sacas la aguja, miras a tu alrededor y ves que estás en un cuarto de baño mierda, todo lleno de mierda y gente mierda, que huele mal y dices: «¡Qué cojones hago aquí!», ¿no? Yo se lo cuento a mi madre y entonces, pues una camisa de fuerza ¡seguro!

*El rechazo* con el casi único punto de contacto marginal sigue siendo otro identificador del *status*. Buscan y encuentran camellos en «su zona», «su caballo», «a su precio». Marginan y se quieren distanciar del consumidor de otra clase social. Cuando salen de vacaciones prefieren pasar más monos que correr riesgos de tipo físico.

Yo vivo en la Avda. de América, ¿no? Es un sitio de lo más tranquilo y pillaba en Velázquez, subía al 2º piso y allí me lo ponía tranquilamente. Si tengo que cruzar a Valverde o la Ballesta, es donde hay peor, peor y más cutre; y no digamos Entrevías, es que es para olvidarte, tío.

En agosto me iba de veraneo a San Sebastián o La Coruña y allí, porque no me quedan más narices, me corría más de un mono, por estar con gentuza. Incluso llegaba a desintoxicarme, pero nada; llegaba a Madrid y antes de llegar a la carretera ya estaba quedando por teléfono, para quedar y pillar.

En contacto con otros consumidores en una CT rechazan al grupo y no establecen la necesaria demanda de ayuda. Rechazan incluso los servicios que la Administración pueda hacer:

...Cuando estaba en la granja decían: «Porque aquí sois todos iguales.» Yo siempre decía: «¡Un cojón! Yo no soy igual a éstos para nada.» Además, ésa fue mi guerra durante tres meses. Si tú fueras el Estado, ¿qué te diría yo que necesito? Yo no necesito nada. Para mí es una cosa individual, ¿entiendes?.

Hablamos y no nos entendíamos. Decían que yo era el «estudio» y no me salía decir «¡chungo!» y cosas así. *No quería ser un carcelario.*

7. *La imagen que dan otros consumidores*, que pueden alardear incluso de su consumo y las cantidades que han tomado, porque esas haza-

ñas son reconocidas y valoradas en su grupo, son rechazadas por el grupo de consumidores de clase alta. Lo esconden, se avergüenzan:

*Yo estoy en mi clase y...* Vamos, es lo último que se pueden imaginar de mí. En ese sentido, tampoco los *yonkis* van con un cartel que se vea a dos kilómetros... Hasta podemos ser *yonkis* y ser empollona, ¿no? Vamos, no sé.

8. En aquellos casos en que se ve cerca el final del tratamiento, *una nueva angustia* puede substituir a otra: ¿será capaz la familia de perdonar y olvidar el pasado del consumidor? Además, le aterra no poder protestar, aunque tenga razón, porque le reprochan su pasado:

... Yo incluso he llegado a decir a mi padre que en mi casa no estaré como uno de mis hermanos nunca, y eso es evidente, y eso lo llevas dentro. Lo que para cualquiera le aceptan que salte, tú te tienes que contener.

Un dilema permanente para las familias o personas que disponen de suficientes recursos económicos es *si deben o no ayudar al consumidor en las recaídas*. Las posturas se radicalizan en muchas de ellas:

En mi casa se llegó a la determinación de que a mí me hacían pruebas de orina para ver si me ponía o no, eso sin saber yo qué día ni cómo. Entonces, a lo mejor, yo me ponía, me hacían la prueba, y entonces me ponían en la calle tal y como estuviera vestido en ese momento.

La condición para volver al hogar era otro análisis de orina que fuera negativo. Mientras, el consumidor deambulaba entre amigos, apartamentos y viajes y «descansaba» de la presión familiar a la que estaba sometido.

La exigencia académica (normalmente), laboral, social y familiar exige una perfecta planificación y organización al consumidor para poder atender a sus obligaciones. Cuando el aumento de consumo exigía salidas permanentes, esta estructura se debilitaba y aparecía el conflicto en la familia:

... Antes de ir a clase, como estaba fatal, tenía que ir a pillar; entonces, me iba a la Facultad. Si no podía antes, esperaba a llegar a casa a comer y ponérmelo. Tenía que volver a salir, estudio, vuelta a salir. Y eso no es ir al estanco, podías tardar media hora o tres horas.

Cuando coincidían exámenes y laboratorio, la planificación era infernal. Y a veces no llegaba. Todo va quedando atrás. No ves lo que viene encima, y tiras la toalla.

9. *La percepción que tienen los sujetos* está distorsionada por el consumo y por los medios y recursos de que dispone en su familia:

... Cuando en casa se empezaron a dar cuenta, yo estaba en las nubes, porque estaba tan metido en la historia que veía normal pedir todos los días 2.000 pelas. Ahora lo piensas y dices: «Dios mío, ¿cómo podían tragar eso!»

*La percepción de los padres* también estaba alterada, al no saber valorar «sistemáticamente», y por períodos de varios años, las demandas constantes que el heroinómano hacía diariamente, encubierto en burdas mentiras:

Mi casa la he desvalijado; si no había dinero, había cubertería de plata, si no había libros, si no la historia más tonta... Daba igual: te lo daban o no se daban cuenta.

10. *La violencia física* es otra característica en la que existe cierta coincidencia: es rechazada frontalmente, incluso no es utilizada para proporcionarse el dinero de una urgencia:

... Yo en mi vida he atacado a nadie por la calle, ni he tirado de un bolso a una vieja, con lo fácil que es, o sea en mi vida; y cosas de ese estilo nada.

Esa violencia física se transformaba en violencia social en aquellos períodos de máximo consumo cuando se producían conflictos con la autoridad o el poder. Reconoce uno de los entrevistados que podía llegar a ser incluso «paranoide»:

Cuando eres toxicómano la relación con la autoridad, con el poder, es muy conflictiva, e incluso paranoica. Vamos, yo había épocas que veía a un guardia civil y, vamos, me imagino que sentía lo mismo que sienten los de la ETA, o algo así; ellos y yo teníamos los mismos enemigos.

## Consideraciones generales

El análisis motivacional aquí realizado con los textos más valiosos de las entrevistas, creemos que confirma en buena medida el enfoque adoptado, en el sentido de que la experiencia del consumo y recuperación de los drogodependientes no sólo es una experiencia cultural y juvenil, que sin duda lo es, sino que también es una profunda experiencia social capaz de diferenciar a los sujetos en función de su ubicación social históricamente vivida. Si el joven marginal se ve segregado e impotente para integrarse en una sociedad que, *de facto*, le excluye, el drogodependiente de clase alta tiene conciencia de que su problema es individual y sólo individual: el problema social lo tienen «otros» con los que no tiene nada que ver. Mientras el joven de clase obrera industrial no acaba de explicar el porqué del consumo y sí tiene claro su proceso normativo de integración, aunque mediatizado por las oportunidades concretas de empleo y de vida en general, el de clase media lo vive como el de clase alta de forma individual, pero con cierta preocupación por el problema social. Son los de clase media-baja los que se definen como consumidores, a partir de contextos familiares represivos y fuertemente controladores de las vías de promoción social de aquéllos, cuando las oportunidades son limitadas.

Así, las drogodependencias se viven y articulan sus salidas de forma socialmente diferente. Son una réplica a los estereotipos sociales y también una realidad a tener en cuenta en las políticas de intervención.

### 9.3. Sobre prácticas e ideologías grupales

---

El recorrido anterior a través de una serie de discursos individuales sobre procesos de consumo, recuperación e integración ha pretendido enriquecer los análisis precedentes destacando las imágenes e ideologías sobre los condicionantes que actúan en dichos procesos.

El Cuadro 25 pretende ser una muy esquemática síntesis de dichos discursos, en los que se ha reflejado un conjunto de variables de identificación tal como se expresan grupalmente.

Las drogodependencias recorren las diferentes clases y grupos sociales y ello conlleva el que existan tanto elementos de diferenciación como de aproximación o relativa semejanza, manifestándose los primeros de forma preferente en el terreno de los condicionantes sociales y los segundos en el de las coincidencias generacionales.

#### Elementos de coincidencia

Centrándonos en el campo de los elementos de coincidencia, los discursos y las prácticas sociales destacan de forma particular los siguientes:

1. En primer lugar, lo que no deja de ser un lugar común, las diferencias de edad en el inicio a los primeros consumos no son importantes, y se sitúan en el paso de la adolescencia a la juventud. *El factor generacional tiende a uniformar culturalmente las experiencias de consumo* bajo formas de iniciación y ritos que recorren las diferencias sociales de lado a lado. Los llamados hijos de la sociedad de consumo comparten pautas culturales comunes y formas de vida que tienden a la horizontalidad o igualitarismo aparente.

2. También son un común denominador en los sujetos *los desajustes familiares*, si bien su sustrato material varía de grupo a grupo, así como la vivencia de los mismos. Los contextos familiares no son la causa de las drogodependencias, ello sería una sobresimplificación sin duda, pero su importancia psicosocial es tal que actúan como precipitados bajo un cúmulo de circunstancias sociales y culturales, del mismo modo que son cruciales en los procesos de recuperación de los individuos en los que,

## CUADRO 25

## VARIABLES DE IDENTIFICACION/DIFERENCIACION EN PROCESOS SOCIALES DE RECUPERACION/INTEGRACION

| VARIABLES CLASE SOCIAL    | Edad primeros consumos                               | Motivos proceso de adicción   | Contexto familiar  | Contexto social vivido  | Experiencia tratamiento                                      | Percepción subjetiva recuperación                 | Formas reales de vida  | Problemas de recurrencia                             | Ideologías de integración     |
|---------------------------|--|---|--|---|--|---|--|--|-------------------------------|
| Grupo de CLASE MARGINAL   | Jóvenes disociales. Intensa precocidad (10-12 años). | Fracaso proceso de socialización. Fracaso escolar (laboral). Familia desestructurada. | Patología sociofamiliar. Marginación.  | Supervivencia. Asociabilidad.   | Tipo ambulatorio y CTD. Tendencia al aislamiento.            | Rechazo social total. Hostilidad del entorno      | Individualismo/solidaridad grupal marginal.  | Recurrencias permanentes aceptadas con fatalismo.    | Pasivismo marginal.           |
| Grupo de CLASE OBRERA     | Inicio adolescencia/juventud (15-16 años)            | Quiebra integración sociolaboral. Crisis conciencia obrera.                           | Protección/rechazo.  | Contexto desintegrador. Cierre de oportunidades.                                    | Tipo ambulatorio y CTD. Tendencia integración muy normativa. | Imagen de delincuente. Control social duro.       | Ajuste duro al trabajo y familia/limites estructurales a integración.                | Recurrencias familiarmente rechazadas.               | Escepticismo desintegrador.   |
| Grupo de CLASE MEDIA-BAJA | Escala de juventud (13-14 años).                     | Desajustes familiares. Frustración ascenso social.                                    | Dependientes contexto familiar. Desajustes en la integración familiar.                       | Normatividad relativa. Contexto de frustración personal y social.                   | Tipo hospital y CTD. Peregrinaje institucional.              | Desajuste sin justificación. Desconfianza social. | Obsesión por reconstrucción de la vida personal/asimilación como pseudo profesional. | Entre la desprecupación y el castigo familiar.       | Promocionismo individualista. |
| Grupo de CLASE MEDIA      | Preadolescencia (12-13 años).                        | No alcanzan <i>status</i> de adolescentes. Desinterés familiar y refugio grupal.      | Contexto de rupturas familiares. Sobrecontrol.   | Tendencia a la anomia. Contexto integrador.   | Centros privados. Peregrinaje institucional.                 | Imagen de persona marginal. Incomprensión social. | Protección y salida familiar. Entre la integración y la aceptación.                  | Castigo familiar a las recaídas/tolerancia relativa. | Integracionismo familiarista. |
| Grupo de CLASE ALTA       | Preadolescencia/juventud (12-15 años).               | Imitación. Reacción a modos rígidos de convivencia.                                   | Modelo familiar autoritario conservador. Apoyos familiares versus violencia psíquica/fisica. | Fuerte identificación de <i>status</i> . Contexto de fuertes desajustes personales. | Centros privados. Rechazo utilización tratamientos grupales. | Drogodependiente enfermo.                         | Supervivencia privilegiada/escasez de proyectos.                                     | Castigo familiar a las recaídas.                     | Individualismo narcisista.    |

a menudo, estos procesos encuentran una vía de desarrollo a partir de la reconstrucción paralela de los entornos familiares. La gran mayoría de los procesos de recuperación, como hemos visto en las entrevistas, se apoyan en la familia como base de apoyo fundamental, y cuando ello no es así se constata su papel de obstáculo o de desentendimiento.

3. *Las recurrencias al consumo* son el tercer factor de coincidencia. Todos los sujetos, prácticamente, se recuperan a partir de un proceso en el que los retornos temporales al consumo forman parte del mismo y en el que el logro de la abstinencia no es más importante que el diseño de proyectos de vida no conflictivos. Siendo una experiencia comúnmente compartida, sin embargo los entornos familiares las aceptan de muy diferente modo: en el grupo de clase marginal existe una especie de fatalismo ante las recurrencias, en los de clase obrera se tiende al rechazo explícito y en el resto de los grupos el castigo familiar se combina en mayor o menor medida con formas de tolerancia.

4. Finalmente, los sujetos de los diferentes grupos comparten en diferentes gradaciones una parecida percepción sobre las imágenes de la sociedad respecto del drogodependiente: una visión claramente negativa que a menudo es compartida por los propios sujetos y que en un extremo se percibe como rechazo total y en el otro como una enfermedad, pasando por la imagen del drogodependiente-delincuente, la desconfianza social y la marginalidad. Globalmente los sujetos perciben cómo la sociedad rechaza a los drogodependientes de forma mayoritaria, siendo para una mayoría delincuentes o individuos marginales, y para una minoría, enfermos.

## Elementos diferenciales

A esas coincidencias genéricas se corresponden *diferenciaciones* importantes en lo que se refiere a los motivos del consumo, el contexto social en el que los sujetos viven, las experiencias en el tratamiento, las formas reales de vida y las ideologías sobre la integración.

1. Aunque evidentemente existen *motivos* de inicio al consumo adictivo compartidos por los sujetos de los diferentes grupos, sin embargo se dan elementos diferenciales cruciales. Así, se dice en el capítulo octavo que *el fracaso del proceso de socialización* es uno de los fundamentos sociales que favorece el consumo adictivo en la actualidad, lo cual es predicable para todos los grupos sociales, pero donde este hecho tiene una realidad cruda es en los individuos pertenecientes a la clase marginal y en los de clase obrera, aunque en éstos se añade a menudo la ruptura con el proceso tradicional de formación e inserción laboral. Por el contrario, en otros grupos los motivos del consumo adictivo se centran en *el fracaso de ascenso social, rupturas en el proceso de crecimiento personal o reacciones a contextos familiares autoritarios*. Obviamente, hablamos de tendencias sobresalientes, no de causas concretas, cuyo análisis excede con mucho las reflexiones sociológicas generales aquí vertidas.

2. Los *contextos sociales* definen los condicionantes por excelencia de los procesos de recuperación y aquí los diferenciales grupales son claros, particularmente, discurrendo desde los contextos de supervivencia y asociabilidad de los sujetos marginales, en un extremo, a la problemática de desajustes personales en los sujetos de clase alta, en el otro, pasando por el contexto de desintegración y falta de oportunidades sociales en los de clase obrera, frustración en el proceso de integración en los de clase media-baja y la tendencia a la anomia en los individuos que se inscriben en contextos sociales integradores.

3. Esos contextos condicionan en buena medida *las vías de tratamiento* elegidas y la característica básica que define a los mismos. Así tenemos que el sujeto marginal utiliza generalmente el centro ambulatorio, y también la CTD, bajo un curso recuperador que tiende frecuentemente al aislamiento respecto de un medio que se considera hostil. Por el contrario, los individuos de extracción de clase obrera tradicional, que utilizan los recursos públicos, manifiestan una tendencia integradora, a veces fuertemente normativa, bajo el influjo o presión familiar. Los restantes grupos tienden a utilizar centros privados, sobre todo los de clase alta, y el proceso recuperador tiende a convertirse en peregrinaje a través de centros asistenciales a la búsqueda de «soluciones», o tratando de superar fracasos acaecidos en el proceso de recuperación.

4. Los procesos de recuperación se diferencian en *formas reales de vida*, que los sujetos reflejan con relativa claridad y que constituyen indicadores de los límites y posibilidades de la integración social. El drogodependiente joven marginal no se topa con límites a la integración social por ser drogodependiente, sino por ser joven marginal, donde la drogodependencia refleja y agrava la posición social de dicho sujeto. De ahí su individualismo de supervivencia y su solidaridad grupal marginal, que sólo podrían ser modificados por cambios radicales en las posibilidades reales de inserción social.

El joven de clase obrera tradicional afronta su integración desde un ajuste a condiciones sociales escasamente favorecedoras, tanto en el entorno social y espacial como en el familiar, cuando, en este último caso, el paro o la reestructuración industrial han modificado las formas de vida del entorno familiar. La obsesión por la reconstrucción social de la vida personal es característica de los individuos de clase media-baja, cuya asimilación como pseudoprofesional o en actividades que no se corresponden ni con su calificación o, sobre todo, con sus aspiraciones es un modo normal de integración. Por el contrario, los individuos de clase media encuentran a menudo su salida bajo la protección del negocio y la casa familiar, caminando entre la regresión y una adaptación relativamente irreal. Finalmente, los de clase alta con fuerte identificación de *status* no suelen plantearse problemas de inserción social y tienden, en muchos casos, a una supervivencia privilegiada en actividades propias o del entorno familiar.

5. Finalmente, y en relación no directa pero sí profunda con las formas de vida, las *ideologías* básicas de los sujetos sobre la integración social se expresan como pasotismo marginalmente (jóvenes de clase obrera), promocionismo individualista (jóvenes de clase media) y como individualismo narcisista (jóvenes de clase alta). Evidentemente, se trata, insistimos de nuevo, de tendencias que traducimos en arquetipos explicativos con los que definir en sus grandes rasgos experiencias grupales diferenciales de los procesos de integración.

En síntesis, los procesos de recuperación de drogodependientes se diferencian grupalmente en función de condicionantes sociológicos, ideológicos, sociales y formas de vida, tres ámbitos que condicionan los proyectos de recuperación de los centros, hasta el punto de producirse a menudo el «corte» o diferenciación, como se señala en el próximo capítulo, entre la posibilidad de la «recuperación» de un drogodependiente (o rehabilitación) y la suma dificultad de su «reinserción» en muchos casos (o integración). En este corte intervienen los diferenciales señalados, cuya superación no es factible para muchos programas y que sólo proyectos a largo plazo y realistas pueden hacerlo parcialmente, con el concurso de múltiples esfuerzos sociales, la modificación de condicionantes estructurales y cambios en las ideologías sociales hoy segregantes.



Capítulo 10

**La reinserción social del  
drogodependiente: Entre  
la socialización y el  
desdrogamiento**

Domingo Comas Arnau  
Alfonso Ortí Benlloch

---



## 10.1. Panorámica general de la reinserción social

Hemos reunido cuatro grupos para debatir y analizar la reinserción social del drogodependiente. Los grupos representaban a profesionales (DG1), profesores (DG2), asociaciones de vecinos (DG3) y pequeños empresarios (DG4).

Al diseñar la realización de los grupos emergió una dificultad derivada del hecho de que no disponíamos de un concepto claro y operativo de *reinserción social* que fuera mínimamente compartido y entendido por los participantes. La reinserción social del drogodependiente está codificada socialmente como «el que ha dejado de ser» frente «al que ha sido», pero ambas situaciones poseen referencias sociales muy amplias, justamente las que tratábamos de analizar y describir. Por tal motivo se intentó utilizar un término con el que sintetizar aquello que queríamos que discutieran los grupos, eligiendo finalmente la expresión «recuperación del drogodependiente», en función de su poco uso y supuesta neutralidad.

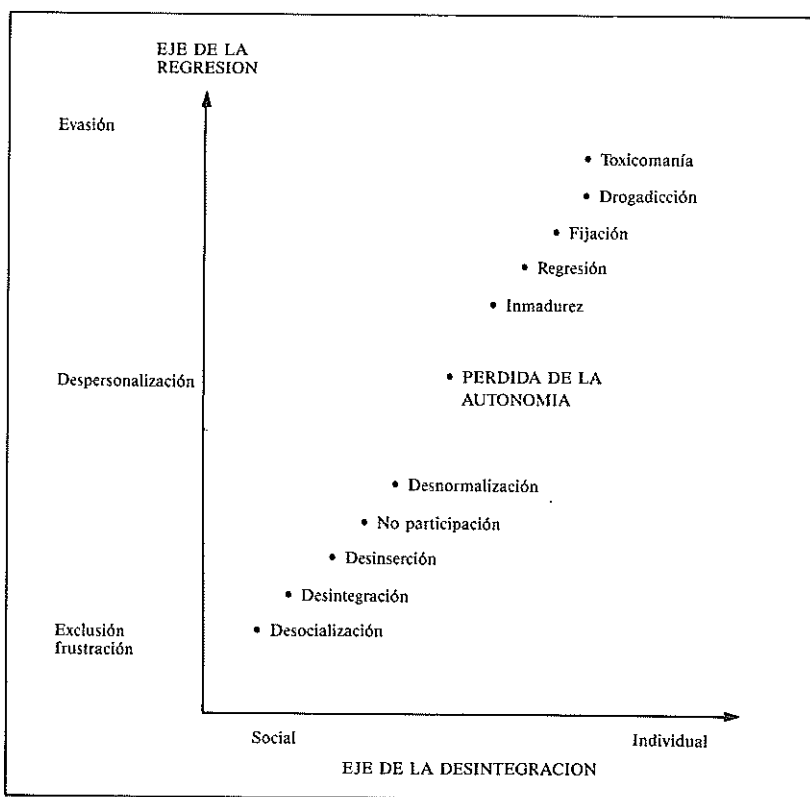
### Dificultades terminológicas

En cualquier caso, los participantes en los diferentes grupos utilizaron diversos términos, que listamos a continuación, sin que nos conste la existencia de un mínimo consenso sobre el significado de cada uno: *socialización, resocialización, incorporación, participación, integración, inserción, reinserción, normalización, autonomía, recuperación, superación, salida, desenganche, desdrogamiento*.

Seguidos o no de «social», estos términos nos permiten realizar un «constructo semántico», en un extremo del cual se encontraría «desdrogamiento», como expresión de una concepción en la que el tema se plantea en su mera relación droga/individuo, y en el otro «socialización», que expresa el carácter circunstancial de la droga en el proceso y coloca el tema en el ámbito individuo/sociedad.

La falta de consenso no sólo afecta al término utilizado, sino al sentido del mismo; es decir, las orientaciones teóricas, ideológicas y posicionales producen definiciones distintas de un mismo término. Por ejemplo,

**ESTRUCTURA SEMANTICA DEL PROCESO DE GENESIS  
DE LA DROGODEPENDENCIA DE LA DESOCIALIZACION  
A LA DROGADICCION**



el par inserción/reinserción posee distintos significados, lo que implica que su situación en relación a los dos ejes (reintegración/maduración) no es necesariamente la misma para los distintos participantes.

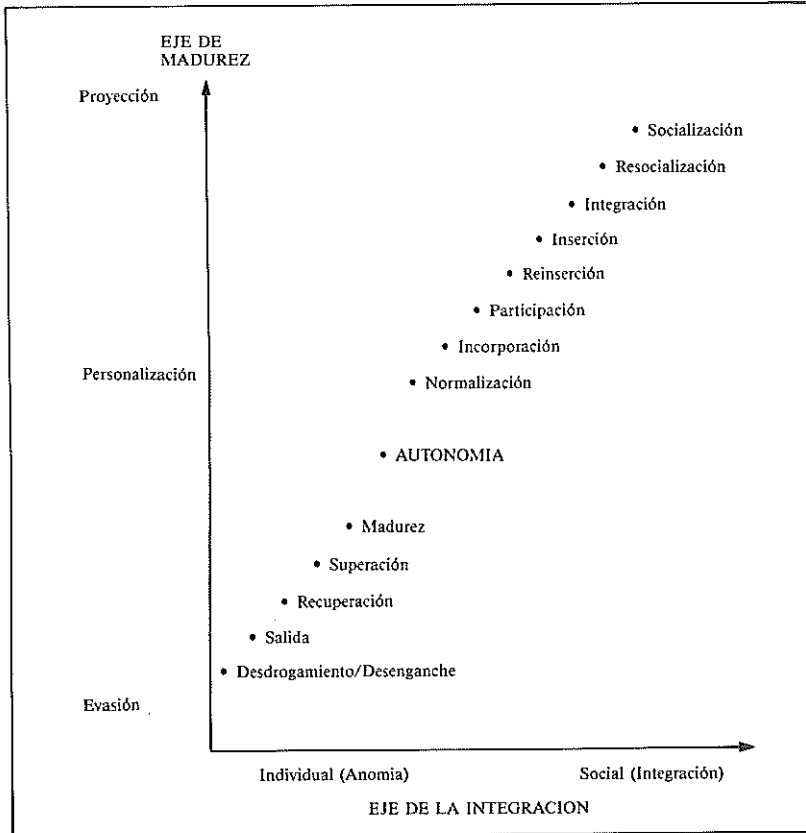
### Posicionamiento de los grupos

Pese a las dificultades semánticas encontradas, del amplio material recogido hemos realizado una selección en la que se adopta la técnica metodológica de analizar no sólo el discurso emergido de los grupos, sino también el «discurso» sobre los discursos sociales de las drogas.

Avanzando una breve síntesis de las respuestas y posiciones de cada grupo encontramos:

1. *Los profesionales* carecen de una visión clara de su propio rol a nivel de reinserción social. La tienen mejor o peor, y, en cualquier caso, teóricamente distinta del tratamiento (en el que se perciben como terapeutas que hacen cosas, aunque sean distintas cosas), pero cuando se lle-

**ESTRUCTURA SEMANTICA DEL PROCESO DE REINSENCION  
DEL DROGODEPENDIENTE DEL DESDROGAMIENTO A LA SOCIALIZACION**



ga a la reinserción social se entiende ésta como una «fase» o como el proceso global de maduración del sujeto, apareciendo una clara incapacidad para describir los objetivos, los canales y los agentes a través de los que se «produce».

Pero aun en el caso de aquellos que sobrevaloran el «eje de la reintegración» e idealizan los recursos sociales de apoyo, considerando que la maduración del sujeto depende de los mismos, son incapaces de describir o de dar una visión concreta de estas estructuras sociales de apoyo, limitándose a sugerir «inventos» de carácter muy preciso y limitado, en la esfera de «el chocolate del loro».

Por ello el eje de la respuesta se articula alrededor de un «voluntarismo condicionado»: están dispuestos a trabajar mucho, a «tener dedicación» (porque tienen conocimientos), siempre que se atiendan sus demandas de recursos sociales y corporativas, las cuales no dependen de ellos sino de la sociedad y de la Administración, lo que equivale a afirmar que

el profesional está allí pendiente de que le digan lo que es la reinserción social, le señalen objetivos, medios, caminos y agentes, y él va a realizar su tarea, no sólo correcta sino entusiastamente.

2. *Los profesores* entienden que para que un sujeto participe en el sistema educativo tiene que tener un determinado nivel de normalización; es decir, que sea posible un mínimo de sujeción, de disciplina, que posibilite la interiorización de lo que se está transmitiendo. Por tanto, la respuesta del educador se traslada a una «situación» de «postreinserción», a partir de la que la relación educador/educando vuelve a ser posible.

Esta no es una actitud explícitamente manifestada en torno al tema de «respuesta ante las demandas de reinserción social de drogodependientes», sino un elemento más del cortocircuitamiento del proceso de socialización, en el que los educadores atribuyen el fracaso, y, por tanto, las soluciones, a otras instancias. Los educadores de «educación compensatoria» se inscriben radicalmente en el discurso comunitarista y «se niegan a socializar», a «normalizar», a «domesticar». Otros educadores, desde el discurso de la modernización, plantean únicamente una mejora global del sistema educativo que expanda el umbral de asunción de «casos problemáticos», reservando siempre para los casos «muy problemáticos», entre los que se encuentran los drogodependientes, a profesionales específicos situados fuera del sistema educativo.

3. *Las asociaciones* representaban el tejido social, participativo y real existente actualmente. Un tipo de demanda muy recalcada por los otros grupos, para los que «lo sociocomunitario» es fundamental.

Las asociaciones, en especial las asociaciones de vecinos, se perciben especialmente como instrumentos de «defensa de los barrios», por lo que el drogodependiente ocupa más el espacio del «enemigo» que el de «miembro». «Tener un barrio limpio, ordenado y seguro» es una reivindicación incompatible con la drogodependencia (y su correlato, la delincuencia). La «causa de las drogas» no es para ellos una «causa a resolver», como pudo ser la «causa urbanística» en el discurso tradicional progresista, sino una agresión de la que hay que defenderse.

En este sentido, creen que los drogodependientes —y sus familiares— deben organizarse por su cuenta, «agrupar a las madres de drogadictos», y resolverse los problemas por sí mismos, y, si en este proceso no aparecen incompatibilidades con los fines de las propias asociaciones, es posible pensar en ofrecerles algún apoyo circunstancial y secundario: «les dejamos el local [para alguna reunión]».

4. *El grupo de empresarios* (PYME) responde a una demanda que todo el mundo, incluidos los propios empresarios, considera esencial: la demanda de posibilidades laborales para los drogodependientes en proceso de reinserción social, aun cuando la respuesta se produce en dos formas muy distintas.

Por una parte, un grupo de empresarios, adscritos al discurso tradicional conservador, apoyándose en la noción de irrecuperabilidad, no es-

tá dispuesto a aceptar a drogodependientes reinsertados en sus/las empresas y considera que para ellos lo más adecuado son «las multinacionales» o las «grandes empresas estatales», donde «se nota menos un tarado», aunque esto signifique que «lo paguemos entre todos con nuestros impuestos».

En cambio, otro grupo de empresarios, que estaría inscrito en el discurso de la modernización, parece que está dispuesto a aceptar a drogodependientes porque éstos son perfectamente «recuperables», aunque manejan una seria desconfianza ante el hecho de integrarlos en sus propias empresas y piden una serie de condiciones que les «protejan» de la actual normativa laboral:

- Que se subvencione la Seguridad Social al 100%.
- Que los contratos sean temporales (despido en cualquier momento sin indemnización).
- Que la Administración facilite servicios psicotécnicos gratuitos para las PYME.

Con tales condiciones se llega a afirmar, incluso, que las «pequeñas empresas» son las más adecuadas para la reinsertión social del drogodependiente, ya que es donde está más controlado, aunque no deben ser empresas demasiado pequeñas, porque son sujetos con poca habilidad profesional y falta de responsabilidad, por lo que hay que encargarles trabajos, como «en un almacén llevando cajas», para los que sí valen. También son admisibles en ciertas empresas de servicios, en las que toda o la mayor parte de la actividad no implica ni responsabilización ni especialización.

## 10.2. Génesis de las drogodependencias y discursos sociales

---

Indudablemente, *la sociogénesis de la drogodependencia se explica esencialmente a partir de causas sociales globales*. Una serie de fuerzas estructurantes del sistema, como por ejemplo la transición del modelo productivo al consumista y los cambios socioculturales desarrollados al amparo de dicha transformación social, están en la base del actual fenómeno de las drogodependencias.

Son causas determinantes, relativamente conocidas por los especialistas, que, como consecuencia de su propio rol estructurante, poseen dos importantes características: en apariencia *no son controlables por los agentes sociales*, y, aunque no determinan los casos individuales y concretos, *permiten su explicación, su entendimiento y su codificación*.

Este punto de vista goza de un total consenso en nuestros grupos, un consenso total, paradigmático, radical..., y sospechoso. El consumo de drogas, las drogodependencias y la reinserción social se relacionan siempre en los grupos con «causas» sociales, no sólo facilitadoras y dificultadoras, sino *determinantes*. En este sentido, las discusiones de los grupos parecen enmarcarse en una referencia «sociologizante», cuya incidencia merece nuestra atención, con independencia de lo certeras que puedan ser algunas de las apreciaciones manejadas.

En un primer momento, las condiciones sociales sirven para explicar la sociogénesis de las drogodependencias: proceden de una sociedad dual y reproducen una sociedad dual, por ejemplo. Pero en un siguiente y más intenso momento, es en las condiciones sociales donde se encuadran las dificultades y posibilidades de la reinserción social.

Podría entonces parecer que un análisis de las diferentes «explicaciones sociológicas» que aparecen en los discursos de los grupos nos posibilitaría directamente una visión completa de las características de los mismos, pero ocurre que por «condiciones sociales» los participantes no sólo entienden cosas distintas, en función de los discursos socio/ideológicos y el posicionamiento social de cada cual, sino que la sobredeterminación de las «condiciones sociales» va a servir para enmascarar la falta de un discurso sólido, consolidado y/o estable sobre la reinserción social, así como la posibilidad de ofrecer cada testigo social respuestas muy limitadas a las demandas de los demás; es decir, a no asumir las propias res-



ponsabilidades. Lo que implica que la condición social será objeto de manipulación por cada uno de los participantes, porque *es un instrumento del discurso y no una referencia a la realidad*.

En cualquier caso, la dinámica *condiciones sociales/evitación de responsabilidades* enmarca el discurso social sobre las drogodependencias y la reinserción social de los ex drogodependientes y refleja el predominio social de un cierto discurso «segregacionista» y sus efectos: escepticismo, rechazo, demandas sociales inviables...

## El rol de los discursos sociales

Pero la imagen de estas condiciones sociales determinantes no es la misma para todos los grupos, ni para los subgrupos que aparecen en los mismos. Una serie de factores corporativos e institucionales configuran las actitudes en torno al drogodependiente en cada grupo, pero tales factores sólo cobran sentido en el marco del discurso ideológico global, que adscribe a cada participante en un «punto de vista» a partir del que define cuáles son las «causas sociales» y, por lo tanto, en qué consiste la drogodependencia y la reinserción social.

Por tanto, el análisis debe realizarse desde tales discursos, que articulan las actitudes de los diferentes subgrupos, lo cual nos obliga a una somera descripción de los mismos, a partir de la que reconstruiremos el resto del análisis.

Tales discursos globales aparecen en nuestros grupos, en especial en el de profesores, aun cuando para realizar la descripción de este apartado hemos utilizado como fuente los resultados de otros análisis realizados por diversos autores. En concreto han sido utilizados *Estudio sobre la juventud rural*, de Juan Jesús González, Angel de Lucas y Alfonso Ortí, y *Estereotipos sociales ante la victimización, el delito y el delincuente juvenil*, de Josune Aguinaga y Domingo Comas.

## Los discursos tradicionales

Los discursos sociales tradicionales se nos aparecen como consolidados y aparentemente traducidos en términos políticos izquierda/derecha, y siguen siendo un referente semántico básico para los ciudadanos que los han asumido, aun en su lenguaje cotidiano («facha» frente a «progre»/«insensato» frente a «sensato»). Tales discursos se articulan a partir de un modelo de sociedad dual represiva/reivindicativa, en la que, además, en España, faltaban las libertades democráticas básicas.

El discurso políticamente hegemónico hasta la década de los setenta es el *discurso conservador*, caracterizado por su actitud represiva, unidimensionalidad (valores únicos y permanentes), el recurso al mito de la solidaridad frente a las desigualdades y los problemas sociales reales (so-

lidaridad de clases), lo que conducía a que tales problemas se «resolvieran» mediante una estructura jerarquizada de instituciones sociales especializadas de apoyo a los sujetos con problemas, instituciones que creaban un espacio restringido y bien delimitado para los mismos y en el que aparecían garantizados unos mínimos materiales, siempre que el sujeto permaneciera vinculado a la institución y a sus reglamentos, es decir *una segregación crónica y ordenada*.

Frente al discurso conservador, aparecía un *discurso progresista*, quizá socialmente hegemónico en los momentos anteriores a la transición democrática, y articulado alrededor de las reivindicaciones surgidas de «la conciencia de clase obrera» y sus organizaciones políticas, que planteaba un cambio radical del modelo de sociedad, en el que se resolverían las desigualdades y los problemas sociales reales. Mientras, reivindicaba mejoras en las condiciones de vida de los grupos proletarios (es decir las familias de los trabajadores-productores), entendiendo que las situaciones de marginación exteriores a tales grupos eran una consecuencia de tal modelo de sociedad, que se resolverían por el cambio de modelo. En este sentido, las reivindicaciones de los grupos no proletarios eran esencialmente movilizaciones en el camino del cambio político y el modelo de sociedad.

Ambos discursos entraron en crisis coincidiendo con la transición política, lo que quizá aceleró los acontecimientos en la misma y sobre todo los convirtió en irreversibles, haciendo que el modelo de sociedad represivo/reivindicativo fuera quedando obsoleto.

La apertura política de la transición provocó un cambio radical de referencias normativas, una nueva tolerancia social en muchos temas que hasta entonces habían estado sometidos a la dictadura de la unidimensionalidad normativa, lo que provocó la quiebra del discurso conservador y la pérdida de posiciones sociales, a la vez que la hegemonía política.

Por otro lado, el cambio de modelo socioeconómico y de relaciones de producción produjo una notable pérdida de potencial de la conciencia obrera, cuya unidimensionalidad también se vio afectada por la nueva tolerancia social, que no podía admitir una contranorma única y jerárquicamente articulada.

Hay que mencionar también el importante papel que jugaron en la década de los setenta *las ideologías contraculturales y el utopismo social*, que fueron los vehículos ideológicos que mediatizaron la transición entre tales discursos tradicionales y los nuevos discursos, al recrear como posibles, y hasta positivos, una serie de referentes, acciones, conductas, imágenes, símbolos, etc., hasta entonces cuanto menos «innombrables».

Finalmente, una diferencia significativa entre los discursos tradicionales y los nuevos, y que se refleja claramente en nuestros propios grupos (en los que muchos participantes estaban claramente posicionados en el eje «tradicional» derecha/izquierda), reside en la pérdida de referente de /clase social/, sustituido por el de /sistema/social/global/ en el análisis

de las relaciones sociales /multidesigualdades/multigrupales/, que sigue considerándose determinante en la descripción del proceso de uso de drogas, drogodependencias y reinserción social de los drogodependientes.

Así, a pesar de que ambos discursos parecen explicitar el panorama sociopolítico y las referencias normativas de los españoles, lo cierto es que son otros los discursos que subyacen en la toma de actitudes de los ciudadanos y que, incluso, tras un elemento tan aparentemente objetivo como el voto electoral, los discursos motivadores son otros, no existiendo una línea que relacione directamente los nuevos discursos con los tradicionales, a pesar de las reclamaciones y reivindicaciones en este sentido.

Hay que señalar también que, si bien en forma marginal, los discursos tradicionales siguen conservando una cierta audiencia, quizás en gran medida por el rol de referencia político-formal que siguen desempeñando, y que hoy por hoy resulta insustituible.

### Los nuevos discursos

El de la *modernización* es un discurso unidimensional en lo macro y pluridimensional en lo micro, democrático, profesionalista (y en este sentido corporativista e intervencionista), que apela a la igualdad de oportunidades frente a la inevitable desigualdad (el mito es el de la insolidaridad de base entre clases, grupos e individuos) y que propone la segregación del sujeto que tras un cierto umbral de ofertas se niega a integrarse y reivindica la capacitación de cada cual a la hora de resolver sus problemas (y en este sentido es neoliberal).

*La génesis de la drogodependencia y la reinserción social de los drogodependientes son consideradas situaciones básicamente individuales, producidas por desajustes en el sistema global, y deben ser resueltas mediante los recursos del propio sistema con mayor o menor intervención pública según se sitúe más a la izquierda o derecha en el discurso sociopolítico subyacente. En concreto se plantea así la reinserción social como un reto individual para el que ofrece una serie de oportunidades para y por el individuo.*

En este sentido plantea un marco sociocultural único, condicionado por las variables del sistema (económicas, políticas, medios de comunicación y niveles garantizados de supervivencia y participación): «Las posibilidades reales, hoy en día, son inmensas, sin embargo las estructuras sociales que deberían hacerlas posibles las interceptan» (DG3).

En el ámbito de la segregación, admite la autoorganización de los colectivos, siempre y cuando los objetivos de los mismos no entren en contradicción con la funcionalidad última del sistema (Estado del Bienestar social y neoliberalismo económico).

El discurso de la modernización es social y políticamente hegemónico, a pesar, y curiosamente, de que su presencia en temas que tengan que ver con drogas, en los medios de comunicación, resulte insignificante.

El *discurso comunitarista*, o sociocomunitarista, es en cambio pluri-dimensional en lo macro y unidimensional en lo micro, democrático, participativo (el corporativismo obedece a la identidad ideológica) y apela a la necesidad de reequilibrar las desigualdades sociales mediante la distribución diferencial de los recursos en beneficio de los que tienen más problemas, retomando el *mito de la solidaridad*, pero planteado aquí como exigencia (y en este sentido es intervencionista).

*La génesis de la drogodependencia y la reinserción social de los drogodependientes son consideradas situaciones globales, producidas por un sistema social corrupto y corruptor* —«¿Qué les vas a ofrecer?, ¿una sociedad magnífica que sólo existe en la cabeza de los voluntaristas?» (DG1)—, contra el que se reclama una vuelta a las «comunidades de base» (en la línea de las propuestas del socialismo utópico, pero también del más cerrado dogmatismo), rechazándose la intervención burocratizada del Estado, aunque reclama del mismo todas las ayudas necesarias. En concreto, se plantea así la reinserción social como un reto grupal (de la familia a la comunidad de base) para la que *solicita* la mediación y la *participación comunitaria*: «Lo tiene que construir la sociedad» (DG1).

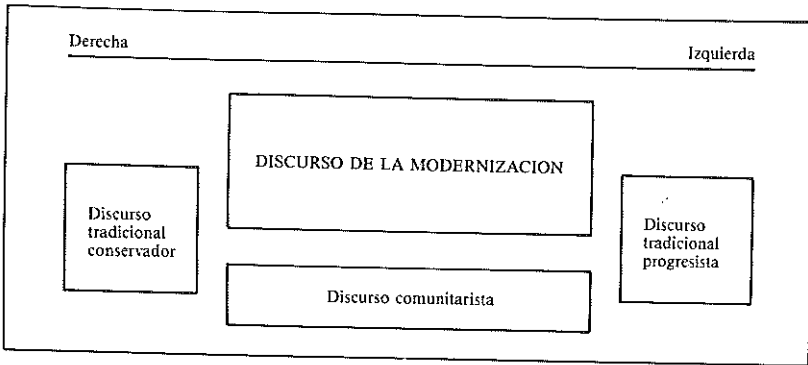
Sin embargo su intervencionismo queda matizado por su desconfianza hacia las instituciones (y en este sentido es socialmente neoliberal), aunque no admite la desaparición de las instituciones del Estado del Bienestar, sino su transformación en el contexto del «respeto a las minorías y a las subculturas», por las que mantiene una especie de «simpatía marcusiana» y a partir de las que adopta un punto de vista también segregacionista, pero que en este caso implica una fórmula de autodefensa de las mismas. El grupo subcultural se percibe como una totalidad sin fisuras: «Se recupere la cultura de barrio» (DG3).

Este discurso es socialmente minoritario y políticamente inexistente, sin embargo está en ascenso entre aquellos grupos sociales que adoptan una actitud participativa en el nuevo tejido social.

Frente a las problemáticas sociales, el discurso de la modernización plantea la racionalización de los recursos —«El recurso intermedio podría ser un factor de estabilidad que le ayudaría» (DG1)— y el comunitarista la defensa de un grupo singular —«Son unos valores tan nefandos [los de la sociedad], mientras no vayamos a unos valores auténticos [...] pues en tu barrio, una sociedad auténtica» (DG3)— y la exigencia de mayores recursos para el mismo, entendiendo que la planificación es un instrumento para la discriminación, en el sentido que no resuelve las desigualdades: «Tú estás diciendo multipliquemos las instituciones sociales y controlaremos la sociedad» (DG1).

En este sentido niega al Estado, pero exige del Estado, frente al discurso de la modernización que considera al Estado como instrumento final de evaluación de las demandas sociales, aunque «tampoco podemos pedir a la Administración que resuelva la problemática social» (DG1).

**ESQUEMA AUTOPOSICIONAL ACTUAL DE LOS DIFERENTES DISCURSOS SOCIALES**



### 10.3. La imagen social del drogodependiente

---

Hemos señalado anteriormente que los discursos sociales condicionan las visiones sobre la drogodependencia (tanto a nivel de sociogénesis como de desarrollo o salida), pero los subgrupos que aparecen en nuestros grupos vienen condicionados, además, por otros factores, entre los que señalaremos:

1. El *primer factor* importante reside en si el ámbito desde donde habla el sujeto es *público o privado*. En el caso de los grupos de empresarios y asociaciones se habla sólo desde lo privado y en el de los enseñantes desde lo público, por lo que no se crean contrastes dentro de cada grupo a este nivel. Sin embargo, en el grupo de profesionales aparecen sujetos que pertenecen al ámbito de lo público y sujetos que pertenecen al ámbito de lo privado, lo que nos va a permitir un análisis diferencial de los discursos de los dos ámbitos, que luego aplicaremos a las opiniones de los grupos integrales.

2. El *segundo factor* reside en el carácter de la *institución* desde la que se manifiesta cada sujeto. Las instituciones públicas condicionan diferentes opiniones, según se esté en la Administración Local, Autonómica o Central, o según se pertenezca a una institución educativa, sanitaria, de servicios sociales, etc. Las instituciones privadas condicionan diferentes opiniones según sean laicas, religiosas, productivas, participativas, curativas, etc.

3. El *tercer factor* tiene que ver con la pertenencia o no a una corporación profesional (en el sentido académico del término), ya que la categoría psicólogo, médico, sociólogo, asistente social, psiquiatra, maestro, pedagogo, animador, etc., condicionan la adopción de distintas actitudes corporativas, o al menos de un lenguaje autoidentificador que produce distinciones simbólicas y semánticas entre los diferentes grupos.

En nuestros grupos estas distinciones, aun siendo evidentes, no son completas, ya que el único grupo multiprofesional fue el de profesionales y en el mismo no estuvieron representadas todas las titulaciones académicas afectadas por este tema.

4. El *cuarto factor* tiene que ver con la orientación teórica explícita que mantienen muchos sujetos en el desarrollo de su labor profesional,

tema que adquirió singular importancia en las reuniones de profesionales y enseñantes, en las que el contraste psicoanalítico/sociocomunitario y el activo/instructivo, respectivamente, condicionaron esencialmente el desarrollo de las discusiones.

5. En este contexto, una identidad singular establece un *quinto factor* significativo (*el profesional de las drogodependencias*), en cuanto que es «alguien» que asume un rol que le proporciona un *status* especial en relación a otros ciudadanos, *con independencia de su titulación, orientación e institución de pertenencia*. El contacto profesional con drogodependientes, sea directo, asistencial o institucional, pero fundamental en esta actividad, produce una *impronta* que diferencia a estos ciudadanos de otros, en base a su supuesto mayor nivel de información: «He estado trabajando [...] con toxicómanos», «En mi trabajo [...] en su mayoría drogodependientes y toxicómanos», «Es una de las zonas más conflictivas y con mayor nivel de toxicomanía», «He trabajado en un centro de toxicómanos» (DG1).

Los grupos de profesionales y asociaciones escenificaron perfectamente esta duplicidad. En el primer caso, siete «especialistas en drogas» colocaron a una profesional que trabajaba en un servicio inespecífico de reinserción social, con muy leve presencia de drogodependientes o una no consideración de tal condición, en una relación claramente asimétrica —«Yo veo que aquí estoy más para escuchar que para otra cosa, porque yo directamente no trato a toxicómanos [...], tenemos 70 chavales muy problemáticos, pero no toxicómanos, alguno a lo mejor, hay tres o seis, pero no directamente» (DG1)—, aunque una de sus reivindicaciones esenciales consista precisamente en *la demanda de servicios inespecíficos en los que el drogodependiente no sea considerado como tal*: «No tanto planes específicos para poblaciones especiales» (DG1).

En el segundo caso, un participante que ha estado en los últimos años con drogodependientes —«Yo he vivido desde el año 1971-72 el mundo de la droga en...» (DG3)— dispensa una serie de «informaciones» tan válidas como las opiniones de los otros miembros del grupo, pero que centralizan la discusión porque se le reconoce un mayor nivel de conocimientos.

Estos cinco factores establecen un marco de variables que, en el contexto de la adopción de alguno de los discursos sociales globales por el participante, conforman los diferentes subgrupos y sus explicaciones sobre la drogodependencia, explicación que se sitúa por tanto entre lo ideológico y lo objetivo-posicional, permitiendo, además, la cristalización de opiniones compartidas.

Tales opiniones estarán también en la base de la concepción de las posibilidades de reinserción del drogodependiente y en las opciones (como por ejemplo normalización/singularización) que se tomen y expectativas (positivas/negativas) que se tengan.

## Una imagen dual de la sociedad

Cualquier sociedad distingue entre lo puro/lo impuro, lo normal/lo patológico, lo aceptable/lo rechazable..., y sin duda nuestros grupos mejoraron sin excepciones una visión dual de nuestra sociedad a partir del factor «droga», que establecía una separación clara entre ambas categorías: los que estaban «en o con la droga», frente a los que no.

Para la mayoría de los participantes, más o menos identificados con el discurso hegemónico de la modernización, esta dualidad se expresa nítidamente e incluso determina el propio concepto de reinserción social.

Para la minoría comunitarista, tal duplicidad aparece más relativizada, pero se reproduce a partir del rol atribuido a «las condiciones sociales objetivas», que establecen una distribución espacial clara, sin reivindicar su superación, sino la autonomía de cada subgrupo social.

Sin entrar a analizar tal dualidad, debemos señalar que apareció claramente en todas las reuniones con pares como: mi barrio/esos barrios, escuela/familia, zona industrial/barrio, taller/calle, integrados/marginados... —«Uno de los problemas es la familia en *estos barrios*» (DG3)—, y que tales pares siempre se articulaban en la dicotomía nosotros/los otros, por ejemplo «*estos barrios*» son siempre los barrios «más bajos» que aquellos en los que se sitúa el hablante. Si se trata de clase media serán los barrios proletarios y si se es proletario, los barrios con subproletariado y marginados.

Otro ejemplo podría estar en los pequeños empresarios, que realizan una división simbólica y mítica entre *el mundo laboral* (que debe ser un mundo puro e incontaminado: «limpio») y *el mundo de la droga*, mundo absolutamente corrompido que tiende a contaminar, a «envenenar a los demás» (DG4). El primero se sitúa en los polígonos industriales y en los lugares donde «la gente está trabajando», y el segundo, de nuevo en «esos barrios».

El resultado es que existen dos mundos antagónicos y excluyentes, a través de los que el drogodependiente deberá realizar una transición (discurso de la modernización), o deberá crear o recrear una subcultura específica en su propio mundo (discurso comunitarista). En ambos casos, las drogas «por sí mismas» establecen una duplicidad de mundos.

## El fracaso de la socialización

La imagen dual de la sociedad, necesaria para establecer el criterio de normalización, paradójicamente produce un resultado inesperado: todos los grupos están de acuerdo en que si la sociedad es dual lo es porque ha fracasado el proceso de socialización que conduce a una idealizada sociedad integrada.



«La sociedad urbana está destrozando a las personas y nos está destrozando en cuanto no nos integra, no nos crea códigos de identidad» (DG2). Como cada discurso social y cada subgrupo entiende por normalidad e integración cosas distintas, plantea diferentes causas y diferentes modelos de fracaso de la socialización, pero en conjunto todos ellos están de acuerdo en que el proceso se está produciendo —«La sociedad española ya está enferma» (DG2)— y tiene graves consecuencias, una de las cuales es la drogodependencia.

Aparece así un *discurso de la inmadurez institucionalizada*, que se aplica a los «jóvenes de la clase productiva», por cuanto se atribuye a éstos no sólo un mayor nivel de fracaso socializador, sino también unas consecuencias más graves, ya que «sin trabajadores el sistema no se va a reproducir».

El cortocircuito actual en el proceso de socialización de los jóvenes «procedentes» de la clase trabajadora, partiendo de nuestros grupos, tendría cuatro «momentos» esenciales:

a) Desaparición de la sujeción y disciplinamiento del aprendizaje tradicional desde los 14 años en un puesto de trabajo subordinado (DG4).

b) No educación personal sino simple transmisión de conocimientos técnicos, porque los profesores no quieren responsabilizarse del proceso de disciplinamiento juvenil: «El chaval si ya está *jorobao*, en su mayor parte a nivel familiar, porque no lo entiende su familia, va a otra institución que se llama escuela y está hasta los pies de aguantar a los maestros porque no lo entienden...» (DG2).

c) Excitación social al consumismo y sobreprotección familiar, que fuerzan a evitar el trabajo, crean expectativas de sobreconsumo y posibilitan la creación de una «subcultura específica juvenil de consumo», cuya principal representación la constituye «su música, la que a ellos les gusta... Heavy Metal o lo que ellos quieran» (DG1), produciéndose un efecto que todos juzgan como negativo: «Los chavales, hoy en día, no quieren ir de pringados» (DG1).

d) Rechazo por los adultos y obstaculización de la vida asociativa juvenil: «En la Asociación de Vecinos [...] cuando organizan un grupo juvenil [...] a los adultos les molesta que les pongan discos o que hagan tal y acaban echándolos, y eso a un nivel que se supone de gente concienciada» (DG3).

## La drogodependencia como causa y síntoma

En este contexto, el tema de las drogas adquiere una importancia fundamental (recordemos que casi todos los grupos entraron espontáneamente en el tema a partir de plantear la reinserción social de los jóvenes), sin duda porque ningún otro tema escenifica tan bien la conexión entre lo supraestructural (condiciones sociales no controlables) y lo individual (la

problemática concreta de un joven arquetipo y estereotipo). Así las propias drogas, siempre las drogas ilegales (salvo en DG1), son *causa* del fracaso del proceso de socialización y *manifestación sintomática* de este mismo proceso.

Esta doble posibilidad de enfoque del tema produce una serie de manifestaciones explícitas y espontáneas que completan la imagen de la sociogénesis del fenómeno de las drogodependencias.

La primera sería la notable intensidad emocional que (salvo DG1) produce la explicitación de la *teoría conspirativa*, por la que las drogas ilegales serían una conspiración internacional, cuyos promotores, fines, objetivos y técnicas son distintos y contrapuestos, según la orientación ideológica del hablante, aunque todos manifiestan su consenso (*si hay drogas es porque se quiere*): «Vista gorda a la introducción de la droga en España», «Responsabilidad del Gobierno», «Una forma de anular a la juventud para que se desvíe de sus verdaderos problemas», «A los gobiernos les conviene», «Es un comodín para muchos sectores» (DG3).

Pero si, al mismo tiempo, el uso de drogas ilegales es la manifestación sintomática de dicha conspiración, o del fracaso del proceso de socialización, o de una serie de condiciones sociales supraestructurales no controlables, es posible:

- a) Llegar a la raíz por el síntoma.
- b) Proponer soluciones globales que resolverían la sintomatología.

En cualquier caso, hay que indicar que, en los grupos, el análisis del fracaso del proceso de socialización se hace en los términos de los discursos tradicionales (una sociedad desigual que crea las condiciones del fracaso por parte del discurso progresista, o la destrucción deliberada de los buenos y viejos mecanismos de socialización por parte del discurso conservador). Las soluciones que se proponen a nivel de lo global, tienen que ver exclusivamente con los *nuevos discursos*, puesto que ya nadie propone ni «el camino del socialismo», ni la vuelta al pasado. En los propios grupos, el desajuste entre el nivel de código explícito (los discursos tradicionales) y el implícito (los nuevos discursos) produce sus perplejidades: «Yo soy partidaria de la legalización y control de las drogas porque evitaría problemas [...], lo que más me escandaliza [es] que gente muy de derechas esté dispuesta a eso...» (DG3).

Así, concretamente a nivel de resolver los problemas de las drogas en nuestra sociedad cada discurso plantea opciones diferentes:

- a) *Para el discurso comunitarista*, que se plantea la autonomía sub-cultural del grupo, la reivindicación principal es la *legalización de las drogas*, que debe ir acompañada de información objetiva para la toma de decisiones maduras —«Si uno se quiere matar que se mate» (DG1)—, recursos asistenciales y recursos para la reinserción social, públicos y gratuitos, pero no controlados por la Administración.

b) *Para el discurso de la modernización*, que se plantea «sacar» al sujeto del «mundo de la droga», lo importante es *manejar objetivamente los instrumentos de intervención*, dentro de objetivos medibles y evaluables de tratamiento y reinserción social, evaluación que lógicamente implica un estrecho control de las administraciones públicas. Se reivindica, además, la prevención (conseguir un ajuste socializador adecuado y objetivo) como remedio más eficaz para reducir la incidencia de consumo de drogas, aunque debemos señalar que el tema de la prevención, a nivel de discursos sociales, es tanto o más complejo que el de la «reinserción social». Se rechaza la legalización de las drogas porque «no se ataca de raíz el problema» (DG3) y «no por ponerlas gratuitas en la farmacia va a desaparecer el síntoma de malestar social» (DG1).

## 10.4. Las posibilidades del drogodependiente

---

En nuestros cuatro grupos domina claramente la idea de que la reinserción social del drogodependiente es bastante ilusoria: «Recuperar a esta gente, imposible» (DG3).

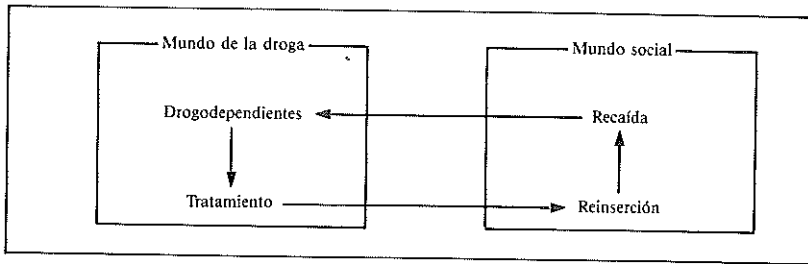
### Escepticismo y fracaso

En un primer momento, y en el único grupo donde aparece un conjunto de participantes que se sitúa en el discurso tradicional conservador, este escepticismo se deriva de la visión dual de la sociedad y de la consideración «cuasi biológica» del drogodependiente como un sujeto sometido a una contaminación irreversible, y aunque algunos consigan salir «limpios» del proceso de rehabilitación, los heroínómanos en concreto nunca llegarán a ser «normales», puesto que «la heroína afecta al cerebro» (DG4) y los heroínómanos, se llega a decir, estarán siempre «tarados», «porque el cerebro no tiene recuperación» (DG4).

Pero en un siguiente momento, *este escepticismo se generaliza*, y hasta aparece unánimemente reflejado por los usos terminológicos y los contenidos proporcionados a los mismos, presentes en todas las discusiones, que expresan una *contraposición sustancial* entre el *tratamiento*, entendido como eliminación de los supuestos determinantes psicofísicos de la dependencia (ámbito de dominio de la «enfermedad» y por tanto curable), y la *reinserción*, entendida bajo criterios muy distintos como «normalización social» (ámbito de dominio de las «condiciones sociales objetivas», difícilmente modificables): «... Lo difícil en la recuperación de la gente que se ha enganchado, como dicen en el argot suyo, no es que dejen de pincharse, sino, luego, darles un trabajo más o menos digno, un entorno en el que esta persona se sienta a gusto» (DG3), «Este individuo, que había encontrado una cierta salvación, va a caer de nuevo» (DG1), «Están incorporados [...] están incorporados, pero claro, en un lugar que socialmente pues está penalizado» (DG1).

Contraposición unánime a pesar de la gran diversidad de composiciones sociales relativas de los grupos, y de los distintos grados de conocimiento de los problemas de las drogodependencias, que señalan *la posibilidad práctica del éxito en el tratamiento, frente a la dificultad extrema*

ESQUEMA DE LA CONCEPCION DOMINANTE SOBRE EL FRACASO  
DEL PROCESO DE REINSESION



de la reinserción. Hay un extendido consenso social en torno a un supuesto *círculo vicioso de los drogodependientes*, en el que la frustración ante la reinserción social tiende a conducir sistemáticamente a una *nueva fase de rehabilitación*, sin que nunca se complete el proceso de reinserción.

En este sentido, el tratamiento tiende a concebirse como un proceso singular, «reparador», pero no socialmente «recuperador», lo que implica su inscripción dentro de la propia esfera de «la droga», en ese mundo dual al que hemos hecho referencia anteriormente.

Sin duda este extendido escepticismo sobre las posibilidades reales de reinserción social, incluye el carácter relativamente invisible de la reinserción en sí misma, en cuanto proceso individualista, vergonzante y silente, en marcado contraste con el hecho «escandalosamente» manifiesto (y socialmente mitificado) de las minorías más o menos amplias de drogodependientes: «El que se recupera, que son muy pocos, ése ya no da ni guerra, ya no tiene historia en los barrios; y los que no se recuperan, siguen la droga y dan motivos para que el personal diga que ninguno se recupera» (DG3).

La concepción dominante del fracaso de la reinserción social produce una de las consecuencias significativas.

Aparece el *rechazo a la posible reinserción social de los drogodependientes*, rechazo más implícito que explícito, más inconsciente que consciente, pero no por ello menos real, ya que dicho rechazo, que afecta a la integración de los drogodependientes en los espacios considerados como ámbitos de normalidad establecida (el trabajo responsable, la vida familiar modélica, la comunidad vecinal, los núcleos asociativos, las instituciones escolares, etc.) adopta dos tipos de enmascaramiento distintos:

a) En el caso del discurso de la modernización, se postula un criterio preestablecido de «normalidad social», a la que el sujeto debe adaptarse para considerarse reinsertado, situación a la que sólo acceden algunos: «Algunos de ellos son positivos» (DG3).

b) En el caso del discurso comunitarista, se postula la capacidad de este mismo sujeto para conformar su propia normalidad en el contexto de algún grupo subcultural con el que se sienta identificado.

En ambos casos se idealiza la reinserción social, exigiéndosele en el primero al drogodependiente un sobreesfuerzo adaptativo difícilmente realizable, y en el segundo, admitiendo espacios en los que cualquier conducta puede quedar justificada. Y en ambos casos se mantiene la segregación de la mayoría de los sujetos, que en un caso no alcanzan la meta y en el otro carecen de metas resolutorias.

En ambos casos debemos diferenciar lo manifiesto explícito (positivo) y la actitud implícita a partir de determinadas consideraciones a las que se atribuye un papel determinante en el fracaso de la reinserción social del drogodependiente y que siempre se caracterizan porque «uno no puede controlarlas personalmente». Este sería el caso ya mencionado de la sobredeterminación de las condiciones sociales, o la incompetencia administrativa, o falta de solidaridad, o incompetencia profesional del otro.

## La demanda de intervención

Pero el escepticismo no produce una demanda de inhibición, sino una fuerte intervención. Todos los testigos sociales señalan que se trata de un gran problema y exigen soluciones.

¿A quién se dirige la demanda de intervención? Sin duda a la Administración Pública, pero en forma distinta, según el discurso en el que se sitúe cada cual:

1. Para el *discurso de la modernización*, la Administración Pública debe poner en marcha y controlar los recursos que aseguren la posibilidad de que el sujeto recupere la normalidad social. Sin embargo hay una crítica feroz a la Administración, porque ésta no cumple con tales funciones, de alguna manera se señala que es una «Administración no modernizada», no racional; usando una terminología sociológica muy adecuada diríamos que se acusa a la Administración Pública española por *no cubrir las expectativas weberianas de racionalidad*. Claro que esta crítica suele hacerse hacia instancias distintas de las propias si se trabaja en la Administración Pública. Un participante, claro partidario del discurso de la modernización, señala: «En la Inspección [del MEC] tú llamas y dices: mire usted, en el colegio tal y cual están mandando a los nenes traer pegamento Imedio... Hay una ley que es del año 86 que no se cumple absolutamente para nada... Y dicen, bueno sí, pero nosotros [no tenemos] ninguna competencia para decirle al maestro o a la maestra que la use o no la use» (DG1).

2. Para el *discurso comunitarista* el papel de la Administración está más limitado, ya que su demanda es que ésta se limite a poner recursos que los grupos sociales son los que van a utilizar, por eso su crítica a la Administración es más global, descalificándola sin más como «una cúpula burocrática alucinante» (DG1), que no puede ni debe ser eficiente porque «yo creo que el problema está en una carencia no institucional, sino una carencia social de recursos» (DG1).

En ambos casos las críticas, acertadas o no, se sustentan en una *absoluta falta de información de lo que está haciendo la Administración en materia de drogas, incluso entre los profesionales*, haciéndose en el grupo afirmaciones absolutamente peregrinas sobre determinados proyectos o recursos asistenciales o sobre las actuaciones públicas (DG3), en ocasiones protestadas por otros miembros del grupo, pero la mayoría de las veces asumidas sin más. Sin duda, esta falta de información puede deberse a la propia inconsecuencia de algunos participantes, como el profesional que después de dar una visión crítica del PND, señala: «A mí se me ha ocurrido hojear el Plan Nacional de Drogas y tal... Y yo no sé; estoy leyendo eso, bueno leyendo, no lo he leído, hojeándolo un poco» (DG1), o a la incidencia de unos medios de comunicación social que no parecen querer reflejar, ni positiva ni negativamente, las actuaciones de la Administración, pero esencialmente refleja *una inhibición de la propia Administración a la hora de informar sobre sus actuaciones*, salvo las represivas, que reforzaría los puntos de vista de la teoría conspirativa para la que «¿A los poderes políticos o las altas instancias les interesa o no les interesa? Yo pongo una interrogación gordísima» (DG1).

## El tratamiento

El tratamiento es, pues, aquella fase en la que el sujeto se «recupera» de las consecuencias psicofísicas de la dependencia, que, a su vez, se divide en dos fases:

a) Una primera, que en todos los grupos, salvo algún profesional, se califica de «médica» y en la que se presupone que el sujeto supera el síndrome de abstinencia, resuelve problemas de salud y adquiere la suficiente motivación. Esta fase es la de la ruptura simbólica con la «droga-sustancia».

b) Una segunda fase, en la que entran en juego factores protectores (referenciados en un centro o programa), a través de la que el sujeto va entrando en contacto gradual y paulatinamente con el «mundo normal» externo, con el que puede ir anudando, poco a poco, relaciones positivas. Es la ruptura simbólica con el «mundo de la droga».

Los testigos sociales señalan que esta segunda fase es perfectamente factible, aunque señalan el riesgo de que se produzca una sustitución de la dependencia a las drogas por la dependencia psicológica basada en un adoctrinamiento ideológico (un «comecocos»), fuera del cual el individuo es incapaz de adaptarse a la normalidad. Tal dependencia sustitutiva es aceptada como positiva para la mayoría de los testigos sociales —«Si a ti te sirve para quitarte de la droga» (DG3)—, aunque con matices interesantes —«Toda cosa de drogas requiere un comecocos, sea "Patriarca", sea religioso, sea ideal humano, sea lo que sea; hay que crearles una dosis en que se crean un blanqueado radical, y este blanqueado lo malo es cuando es constante: si a un señor le quitas de esto para que se meta a fraile,

pues da igual que se meta a bonzo, lo que pasa es que después a lo mejor recupera la libertad, pero son unos cambios radicales de mentalidad, y después la recuperación del cambio ese nuevo al otro es difícil» (DG3)— que indican que si bien *se considera que es mejor que un drogodependiente esté en una secta que con las drogas*, tal consideración se inscribe, reforzándola, en el *círculo vicioso del fracaso de la reinserción*.

También consideran muy factible esta fase los profesionales, aunque aquí aparece *un rechazo absoluto a las dependencias sustitutivas*, y la reivindicación de una reestructuración radical de la personalidad, que, no obstante, por su carácter de programación dependiente y obsesiva de la propia personalidad respecto de un contenido ideológico/afectivo/conductual impuesto autoritariamente, no supone aún la madurez personal (es decir, una relativa autosuficiencia y capacidad de autodeterminación), que entrañaría una nueva fase en la que se libraría de la propia programación moldeadora en cuanto instrumento ideológico en el proceso de rehabilitación, para la plena (siempre en un plano relativo) liberación y madurez personal del proceso «final» de reinserción.

Pero esto no parece realizable cuando los testigos sociales idealizan la intervención terapéutica y consideran a los profesionales específicos como capaces de crear sujetos absolutamente maduros y liberados, aunque ciertamente las condiciones sociales lo vayan a imposibilitar. Esta afirmación no es válida para los profesionales que, ante el fracaso *que les provoca frustración*, lo consideran viable sin cambios en estas mismas condiciones sociales, cambios que algunos proponen realizar y otros prefieren ignorar.

## La reinserción social

En las cuatro reuniones resultó muy difícil centrar el tema de la reinserción social del drogodependiente. Esta dificultad se veía acrecentada por los posicionamientos de los componentes de los grupos, con experiencias profesionales propias un tanto contradictorias, y por la falta de un proyecto genérico.

La carencia de un proyecto, social y profesional, podría explicarse por el carácter contradictorio del proceso de reinserción (potenciar la propia personalidad, pero a la vez adaptarla al medio social), que representa, en realidad, el proceso de toda persona supuestamente «normal» en la aceptación de sí mismo y de su medio: «... El chaval..., se estaba recuperando a niveles sociales; de alguna manera aceptaba otra vez que él era un ser humano, que tenía que integrarse en el esquema social *por mucho que le repugne* y que es la única solución que tiene para poderse recuperar de alguna manera en su libertad, en la medida que podemos vivir en libertad...» (DG3).

Se le exige, por tanto, al drogodependiente la realización de un proceso en el que «están fracasando» la mayoría de los jóvenes «normales»



no drogodependientes, es decir el proceso de socialización se percibe como proceso en quiebra, fracasado, inútil. Pero, además, el drogodependiente se encuentra tras el tratamiento en una situación que reproduce las condiciones originarias de su propio fracaso personal y que, según parece, le condujeron precisamente a su drogodependencia, fijando su personalidad en la fase «adolescente» de rechazo e inadaptación a la sociedad —«El drogadicto vuelve a ser un adolescente en todos los sentidos... Las actuaciones son de puro adolescente, que no sale de casa, que no sabe moverse en sociedad...» (DG3), «Una especie de niño pequeño» (DG3)—, que *posee la experiencia de la droga como solución a unos problemas* frente a los que sólo tiene el «comecocos» del tratamiento, que tampoco le sirve porque éste no es el «mundo normal» —«El mundo normal no les acoge porque vienen obsesionados» (DG3)—, lo que refuerza su regresión hacia el mundo artificial, pero acogedor y conocido, de la droga. Es decir, otro mecanismo que refuerza el círculo vicioso del fracaso de la reinserción.

El fracaso de la socialización como ideología dominante se convierte así en otra de las condiciones sociales objetivas que determinan el desarrollo del proceso, esta vez por la vía de las características del sujeto, su incapacidad para enfrentarse a una *falta de oportunidades*, que le impide cubrir el «espacio vacío» que las drogas han dejado.

Otra contradicción adicional aparece entre el carácter colectivo (en principio) de la institucionalización del proceso y la solución individual final, que impone la separación de cada ex drogodependiente de su colectivo, lo que posee distintas implicaciones para cada grupo, ya que mientras los testigos sociales entienden que esto se logra con «tiempo y dinero», los profesionales hablan sólo de «maduración del sujeto a lo largo del período», entendiendo incluso que «el exceso de recursos específicos puede ser contraproducente» —«Que se busquen la vida...», «Que se busquen la vida como los demás, hombre» (DG1)—, aunque reivindican cambios en las condiciones sociales y en los recursos inespecíficos que, lógicamente, tendrían sus costes.

A ambos niveles *los grupos, sin embargo, coinciden en afirmar que la reinserción social es la «fase» del proceso a la que se dedica menos atención por parte de las instituciones* (de la Administración Pública en concreto), porque no tiene rentabilidad política o propagandística, porque es «una etapa invisible», «como la medicina preventiva», porque es más fácil «tener a la gente encerrada en su “ghetto” que hacer algo por ella» (DG2), o porque nadie está dispuesto a asumir los costes sociales (DG4). En cambio, *para los profesionales*, que reivindican mucho menos, la responsabilidad debe compartirla la Administración y la propia sociedad, que tienen (ambas asumen un mismo paradigma de fracaso) absoluta falta de fe, de confianza y voluntad en la recuperación de los drogodependientes, al desinteresarse en la práctica precisamente del proceso de reinserción: «Para mí la pregunta fundamental, que era la que me hacía al comienzo, y todavía me hago, tú has dicho que sí... Ahora,

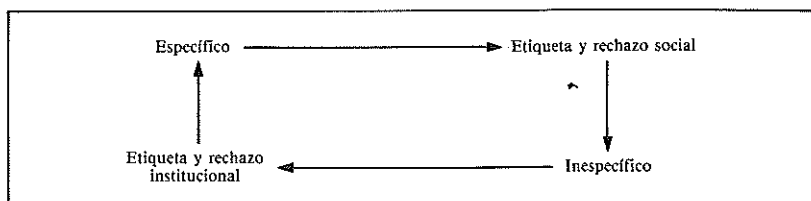
¿es posible salir de la droga? Tú dices que sí, yo digo que sí, pero es que la Administración dice que no, porque si no de este tema se ocuparía de otra manera... Si la gente quiere, cree en esto, [que] actúe de otra manera, no como se está actuando en estos momentos» (DG1).

Pero este «actuar de otra manera» implica plantear la cuestión de la drogodependencia y la posible reinserción social, a nivel de las condiciones sociales globales; es decir, al nivel del sistema social, con todas sus contradicciones, y cambiar las percepciones de todos los actores, ya que la visión de cuáles son las alternativas sociales válidas depende del discurso social global que se esté utilizando y la posición social de cada uno en un momento determinado.

Y de una forma absolutamente paradójica nuestros cuatro grupos consideran unánimemente que la condición social global más determinante para el logro de la reinserción social reside en el rechazo sistemático a los sujetos con problemas, de la que *ellos mismos son testigos y actores*, empezando por el propio sistema de enseñanza, —«En teoría nosotros [por los de compensatoria] somos los profesores de los que no quiere nadie» (DG2)— y continuando con los empresarios y asociaciones que manejan la imagen dual de la sociedad de la que hemos hablado y que *colocan al drogodependiente en el ámbito segregado de «lo anormal» hasta que no se ha «reinsertado», es decir rechazan mientras el proceso tiene lugar*, rechazan en el momento en el que ellos mismos reivindican el apoyo social.

Otras contradicciones significativas aparecen en los grupos, como la de *específico/inespecífico*, que manejan especialmente los profesionales, y en la que en forma menos explícita entran otros grupos. Los profesionales son todos partidarios de utilizar recursos inespecíficos, normalizados, sean públicos o privados —«Bueno, [le digo] vete a aquel sitio que es donde se hace, y allí lo hace como todos [...], y nadie tiene que clavarle una etiqueta [...] En cuanto está en un lugar así, yo creo que él empieza a notar rechazo» (DG1)—, visión que también se deriva del «círculo vicioso del drogodependiente», ya que cuando el sujeto «ya tiene estructurada su personalidad», «ya ha definido su salida de la droga» (DG1), se encuentra con *las condiciones sociales reales* —«rechazo y falta de oportunidades» (DG1)—, ante las que, además, el sujeto ensaya una nueva eva-

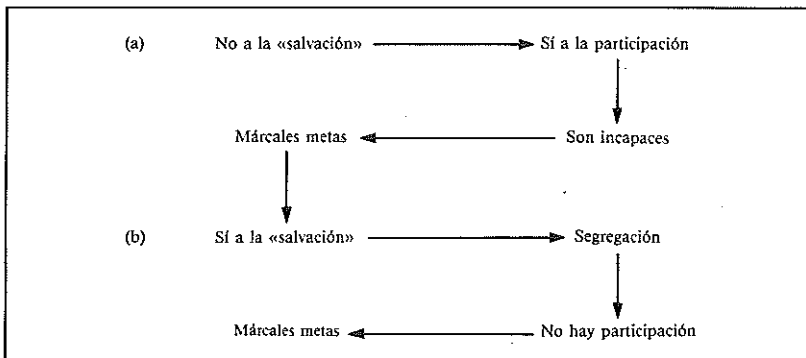
#### ESQUEMA DE LA CONTRADICCION ESPECIFICO/INESPECIFICO EN LA ACTITUD DE LOS PROFESIONALES



sión —«Son ellos mismos los que [entonces] se ponen la etiqueta» (DG1)—, situación que, finalmente, conduce a que «sí, nosotros arreglamos, pero la sociedad es incapaz; por eso, los que han respondido bien, los vamos a proteger desde nuestro recurso asistencial» (DG1).

Una última contradicción aparece entre normalización/autonomía, ya que si bien todos los participantes que entran en la discusión entre etiqueta si/no (todo el DG1 y algunos participantes del DG3) se sitúan en algún punto entre el *eje de la maduración* y el *eje de la reintegración*, punto que constituye su particular «concepción equilibrada entre ambos factores», tal punto, supuestamente fijo, incluye una contradicción que reflejamos en los dos esquemas adjuntos, correspondientes al que se inclina más por el eje de la maduración (a) y al que se inclina más por el eje de la reintegración (b).

#### ESQUEMA DE LA CONTRADICCION AUTONOMIA/NORMALIZACION EN LA ACTITUD DE LOS PROFESIONALES



Tal conjunto de contradicciones no imposibilitan la emergencia de una serie de demandas posibilitadoras del proceso, y que los profesionales y testigos sociales consideran necesarias para alcanzar el *status* de «reinsertado». Tales demandas aparecen condicionadas a su vez por una serie de contradicciones, pero que no eliminan la *demanda absoluta* que adopta la fórmula de una ruptura simbólica con el proceso de normalización y la adquisición de un *status* de «sujeto normalizado». Es decir, superar el proceso de inserción social y conseguir que el sujeto cumpla las condiciones y exigencias del sistema social. Condiciones de muy diferentes categorías, porque el criterio de normalización es distinto para cada discurso social y para cada uno de los testigos institucionales que hemos seleccionado.

Por ejemplo, si el proceso es concebido como una normalización en unos determinados parámetros, y estos parámetros responden a una clase media social a la que pertenecen la mayoría de los actores de la inserción social del drogodependiente (profesionales y no profesionales),

el mejor nivel de éxitos corresponderá a individuos pertenecientes a estas clases y fracasará en aquellos grupos sociales (los marginados o los pertenecientes a clases altas) muy alejados de tales parámetros.

Tales demandas se articulan a través de la contradicción todas/ninguna, que refleja, en el plano de los discursos tradicionales, que nada es posible sin un «cambio total» y que este «cambio total» no es posible.

Pero las demandas concretas pertenecen al ámbito de los nuevos discursos, y son de dos tipos:

- a) Al discurso comunitarista pertenece la demanda de singularidad sociocomunitaria, es decir «protección para el subgrupo o la subcultura».
- b) Al discurso de la modernización pertenece la demanda de generalización individual; es decir, que «los sujetos que quieran salir tengan posibilidades para hacerlo».

En el conjunto de los grupos, sin embargo, aparecieron muy pocas demandas explícitas, reflejando quizás esta falta de identidad del proceso de reinserción social a la que aludimos constantemente. Enunciamos a continuación las demandas realizadas:

a) Más recursos específicos e inespecíficos, desarrollados por la Administración o la sociedad, entre los que se señalan con mayor frecuencia:

- Sanitarios.
- Servicios sociales.
- De socialización primaria (preventivos).
- Oferta laboral para jóvenes.
- Participativos.
- Actividades de ocio y cultura.

b) Investigación.

c) Modificaciones legales, entre las que destacan mayor represión y libertad a prueba para los drogodependientes en proceso de tratamiento (DGI).

## 10.5. Exigencias del proceso de reinserción

---

A pesar del rechazo social, simbólico, al drogodependiente escenificado, ante el escepticismo frente a sus posibilidades, las discusiones admiten un marco conceptual donde se produce la reinserción social.

Tal marco emerge precisamente del «círculo vicioso del fracaso», que institucionaliza el proceso de reinserción en las dos fases citadas en el apartado anterior y que, a fin de cuentas, *exige la institucionalización de todo el proceso para alcanzar el objetivo*. Esta exigencia constituye, una vez más, un modelo también idealista; pero las propias discusiones de los grupos parecen argumentar convincentemente que *sin una reestructuración profunda del actual mecanismo de enfrentamiento a los problemas de la drogodependencia*, la limitación de esfuerzos a la fase de tratamiento supone, para una mayoría de casos, no salir del círculo vicioso del tratamiento/frustración social/retorno a la segregación del tratamiento.

Otra cuestión son las fórmulas y opciones que se consideran socialmente adecuadas para plantear la reinserción social, según lo explicitado en los propios grupos.

### Las demandas sociales

La visión del proceso «completo» de reinserción conlleva una serie de demandas, al menos a los siguientes niveles:

- a) Sobre el propio sistema social.
- b) Sobre los agentes responsables.
- c) Sobre los canales adecuados.

Tales demandas implican desde el sistema global a agentes y canales concretos, dándose la circunstancia de que cada uno de nuestros cuatro grupos implicó al menos a los otros tres, con lo que la respuesta de cada uno de ellos supone un testimonio social. En concreto aparecen las siguientes demandas:

— Profesionales, asociaciones y empresarios consideran que la escuela es un elemento fundamental en el proceso.

— Profesionales, asociaciones y profesores consideran fundamental la reinserción laboral y que se les den oportunidades de trabajo.

— Profesionales, profesores y empresarios citan reiteradamente el tejido social y concretamente la labor de las asociaciones.

— Profesores, empresarios y asociaciones señalan el importante rol de los profesionales, que son los únicos que saben cómo hay que hacer las cosas.

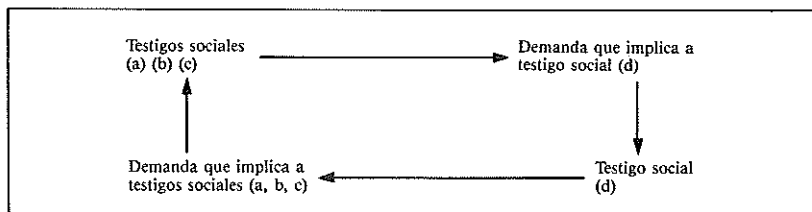
Todos ellos, además, consideran como institución responsable fundamental a «la familia», entendiendo por tal a «la familia de origen del joven». Esta demanda emerge desde la propia sociogénesis, ya que *el fracaso del proceso de socialización se atribuye*, en especial entre los profesores, *casi en exclusiva a la propia familia*.

La reinserción social pasaría entonces por la realización de un proceso no realizado en su día por aquellos que debían tener un papel protagonista en el mismo: *los padres, los responsables «verdaderos» de la socialización*. Posiblemente esta demanda emerja de una cierta imposibilidad que tiene la familia de manifestarse por sí misma, con un discurso institucional único, y «defenderse de las imputaciones» de otros testigos sociales, como por ejemplo puede ocurrir a otro nivel en la relación APAS/claustros. En cualquier caso, el elemento más repetido de las asociaciones de madres reside en la atribución de responsabilidad (tanto en sociogénesis como en reinserción social) a otras instituciones: «Yo no lo parí así».

En resumen, se trata también de un círculo vicioso de «expulsión de responsabilidad», de «devolución del problema», que coloca las opciones concretas a realizar por otras instituciones y agentes sociales —«Bastantes problemas tenemos ya» (DG4)—, que se sustenta en las condiciones sociales objetivas —«La dura competencia cotidiana», «Mucha gente sin trabajo», «Falta de recursos»— y en las reacciones corporativas ante un tema que se sabe que los demás también rechazan.

Tal esquema adquiere sentido en el marco del predominio social, con independencia quizás incluso del discurso social en el que uno se adscri-

#### ESQUEMA SOBRE LA CONCEPCION DOMINANTE EN LA RESPONSABILIDAD EN EL PROCESO DE REINSERCION



ba, de una mentalidad tecnocrática que tiende a limitar las responsabilidades personales de todos y cada uno en su pequeña parcela funcional y deriva en una concepción de la especialización funcional y técnica de los distintos sectores en compartimentos estancos, sometidos en una lógica burocrática y corporativista, justificada en *las condiciones sociales objetivas*, por las que los diferentes profesionales y testigos sociales tan sólo pueden cumplir con una función parcial y técnica. La referencia central de todos los grupos a las condiciones sociales se revela así, y a la postre, como un mecanismo de evitación de responsabilidades y de segregación de los drogodependientes.

### Los profesores ante el proceso de reinserción

Los participantes en el grupo de profesores fueron los que más consciente y claramente manifestaron esta contradicción, entre su institucionalización de hecho como «profesionistas» (o tecnócratas) y el postulado superestructural de una vocación misionera, que les conduciría a una entrega total a la labor de educación y transformación personal de sus alumnos: «En lo de la vocación, porque es que a los maestros, y a las maestras, perdón, siempre se nos ha largado el rollo de la vocación», «El espíritu misionero, sí el espíritu misionero, increíble, vamos», «Vale, tipo misionero, y yo estoy harta, yo soy una profesional de la enseñanza; mi vocación [...]. Eso es otro rollo».

Profesionismo o actitud tecnocrática que, en la dinámica de nuestro DG2, tuvo como consecuencia la inhibición sistemática de la mayoría del grupo frente a los problemas de la drogodependencia, ya que éste sería un problema que no les compete profesionalmente, sin que, en consecuencia, los profesores considerasen que tenían un papel propio en el proceso de reinserción social de los drogodependientes.

Pero aun en el caso limitado de que los profesores deseen actuar como reproductores sociales e integradores dentro del sistema establecido, pronto adquieren dos convicciones exculpatorias: en primer lugar, que el proceso es demasiado complejo para que ellos puedan cambiar o alterar los condicionamientos de la sociedad —«Yo estoy de acuerdo en lo que decías tú, que no integramos nada, o sea, porque los problemas se escapan de nuestras manos»— en el discurso de la modernización o que merezca la pena «valores que son pura competitividad» del discurso comunitarista. En segundo lugar, todo intento por «hacer algo» choca con los intereses corporativos, firmemente establecidos, que impiden el desarrollo individual de alternativas sensatas e innovadoras: «La gente lo que no queremos es complicarnos la vida [...] compañeros que [...] por lo que sea les gusta más trabajar [...] a este compañero le dicen: Chist, ¡quieto! Ahí no vienes tú a cambiar unas normas [...] ¡Los propios compañeros!» (DG2).

## Los profesionales y sus condicionamientos

En el caso mucho más opaco de los profesionales, ya que ellos son a la vez testigos sociales y «profesionistas explícitos», la propia diferenciación entre tratamiento y reinserción parece responder a la conciencia de que la reinserción es un proceso demasiado *condicionado por la sociedad* para que pueda ser resuelto por el profesional rehabilitador, y que, por tanto, escapa del ámbito de su competencia profesional. Se entiende así que el objetivo de la «maduración personal» llegue a postularse como un *problema personal*, que desborda la esfera técnica y limitada del profesional y que corresponde, al menos actitudinalmente, a los propios ex drogodependientes —«Yo no reinserto, él se reinserta sólo o hace lo que quiere con su vida», «Nosotros no tenemos que hacer nada, son ellos los que tienen que hacer» (DG1)—, o que se asuma de forma unánime que la propia actividad profesional es una función parcial y transitoria, que no pasa de ser «un parche», porque *no resuelve el problema de la recuperación plena del ex drogodependiente cuya génesis y salida es social*: «Nuestro trabajo, que sabemos que en última instancia es un parche, y no puede dejar de serlo, porque es lo otro lo que está determinando» (DG1).

Así, el proceso final y decisivo de la reinserción queda fuera de la esfera «terapéutica» del tratamiento, para abandonarse a la «buena voluntad» de personas e instituciones: «Pero son esos planteamientos de parchecito, de uno en uno, que yo estoy de acuerdo, porque me dedico a ello, *porque no podemos hacer nada en el tema de la reinserción*, exceptuando el voluntarismo, la buena voluntad, la buenisísima voluntad, que siempre es lo que ha funcionado en la sociedad. Las personas buenas que se juntan y dicen qué tenemos que hacer de la reinserción» (DG1).

Actitud que contrasta con el rechazo de las asociaciones y grupos de ayuda de ex drogodependientes, por parte de los profesionales, bajo el alegato de que éstos se interfieren en el proceso terapéutico: «Para abrir un kiosco de pipas necesitas no sé qué permisos, para abrir un centro de toxicómanos una gallina, un teléfono y un cerdo. Allí pones “granja” y cobras lo que quieras» (DG1).

## Difusión de una imagen de normalidad

Finalmente, conviene presentar y representar la supuesta «normalidad» como una gradación y la reinserción como un proceso *irregular* (con avances y retrocesos, con logros y frustraciones), necesitado de la confianza, la paciencia y el apoyo social sostenido por parte de todos, a lo largo de una etapa larga y lenta, en la que la categoría de «normal» se obtiene por una «presunción de inocencia» en vez de por una «demonstración de no culpabilidad». Luchando por todos los medios posibles (en las declaraciones oficiales, en los medios de comunicación, en las publi-



---

caciones especializadas, en los cursos de formación...) por difundir esta *imagen sobria, realista y «normalizada» del proceso de reinserción del drogodependiente*, alejada de todo carácter de «excepcionalidad» y de todo tono épico o heroico.



Capítulo 11

**Imágenes e ideologías de  
la integración en  
profesionales de  
instituciones  
jurídico-penales**

---



---

## 11.1 Las reformas penales y la integración del drogodependiente: El contexto español

---

El uso y abuso de drogas, excepto el alcohol y el tabaco, empieza a tener un impacto relativamente ascendente en España desde los primeros años setenta, aunque su crecimiento y expansión tenga lugar a partir de 1977. La importancia social de este fenómeno se ha modificado en el tiempo, y de forma correspondiente la respuesta del Estado, particularmente la que se refiere al aparato jurídico-penal. No es en modo alguno una relación causa-efecto, sino que, por el contrario, se trata de un doble proceso, asimétrico y difuso, de elaboración de respuestas penales a realidades ideológicamente construidas a partir de experiencias sociales muy concretas.

En los mundos de la droga, quizás como en pocos, las drogodependencias y los toxicómanos son constructos «duramente» ideológicos, imágenes sociales elaboradas en una sala de espejos deformantes por muy diferentes agentes y grupos sociales, en los que se sintetizan buena parte de las tensiones y contradicciones de las denominadas sociedades postindustriales. El éxito social de las imágenes y estereotipos, como se pudo comprobar en el capítulo precedente, tiene su otra cara de la moneda en la tremenda opacidad de la elaboración social de dichas imágenes e ideologías.

Una primera aproximación fue realizada a través de las reuniones de grupos y análisis motivacional correspondiente, realizados con empresarios, asociaciones y terapeutas, analizada en el capítulo anterior. Ahora, lo que pretendemos es una segunda aproximación al conocimiento de las ideologías e imágenes de las drogodependencias, realizada a través de entrevistas en profundidad hechas a representantes profesionales de las instituciones penales, policiales y de la abogacía.

Dos aclaraciones son necesarias: la primera, se ha elegido la entrevista en profundidad por la mayor y más fácil operatividad en la recogida de información. La posibilidad de realizar reuniones de grupo fue descartada, ante la gran dificultad material de juntar a profesionales muy cualificados a debatir este tema durante unas horas. Lo que es factible relativamente en unas jornadas o conferencia, como es reunir a profesionales como los que aquí entrevistamos, no lo es cuando se trata de llevar a cabo reuniones mixtas de profesionales cuyo objetivo es diseñar e interpretar sus motivaciones e imágenes sobre la reinserción social.

La segunda aclaración se refiere al número y tipo de profesionales a los que se entrevistó. El número total de entrevistas realizadas es de once (tres abogados, dos policías, tres fiscales y tres jueces). Aun siendo un número pequeño de entrevistas, sin embargo se trata de profesionales muy cualificados en el tratamiento de las drogodependencias, desde sus diferentes ópticas profesionales; hay que considerar que el número de profesionales que pueden desarrollar conjuntos de ideas elaboradas en este terreno no es precisamente elevado. Los aquí entrevistados, seleccionados por su importancia real en el sector del tratamiento penal y punitivo de las drogodependencias, representan diferentes enfoques teórico-ideológicos que entroncan, en gran medida, con las imágenes sociales analizadas en el capítulo precedente y sintetizan de algún modo las visiones institucionales, del aparato jurídico-penal, sobre la reinserción social de los drogodependientes.

## Evolución de la legislación penal

Previo al análisis de las imágenes y discursos motivacionales es preciso presentar, aunque sea muy esquemáticamente, el *contexto evolutivo de la legislación penal* frente al uso, consumo y tráfico de drogas en nuestro país desde los primeros años setenta, con el fin de entender mejor los discursos que aquí se desarrollan.

La legislación penal y la intervención punitiva del Estado responden, en gran medida, a las reacciones sociales que se producen frente a determinados fenómenos, siendo aquéllas la expresión materializada de diferentes estereotipos, emociones e ideologías que encuentran en el poder político su síntesis contradictoria.

En el campo de las drogodependencias los poderes públicos han ido evolucionando, en general, desde posiciones relativamente *abiertas* a posiciones relativas más *restrictivas* en el terreno jurídico penal, como consecuencia de un *marco internacional más regresivo y de un endurecimiento de las ideologías y actitudes sociales frente al uso y abuso de drogas*. Este cambio se corresponde de forma contradictoriamente positiva con el paso de sistemas terapéuticos cerrados a sistemas abiertos de tratamiento, articulados y coordinados en un plan con vocación de favorecer la integración social del drogodependiente. No se trata en estos momentos de una contradicción abierta, pero sí de importantes desajustes entre dos niveles institucionales de intervención, apoyados en demandas sociales concretas:

a) *El nivel jurídico-penal tiende a rigidificarse*, justificando su cambio en demandas sociales de dureza frente a los traficantes para perseguir a los *drogodependientes delincuentes*.

b) *El nivel asistencial tiende a ampliarse*, justificándose, también, en una demanda social de afectados y no afectados que claman por recursos públicos para tratar a los *drogodependientes enfermos*.

Son las dos caras de un mismo proceso social, en el que pugnan grupos sociales e instituciones diversas, ya sea enfatizando en el primer camino (*castigar*), ya en el segundo (*curar*), en ambos conjuntamente (*castigar y curar*), o buscando diferentes alternativas que tienen en cuenta esos procesos, pero planteando su resolución en espacios asistenciales y penales diferentes desde la óptica de la integración social del drogodependiente.

Tres son las fases que podemos destacar en el tratamiento jurídico-penal de las drogodependencias en nuestro país (C. González Zorrilla, 1988; J. J. Casas Nombela, 1988):

1. Una *fase adaptativa* a la legislación criminal sobre drogas existente a nivel internacional. Al no existir un contexto sociológico que lo justificara claramente se trata de una, podríamos decir, falsa adaptación (tipo cordón sanitario) preventiva, que en un marco político de no Estado de Derecho asume una óptica punitiva, desproporcionada socialmente, y de criminalización absurda del consumidor de sustancias, tal como demuestra la reforma del artículo 344 del Código Penal.

2. La segunda fase, que podríamos denominar como *fase positiva*, reforma el artículo 344 del Código Penal, apoyándose en una valoración sociológica importante del uso y consumo de drogas, a la que adapta los contenidos penales en el sentido de reducir la inseguridad jurídica del drogodependiente, suprimiendo penas excesivas y diferenciando por razón del tipo de consumo. Esta reforma consolida, así, la jurisprudencia anterior de no inculpar al consumidor de drogas y sí al gran traficante, aunque en este último caso se tratara de un deseo, puesto que la realidad era la represión de los traficantes situados en la base de la pirámide del tráfico.

3. La última fase se materializa en la reforma de marzo de 1988, Ley Orgánica 1/1988, de 24 de marzo, sobre tráfico ilegal de drogas, modificando de nuevo el artículo 344 del Código Penal y añadiendo el 93 bis y el 546 bis f). En el primer caso, se afronta el problema del tráfico de drogas, en el segundo se definen las condiciones para la remisión condicional del drogodependiente-delincuente condenado a penas de privación de libertad no superiores a dos años, y en el tercer caso se centra en los beneficiarios económicos del tráfico.

## La reforma de marzo de 1988

Sobre esta reforma ya ha tenido lugar un importante debate, que desde luego no ha concluido y que viene recogido en la monografía nº 3 de *Comunidad y Drogas*, documento al que nos remitimos. Aquí nos limitamos a destacar aquellos aspectos de utilidad para contextualizar los análisis subsiguientes.

Esta reforma no niega la línea asistencial desarrollada durante los últimos años, pero su ámbito se ve restringido —en lo que se refiere a la integración del drogodependiente— por una *tendencia criminalizadora*

*superior a la existente en la reforma de 1983.* Junto a un contexto internacional más restrictivo, la sociedad española (segmentos importantes e influyentes de la misma) y diferentes ámbitos institucionales han rigidificado su visión de las drogodependencias a partir de estereotipos, ya analizados en la primera parte de este trabajo, que han cristalizado en imágenes sociales concretas justificativas del endurecimiento social frente al problema.

A partir de aquí cabe diferenciar tres posturas concretas frente a la reforma aprobada:

*La primera*, que no sólo aprueba esa reforma, sino que le parece insuficiente, en la medida que se considera que el principal objetivo es la seguridad ciudadana, frente al vínculo indiscutible de drogadicción y delincuencia, aplicando excepcionalmente alguna alternativa única y concreta al toxicómano que delinquiró bajo dicha condición.

*La segunda*, de tipo mayoritario, que acepta esa reforma, aunque la considera insuficiente en ciertos aspectos: el límite de condenas no superiores a dos años es irreal y la hace inaplicable a la mayoría de los toxicómanos que delinquieron; el hecho de que no se contemple el retorno al consumo, cuando forma parte, en general, del proceso recuperador y de construcción de una vida sin drogas; la necesidad absoluta de estar sometido a un tratamiento o servicio cuando el proceso de recuperación es muy fluido, cambiante y tiene lugar en diferentes espacios.

*La tercera* opción, de carácter minoritario, se estructura alrededor de las siguientes propuestas (gran parte de las cuales no han encontrado eco en las entrevistas realizadas): la política represiva ha fracasado, tanto por el reforzamiento de grandes organizaciones de narcotraficantes situados por encima de Estados y mercados, así como por su incapacidad para ir más allá de la represión del pequeño traficante, tratando de resolver el problema dentro de «una oferta de modelos vitales edificada sobre la autonomía personal, y con el grado de actividad no institucional desarrollada por la sociedad civil, al margen de la mejora general de las condiciones de vida» (J.J. Díez Ripollés, 1988). Por otra parte, el verdadero debate pasa por el «impopular despenalizar», con estrictas medidas de control, sanción e información con el fin de romper los invisibles oligopolios del narcotráfico (A. Baratta, 1988), al mismo tiempo que la descriminalización permitiría, para empezar, incrementar la tolerancia social, también deshacer en parte estereotipos justificativos de políticas de disciplina social indiscriminadas y, por último, poder luchar de forma positiva contra «la necesidad del consumo de drogas» (C. González Zorrilla, 1988).



---

## 11.2. Los discursos ideológicos básicos sobre la integración social

---

A partir de las entrevistas en profundidad hemos construido el Cuadro 26, en el que sintetizamos las posiciones teórico-ideológicas que emergen de aquéllas y que a continuación pasamos a analizar.

Básicamente son cuatro las opciones políticas sobre integración social de drogodependientes:

1. La primera, de signo minoritario, que enfatiza en la función de *represión del consumo y el tráfico* por parte de las instituciones penales, dejando en un segundo plano las posibles opciones terapéuticas de tipo rehabilitador.

2. La segunda, mayoritaria, es una visión modernizadora o racionalizadora del problema, que se inscribe dentro de las políticas de *gestión del conflicto social*, del que es expresión especial las drogodependencias.

3. La tercera opción, de cierta importancia, es la visión de la integración social del drogodependiente de forma plena o *incorporación social* en su propio medio. La recuperación global del drogodependiente define el núcleo ideológico de este discurso.

4. La cuarta opción es aquella que hemos denominado como *función protectora*, esencialmente paternalista, minoritaria en las entrevistas, pero de muy amplia influencia social, que se define como una opción de control social y como una alternativa sociocomunitarista.

Estos cuatro discursos se han elaborado a partir del análisis de tres preguntas concretas:

- a) La *visión general de la integración social del drogodependiente*.
- b) Los *obstáculos, problemas o condicionantes* que intervienen en el proceso hipotético de recuperación e integración.
- c) Finalmente, qué tipo de *alternativas y medidas*, estatales y sociales, había que tomar para afrontar la integración social del drogodependiente o, en su caso, para encarar los problemas sociales que generan las drogodependencias.

**CUADRO 26**  
**DISCURSOS IDEOLOGICOS BASICOS SOBRE INTEGRACION DE DROGODEPENDIENTES**

| Políticas jurídico-penales                        | Ideologías básicas                         | Políticas sobre drogodependencia                     |   |   | Terapias sociales                  | Imágenes dominantes   |
|---|--|--|---|---|------------------------------------|---|
|   |  | Objetivos generales                                  | Objetivos concretos   | Efectos sociales                                      |                                    |   |
| <i>Función de represión del tráfico y consumo</i> | Segregación selectiva del drogodependiente | Seguridad ciudadana                                  | Lucha contra el tráfico                                       | Represión del drogadicto-deincuente                   | Aislamiento opor-tunidad limitada  | Ilusión represiva   |
| <i>Función de gestión del conflicto</i>           | Agregación funcional                       | Gestión estatal del conflicto derivado de las drogas | Lucha contra los efectos antirracio-nales de la desvia-ción   | Rehabilitación del drogodependiente joven conflictivo | Rehabilitación par-cial            | Ilusión terapéutica   |
| <i>Función de integración social</i>              | Integración parcial                        | Creación de espacios de desarrollo individual        | Lucha contra la imagen social nega-tiva del drogode-pendiente | Incorporación so-cial del drogode-pendiente ciudadano | Recuperación glo-bal               | La posibilidad de una vida social sin drogas/pesimismo sobre su concre-ción |
| <i>Función protectora</i>                         | Tolerancia limitada                        | Control social                                       | Lucha contra los efectos anómicos del consumo                 | Aceptación del drogadicto enfermo                     | Curación inscrita comunitariamente | Ilusión sociocomp-nitaria   |

Diseño: Gregorio Rodríguez Cabrero.

## La represión del tráfico y consumo de drogas

El primer discurso sobre la integración social del drogodependiente se articula sobre un supuesto ideológico que es el del *toxicómano enfermo/delincuente*, al que hay que curar y castigar, y estructura su alternativa en base a dos ideas: la *oportunidad limitada de recuperación* y la *segregación como vía de dicha recuperación*.

Este discurso que, en puridad, es minoritario en el contexto de las entrevistas, sin embargo, enlaza profundamente con los estereotipos reinantes en el seno de la sociedad española: el del drogadicto/delincuente al que en todo caso hay que aislar, y excepcionalmente darle la oportunidad de ser curado y castigado al mismo tiempo.

Como en todo discurso, se producen contradicciones y diferencias internas en el mismo, pero la línea argumental aquí desarrollada se compone de dos subdiscursos que hasta cierto punto se complementan.

*El primer subdiscurso* sería aquel que considera que en lo referente a la reinserción social del drogodependiente «la sociedad debe dar un paso adelante *hasta el límite claro*, y aquel que no acepte el paso la sociedad debe caer con el rigor [...]; si tú no quieres vivir con nosotros, digamos que por la *vía normal*, tendrás que hacerlo por la *vía de la coacción*». Este sería el *discurso de la oportunidad limitada*.

*El segundo subdiscurso* sería el de la *segregación completa temporal* como vía de reinserción. Apoyándose en el supuesto de que «nunca se podrá conseguir en una totalidad» la reinserción social y que la sociedad en modo alguno es responsable de su situación («la sociedad no le ha hecho nada, la sociedad tiene los mismos límites para todos los que la componemos»), es preciso intentar curarlos, pero «fuera de su ambiente [...] pues en cualquier momento la recaída es posible».

Desarrollando ambos subdiscursos se podría afirmar que mientras el primero enfatiza en la *oportunidad limitada* de curación, aceptando cierta responsabilidad social, el segundo refleja al drogodependiente desde una *profunda desconfianza social*.

### a) Oportunidad limitada de recuperación

En el primer subdiscurso, se parte del supuesto de que el drogodependiente es un enfermo, la drogodependencia es una *enfermedad*, «un problema social», que hace años no preocupaba a la sociedad española «porque era un problema de marginados, o de unos cuantos que no molestaban a nadie», y ahora se ha convertido en un problema colectivo del que nadie «quiere ni hablar del tema» y, por otra parte, es un problema complejo que no admite una «simple operación quirúrgica».

Además, si es un problema social «la sociedad no puede arrojar la toalla cuando en su seno y circunstancias económicas se ha creado el pro-

blema». Por ello, frente a la posición de la función de gestión del conflicto que generan las drogodependencias («acostumbrarnos a vivir con el problema de las drogas en el mundo actual, que yo lo entendí como un arrojar la toalla; no lo puedo solucionar, pues convivo con ello»), hay que asumir que «el problema es de todos [...] que lo hemos creado todos». Siendo el problema de todos, sin embargo, en este discurso no se identifican las variables sociogenéticas del problema, excepto el contexto general de malestar socioeconómico del que todos somos responsables.

Este contexto genérico justifica la oportunidad limitada de recuperación e inserción social que se apoya en una cierta *segregación curativa* y en una llamada ideal a la *generosidad de la sociedad* frente al problema. Esto supone o implica varias consecuencias:

a) Un *tratamiento en un «centro con regularidad»*, que pueda justificar la suspensión o reinserción condicional de una pena en el caso de los drogodependientes-delincuentes.

b) *No se descarta que la cárcel sea eventualmente un lugar adecuado*, pues «se dice que en la cárcel no se puede hacer ningún tipo de rehabilitación ni de reinserción social [...] pero se puede intentar [...] no tiremos la toalla».

c) Además, la sociedad tiene que dar una oportunidad a los drogodependientes delincuentes, pues «de alguna forma es un poco egoísta la sociedad si ya a ciertos colectivos, como puede ser éste, en determinadas circunstancias dice no, esto no tiene solución, lo que hay que hacer es encerrarlos o dejarlos por ahí hasta que caigan muertos». Por tanto, «*démosle una oportunidad* de admitirle [...]. Luego lo que también puede la sociedad, como contrapartida, es exigir a aquel que *no responde*; habrá que tomar *medidas más drásticas contra él*», pues dado que el drogodependiente «pierde un poco la voluntariedad y es apático, es voluble, también hay que tener un poco de rigidez, porque otro problema que hay [...] es que pensamos que por ser drogadicto entonces no hay suficiente rigidez [...]. No ser egoísta [la sociedad] y dar oportunidades, pero por otra parte ser rígido». En suma, como se trata «de un colectivo difícil [...], yo creo que también hasta cierto punto la sociedad debe dar un paso adelante hasta el límite claro, y aquel que no acepte el paso la sociedad debe caer con el rigor».

## b) La segregación, vía de recuperación

El segundo subdiscurso responde más claramente a los elementos básicos del discurso general que consideramos. En primer lugar, el toxicómano es definido como «un *enfermo*, es un *enfermo muy dañino*, pero un enfermo», cuyas raíces no están en la sociedad y en sus condicionantes, sino en él mismo y en la oferta existente de drogas. En segundo lugar, como no existe responsabilidad civil, sino sólo individual, «la *sociedad, indudablemente, tiene que ser negativa, tiene que ser negativa a la rein-*

*serción pues está muy escarmentada*, sufre en sus propias carnes los efectos de estas personas». Se reconoce que si el drogodependiente delincuente sale sin curar de la prisión, vuelve a *la sociedad* con el mismo problema, ésta «lógicamente *se defiende de él y se defiende cerrándose*. Yo creo que la sociedad se puede hacer receptiva cuando se le den ejemplos, cuando se le den ejemplos de que la labor que se está haciendo, llamémosla desde los organismos del Estado, desde los profesionales [...], es una labor efectiva y positiva».

Sin embargo, «uno de los fallos puede ser el considerar que todos los drogodependientes son iguales». Para empezar, todo drogadicto que se quiera reinsertar debe tener voluntad de reinsertarse, «si no hay esa voluntad, es imposible inculcársela porque precisamente la droga lo que conlleva consigo es la pérdida de la voluntad del individuo, debido a sus circunstancias» y «no tiene por qué culpar a la sociedad».

Referente a la reinserción de los drogadictos delincuentes, y sobre la premisa anterior, se pueden delimitar dos categorías o niveles de reinserción:

El primero, supone la posibilidad de reinserción en centros donde cumpla su condena y pueda curarse: «*por el hecho de ser enfermo no tiene por qué ser privado de un castigo*; pero lo que no me cabe la menor duda es que ese castigo debería ser llevado en un sitio, que además de cumplir ese castigo, le sirviese para curarse...», puesto que «la sociedad, si se le da motivos, no tiene ninguna pega en volver a aceptarlo».

Pero al mismo tiempo, aunque se puede conseguir la reinserción social del drogodependiente, «el *problema nos va a desbordar*, de hecho nos está desbordando», pues la «enfermedad es difícil de curar, *no existe un antídoto para poder curarla*» y «a lo mejor no queda más solución que, efectivamente, *tenerlos que marginar* [...]». Creo que la lucha tiene que ser en dos frentes: apartar a los que ya son e impedir que entren nuevos».

El primer grupo de curables lo puede ser en centros «cerrados [...], fuera del entorno familiar y fuera del terreno que domina», que no tiene que ser una cárcel, puede ser «un sanatorio u hospital-cárcel, vamos a llamarlo así». En todo caso, en un centro cerrado donde empiece «ya con su ejemplo propio de *pagar esa culpa, eso no lo podemos olvidar nunca*, pues es como la sociedad luego le va a aceptar», pues si no se produce así «la sociedad va a decir: muy bien, ustedes hagan lo que quieran, pero yo no les quiero, pónganlos ustedes en alguna parte, *cerquen una ciudad y guárdenlos todos allí*».

Pero existe un segundo grupo de no curables, los llamados *terminales*, «que por muchas cosas que se quiera hacer con ellos [...], el terminal siempre va a estar ahí» y que, por tanto, no tienen ningún tipo de curación.

Finalmente, el problema de la drogodependencia sólo tiene solución con una legislación adecuada que la penalice. Legalizando el consumo

quizás logramos que el delito baje, «porque a lo mejor a la sociedad lo que verdaderamente más le molesta no es el drogadicto, sino los efectos que conlleva». Pero con ello «no solucionamos ningún problema, al legalizar la venta de droga lo que conseguiríamos es quizás matarlos, porque al tener la droga a su alcance se la pondrán y como no tiene límite [...], llegaría un momento en que ellos mismos se matarían». Pero como ya no es posible parar el consumo, al menos necesitaríamos apoyos jurídicos para luchar contra el tráfico interviniendo de forma rápida, puesto que «si pudiéramos cortar el grifo, entonces nos quedaríamos con el problema de un colectivo que, bueno, que está ahí, pero que tienen curación».

## La gestión del conflicto que generan las drogodependencias

En este discurso entran aquellas posiciones teórico-ideológicas que asumen la necesidad de afrontar la reinserción e integración del drogodependiente, pero cuya concepción final se apoya en dos ejes: la consideración de que *los drogodependientes son enfermos* y, además, que la sociedad debe afrontar el problema en aras de su propia normalidad o, dicho de otro modo, el problema hay que *asumirlo y gestionarlo*.

Sus diferentes mentores consideran, para empezar, que el término de reinserción social no es correcto y prefieren el de integración, dejando el de reinserción reservado para el campo de la delincuencia en general, mientras que el concepto de integración sería aplicable a cualquier tipología de drogodependientes.

### a) Una enfermedad social llamada drogodependencia

En todo caso, el drogodependiente es un *enfermo*: «Había que acentuar, sin olvidar las medidas de prevención y de seguridad que haya que adoptar, hay que acentuar la *idea de que se trata de enfermos*, creo que eso lo estamos viendo todos los días; se trata de personas que sus facultades cognoscitivas, sus facultades volitivas, las tienen seriamente dañadas»; siendo personas que están enfermas es preciso evitar su rechazo social, facilitando su reinserción y poder vivir como ciudadanos «sin tener que recurrir a medios [...] delictivos para poder subsistir».

La reinserción consiste, así, en liberar de ataduras («la atadura de la droga») al drogodependiente joven, que es donde se concentra la asociación delincuencia/juventud, aunque se reconoce que «el drogodependiente en principio no es delincuente, aunque lo es normalmente *a posteriori*».

La reinserción es un proceso de ajuste o normalización en el que se supone que «el objetivo es que la persona se *desintoxique*, a los efectos de *recuperar el camino del cual se salió en un momento concreto*». Proceso, además, que se traduce casi siempre en una ilusión terapéutica que

se concreta en una rehabilitación nunca definitiva, sino sólo parcial, puesto que «en algunos términos te planteas que puede ser irrecuperable, porque además de su problema de droga, yo personalmente no creo sea fácil recuperar a nadie, puede ser fácil incluso conseguir una integración más o menos acertada [...], pero *dexintoxicarse de una forma absolutamente definitiva* yo creo que, para qué nos vamos a engañar, francamente, la experiencia dice que *es francamente difícil*. Pero, bueno, aprovecha esa coyuntura que ya no es la coyuntura de la marginación, sino la coyuntura de la necesidad de asistencia médica, psicológica, terapéutica, como se quiera llamar».

Así, la drogodependencia se define como una enfermedad, asociada a la delincuencia, «*la asociación entre delito y droga está demostrada*», y cuyo objetivo es lograr algún tipo de rehabilitación, incluso de forma contradictoria se presume una integración social, aunque no se logre la imposible desintoxicación absoluta.

Estas limitaciones sobre la posibilidad real de rehabilitación, no es un impedimento para remover los obstáculos que impiden la integración en la estructura social de los sujetos drogodependientes.

## **b) Asumir la normalización**

Existen *los obstáculos de tipo estructural*, cuya importancia se reconoce, pero *frente a los cuales nada podemos hacer*, pues «tienen que solucionarse en la instancia social, problemas del paro», es decir, «obstáculos sociales difíciles de superar». De ahí que el discurso se concrete en obstáculos que son «más importantes» y que se refieren a la sociedad en general, a la escasez de recursos existentes y al seguimiento del proceso recuperador de los drogodependientes.

En cuanto a la sociedad es necesario que exista «un ambiente social que lo facilite o, al menos, que no sea un impedimento para poder vivir normalmente». Se trata de un *desideratum* genérico. De otra parte, los problemas realmente determinantes son los de recursos y seguimiento: «el primer problema que se plantea es que no existen alternativas [...] mínimas, en cuanto a que no existen los centros institucionales en que puedan ser ingresados para poder superar su drogodependencia, salvo que por sus posibilidades económicas puedan acudir a instituciones privadas»; es decir, «el ciudadano o la familia del mismo [...] no sabe a quién acudir [...]. No sólo ése es el problema, sino la escasez de centros públicos y, lo que a nosotros nos parece más importante, la inadecuación de los centros privados [...], digamos las comunidades terapéuticas de carácter privado».

Así, *el problema central* que aquí se plantea es *la falta de recursos*, o mejor centros en los que poder ingresar a los drogodependientes. Cuando se habla de ilusión terapéutica, nos referimos precisamente a la magnificación del «centro» como clave de la intervención terapéutica. La gente

no sabe dónde acudir y es responsabilidad del sector público el crear centros asistenciales suficientes.

El problema es el seguimiento del drogodependiente, en un doble sentido; uno referido a los drogodependientes que pasan por un período de abstinencia en una prisión y son puestos en libertad condicional sin seguimiento de ningún tipo, con lo cual volverán a «la zona donde había delinquido, indudablemente a la zona donde tiene la droga, con más ganas, porque la va a obtener más barata y en mejores condiciones que cuando estaba en el centro penitenciario, [de forma] que es difícil en esta persona superar su drogodependencia si no tiene la posibilidad de obtener ayudas imprescindibles». A nivel general, se considera que *no se ha descubierto «el tratamiento adecuado»*, «no se han conseguido los resultados suficientes como para saber cuál es el tratamiento mejor que se tiene que dar», lo que explica en gran parte los fracasos de recuperación (rehabilitación parcial) y supedita las políticas de intervención al descubrimiento del «tratamiento adecuado» (ilusión terapéutica).

Para terminar, en este discurso se señalan algunas vías alternativas de gestión del conflicto que generan los drogodependientes delincuentes. En primer lugar, aunque es deseable la integración en sus ámbitos sociales concretos, es deseable su *integración a partir de un tratamiento en «establecimientos especializados o en unidades especiales de establecimientos penitenciarios generales»*, esto sería aplicable tanto a los que están en prisión como a los que están en libertad condicional. En segundo lugar, se critica la reforma del Código Penal de marzo de 1988 en el sentido de que en lo referente a la recuperación del drogodependiente dicha reforma es estrecha y, por ello, sería necesario que se diera «al juez mayor arbitrio para poder conceder la remisión condicional, inclusive aunque se trate de reincidentes, porque precisamente los reincidentes, sobre todo cuando ha sido una situación de drogodependencia importante, han podido cometer hechos delictivos muy seguidos en el tiempo». Otras posturas, estando de acuerdo con esta posición, no dejan de sostener que existe un colectivo marginado, un *colectivo de no retorno*, que quizás puede estar mejor en prisión temporalmente, si en ella no circula la droga: «lapsos de tiempo, en los que sólo por la imposibilidad de conseguirlo [...] llega un momento que dices es que, bueno, *están mejor en la prisión que en la calle*».

## La integración social del drogodependiente

*La función de integración social de las políticas penales y punitivas es un discurso genérico que se sitúa positivamente en favor de la integración social del drogodependiente, aunque en diferentes grados y matices. Como tesis general, este discurso sostiene que la lucha contra el tráfico oligopólico de la droga no es estéril, pero considera que la lucha contra el mismo produce efectos injustos en los sectores más débiles de la sociedad y genera ideologías discriminantes sobre los colectivos de drogodependientes.*



### a) Dos posiciones causales

Dentro de este discurso general se pueden diferenciar *dos subdiscursos*: el *primero* es aquel para el cual la drogodependencia tiene su origen en la propia estructura social. No es un discurso muy elaborado, pero indica que las *causas del problema son internas* y más que de reinserción habría que hablar de marginación, «de la pobreza de la vida en los barrios, de por qué esta gente, en un momento dado, entiende que es marginada, por qué vive unos valores diferentes y vive en un mundo diferente [...]. Habría que analizar *todas las causas de la marginación*, analizar, pues, lo que supone la incultura, la pobreza, la falta de educación a todos los niveles, la falta de alternativas posibles que tienen...».

El *segundo subdiscurso* considera, como en los discursos anteriores, que se trata de una *enfermedad que sólo se explica en función de la estructura social*, combinando el factor agente externo y su contexto interno de desarrollo: «La toxicomanía debe reclutarse en una *enfermedad* [...], *enfermedad mental*, o desde algo parecido a una enfermedad, enfermedad social. Está claro que en todos los casos hay que buscar las causas remotas». Se trata «más bien de un problema de salud que de un problema social [...], las enfermedades no se curan como por ensalmo y probablemente ésta menos que ninguna, pero se pueden conseguir remisiones, suavizaciones, que pueden determinar que el individuo pueda reintegrarse de nuevo».

Tenga su origen en causas estructurales o en el hecho de ser una enfermedad, lo cierto es que su traducción sociológica es desigual y se está de acuerdo en que los drogodependientes se distribuyen en tipologías sociales. Así tenemos quien los diferencia por su *nivel de integración social*, distinguiendo entre *disociales*, *asociales* y *antisociales*, lo que implica actividades diferentes de *inserción*, *resocialización* y *reinserción*, puesto que «ni todas las drogas son iguales [...], ni todas las dependencias iguales, *ni todos los drogodependientes son iguales*».

También hay quien distribuye a los drogodependientes por su origen y prácticas sociales, diferenciando entre el drogodependiente de clase alta, el de clase obrera y el marginal o tirado: «y el toxicómano de *clase alta*, o más o menos, bueno, no alta, pero *clase media*, que se puede subvencionar más o menos la droga, pero que llega un momento en que no se la puede subvencionar y entonces comete un tipo de delitos que suelen ser venta de droga [...], y normalmente no tiene grandes problemas con la justicia [...], luego el resto [...], hay una diferencia de dos niveles, uno es el *toxicómano tirado*, que podríamos decir que es un desastre, que es el que hace la Sirla, [...vive] en el, por ejemplo, Poblado de Caño Roto [...]. Es una pobreza espantosa, es una incultura horrible, ésta es una persona que entra y sale continuamente de la cárcel [...]. Y luego están los que son hijos de obreros cualificados más o menos, una *clase media-baja* [...]. Estos realizan robos mucho más cualificados».

## b) Crítica a los obstáculos segregantes

Estos diferentes toxicómanos se enfrentan, a distintos niveles, a obstáculos que impiden en mayor o menor grado su integración. Aquí, igualmente se plantea una doble crítica.

La primera sería una crítica radical de los supuestos ideológicos y asistenciales que, en gran medida, confluyen en los drogodependientes:

a) «Al toxicómano se le considera un delincuente más» cuya probabilidad de recuperación, cuando realmente es delincuente, es «imposible porque todos tienen antecedentes, todos son reincidentes y, además, se les condena siempre a cuatro años».

b) Es preciso un «cambio de mentalidad muy grande» en relación al tema, aceptando, ahora de forma fatal, que «*es un enfermo crónico* que va a estar siempre ahí y no como un individuo que delinque», y, por otra, evitando los problemas de orden público que genera a través de la legalización: «si alguien se quiere drogar, pues que se drogue..., se le dé en un dispensario la droga en una cartilla y pueda comprarla a su precio y entonces así atacamos el problema de la seguridad ciudadana. Lo que pasa es que eso tú lo hablas con la gente [...] y te dicen ¡qué horror! [...]. En cambio están viendo alcohólicos y no te hablan de basura».

c) «*El problema del tratamiento en la prensa es que es nefasto*», por ello había que mejorar la información, haciendo incluso «una campaña [...] de lo que es realmente un toxicómano», además de explicar a los niños en las escuelas para que no vean al drogadicto como un «monstruo».

d) Por último, «el problema de la reinserción, *las instituciones públicas tampoco se lo han planteado globalmente*, lo que se han planteado es buscar alternativas laborales, talleres ocupacionales [...]; pero no son salidas totales o globales [...]; nos teníamos que plantear primero por qué esa persona es un marginado social».

La segunda crítica acepta en parte los argumentos de la precedente, ponderando unos y enfatizando en otros:

1. Como en el caso anterior, el principal problema de la integración social del drogodependiente es la *imagen social* respecto de la droga, «la *excesiva magnificación* del fenómeno, el de la *excesiva dramatización del fenómeno* por ciertos medios de comunicación, incluso por ciertas instancias públicas que han hablado de la droga como si fuera el mal de nuestro tiempo». Existe una «actividad totalmente maniquea, una actitud de a la horca con ellos [...] en un clima de brutal autodefensa [...] frente a los que, supuestamente, asumen el papel de traficante y mecanismos defensistas de las pobres víctimas [...] cuando el mecanismo real es el de un *consumidor traficante*».

2. Esa imagen social negativa tiene su otra cara de la moneda en que el drogodependiente es presentado «como el héroe de nuestro tiempo, como el ser que desafía la muerte; esto tiene una fuerza atractiva induda-

ble», al mismo tiempo que su repudio social, el miedo «al contagio» hace que «ese mundo quede en manos de sectores marginales, de pequeños grupos radicales de diverso signo [...] que hacen de la droga prácticamente un problema de planteamiento ideológico, político [...], para realizar una labor redentora».

3. Como consecuencia, se ha forjado un «*estereotipo de drogadicto que naturalmente se marginará* profundamente, el drogadicto *delincuente, el drogadicto peligroso* [...]. La persona contra la que hay que reaccionar de forma dura y defensiva, porque está contra todos nosotros», y esto es naturalmente un obstáculo para la reinserción del drogadicto.

4. Por último, el problema del *propio modelo judicial*, que es *insuficiente para abordar el problema*. Se requiere un modelo apoyado «en una verdadera relación de confianza entre el juez y la policía» y «un modelo de concentración de responsabilidades en demarcaciones asumibles». También se señala que la última reforma es insuficiente para favorecer la integración social del drogodependiente puesto que *la reforma* no está pensando en ese drogodependiente tipo, «*está pensando en otro inexistente* que se le pueden meter hasta dos años [...], esas penas nunca las tiene el drogodelincuente ni el del trapicheo que, simplemente, trafica en función de su consumo».

### c) Alternativas

En base a todo lo anterior, en estos discursos se da un conjunto de alternativas que pueden superar las críticas realizadas a las imágenes sociales y políticas públicas en drogodependencias.

Ante todo, se trata de romper *la cadena regresiva*, que genera tanto gasto en policía y cárceles y en ese «entrar y salir continuamente» de la cárcel. Además, esta última «es un universo completo en sí mismo y absolutamente separado de la sociedad, y naturalmente el drogadicto no se rehabilita [...]. Vamos, nadie se rehabilita en prisión».

En segundo lugar, *la alternativa a la prisión no son las CT* que «son evidentemente productoras de una clase distinta de marginación, en definitiva de una nueva marginación [...] apartamiento del drogadicto como un apestado». Por el contrario, «*no hay reinserción sin sociedad* [...] en el medio en que vive el individuo», luchando no sólo contra la drogodependencia, sino buscando «fórmulas muy descentralizadas», pues «lo que mejor funciona son las respuestas del barrio, de la pequeña comunidad, del pequeño círculo que rodea al toxicómano en particular». Además, es mucho más barato que «crear una especie de prisiones alternativas desde el punto de vista de la Administración».

Finalmente, «*la lucha preventiva contra el tráfico* es una condición *sine qua non* para llegar a logros sustanciales en el camino de la rehabilitación». La razón es que la drogodependencia no solamente produce dro-

godependencia, sino que produce una cantidad de corrupción en la sociedad y en el aparato estatal impresionante [...] porque es un negocio donde se mueve muchísimo dinero y mucha gente está dispuesta a corromperse, y si no está dispuesta ya hay quien se encarga de ponerle la tentación».

## La función protectora

La *función protectora* de las políticas jurídico-penales se inscribe dentro de una corriente que podríamos denominar como socialcristiana, que trata de ubicarse entre un liberalismo *práctico* suavizado y una opción sociocomunitaria *ideal*.

La responsabilidad de la droga es, en gran medida, perteneciente al «Estado moderno, competitivo y consumista, [que] es por sí mismo creador de marginación». La lucha contra la drogodependencia no puede situarse en las manos absolutas del Estado, ni dejarse al devenir de las fuerzas de la sociedad libre. «Ni el capitalismo, ni el marxismo han dado respuesta»; ello sólo es posible en una «sociedad ideal, una utopía realizable [...], ésa sería en la que todos los miembros de la *comunidad* tuvieran un desarrollo educativo, cultural [...], tuvieran un desarrollo económico también suficiente y no se crearan estas grandes lagunas de miseria y de paro».

La drogodependencia suele ser, en general, una marginación sobreañadida, pues la mayoría de los drogodependientes proceden del mundo de la marginación en general. La reinserción implica la protección de los individuos de una sociedad, dándoles de nuevo «la mano», superando los recelos y anteponiendo su sentido de *solidaridad*.

La reinserción es una forma, también, de control social, pues «está beneficiando al *cuero social*, el que la sociedad tenga a todos los individuos, a todas las personas que la componen, en un *sistema de normalidad*».

El drogadicto en resinserción es un enfermo, de manera que «la reinserción ideal sería aquella que lograrse que el toxicómano se olvidase de que en algún tiempo lo ha sido», pero el problema no sólo está en él mismo, sino también en la propia sociedad en la medida en que hay una *desconfianza social* hacia ellos. Frente a este hecho se presentan dos alternativas aparentemente contradictorias: la primera insiste en el discurso típico sobre el proceso de recuperación de elaborar «programas específicos, de cara al perfeccionamiento de la persona humana [...] y en beneficio de la educación del drogodependiente». En la medida que el principal problema de la drogodependencia es la *dependencia*, sólo *sistemas especiales* muy concretos pueden recuperar la libertad de las personas. La segunda insiste, por el contrario, en que los programas especiales son un gravísimo error «porque es seguirles marcando para toda su vida; lo que hay que colocarles es en las condiciones de sentirse capaces de *competir*

con los demás». Vivimos en una sociedad de competencia y «*conviene que se incorporen a una sociedad de competencia*, que es en la que van a vivir [...], que se estimulen y se defiendan».

Por tanto, la lucha contra la drogodependencia consiste en luchar contra los efectos anómicos del consumo, contra aquello que impide hacer de un individuo un miembro *competitivo* de la sociedad. Al drogadicto se le acepta para que, superando su anomia, se incorpore a la normalidad social del orden competitivo. El aislamiento es temporal y curativo, lo definitivo es su incorporación «de verdad a luchar en el mundo de la competencia».

La integración tiene lugar en un contexto de ilusión sociocomunitaria que vele los conflictos y verdaderos condicionantes de la integración social. Para empezar, se enfatiza en que buena parte del camino se recorre tendiendo la mano total del cuerpo social que, aunque desconfía, puede ser apelado en su generosa solidaridad. En segundo lugar, la *educación* se transforma en la palanca del cambio, entendida como «perfeccionamiento de la persona», de toxicómanos y no toxicómanos, de forma que «llegado el caso todos tengamos unos criterios muy claros de cuándo tenemos que aportar algo en beneficio de los drogadictos»; es decir, en favor de su libertad que sólo es posible dentro del cuerpo social. En tercer lugar, la *reinserción es ser competitivos a través de un trabajo normalizado*, de ahí que «si el Estado, empezando por sí mismo y el mundo empresarial, en todos los sectores de la economía, no hace una labor de revisión a fondo de sus propias posturas y de su propia situación, la reinserción será muy difícil». De este modo se pide al cuerpo social internamente estructurado, como competencia organizada (realismo liberal), que permita la incorporación de sus miembros anómicos al sistema de competencia, apelando a su solidaridad y basándose en la eficacia del sistema educativo (ilusión sociocomunitaria).

Quizá sea éste el discurso más explicativo, dentro de su aparente oscuridad, sobre integración social del drogodependiente, en el que la incorporación social se presenta como una clara adecuación a un mundo de dura competencia y paro como es el actual, como adecuación a un contexto de liberalización y cambio exacerbados, que genera divisiones y fracturas sociales que, sin embargo, quedan diluidas en un retorno a la comunidad utópica de solidaridades sociales.

### 11.3. Contextos estructurales y alternativas

---

Hemos tratado de establecer discursos diferentes sobre la integración social del drogodependiente, a partir de un conjunto de entrevistas en profundidad significativas.

*Las diferencias, sin embargo, no pueden velarnos aproximaciones «sintomáticas» sobre ciertos estereotipos dominantes en nuestra sociedad y que, en mayor o menor medida, recorren el espectro ideológico. Con matices diferentes, las drogodependencias son una enfermedad de tipo crónico y de difícil resolución que en unos casos se pretende aislar, en otros controlar y, en los menos, comprender y dulcificar sus efectos. En casi todos los casos se trata de un agente externo al que hay que combatir, prohibiendo, persiguiendo o controlando.*

Por otra parte, como consecuencia de lo anterior, un mayor o menor pesimismo recorre las entrevistas respecto a la integración del drogodependiente. En unos casos se trata de un *pesimismo maniqueo*, en otros de un *pesimismo antropológico*, mejor o peor matizado, pero que sin duda responde a la *profunda desconfianza social* existente frente al drogodependiente y a las *tendencias aislacionistas* frente al problema en su conjunto.

Las diferencias existentes entre los discursos estriban no tanto en la explicación profunda del problema, cuanto sobre todo en el tratamiento de sus efectos sociales. Las tendencias integradoras son minoritarias a la luz, no de la influencia de sus representantes, sino del curso actual del tratamiento de la política criminal sobre la droga. *La línea mayoritaria parece discurrir sobre dos ejes: uno más visible, que se corresponde con la necesidad de gestionar un problema social de amplio impacto, y que se traduce en la intervención terapéutica, y otro de carácter difuso, pero más importante si cabe, que se traduce si no directamente en el aislamiento del toxicómano en general sí en el control y aislamiento del drogodependiente-delincente, a través de políticas criminales que no se corresponden con el tipo de drogodelincuente generalizado en nuestro país. Las políticas criminales y las de recuperación no parece que encuentren fácilmente vías de encuentro, con lo cual la seguridad se impone a la recuperación o integración. La primera es esquemática y sólo actúa en el momento, la segunda es dialéctica y actúa en el largo plazo. A la seguridad sólo le importa el crimen y a la integración le importa la gente.*

---

El problema es que como el tipo predominante de drogodependiente es el consumidor-pequeño traficante, normalmente muy condicionado por su origen de clase y circunstancias sociofamiliares, las políticas de intervención tienden, por el lado de la seguridad, al estilo *over-policing* o *saturation policing*, como señalan Hillyard y Percy-Smith; es decir, la sospecha automática sobre grupos de riesgo social, pues «es mucho más duro de convencer a quienes viven en los márgenes de la sociedad que ellos tienen un interés en el presente sistema y, por tanto, no tienen fundamento para protestar» (Hillyard y Percy-Smith, 1988).

De este modo, los discursos analizados son un indicador de la tensión actual entre *exigencias de la seguridad* y *necesidades de integración*. Las tendencias actuales en favor de una seguridad o criminalización contenida, pueden responder a fuertes emociones y presiones colectivas, pero de lo que no hay duda es de que difícilmente pueden favorecer políticas flexibles de integración social. En todo caso este debate seguirá siendo tan duradero como áspero.





## Capítulo 12

# Conclusiones

---



---

La síntesis de todo trabajo no deja de ser un complejo esfuerzo, ya que el investigador tiene que prescindir de considerar muchos problemas importantes que han aparecido a lo largo del proceso investigador y también porque se ve obligado a señalar qué logros o avances se han producido eventualmente y qué lagunas o espacios de indagación quedan pendientes para el futuro. Esta es la doble tarea que trataremos de abordar aquí.

## La problemática global de la integración social

El objetivo del trabajo ha consistido en aproximarnos al conocimiento de la problemática global de la integración social de los drogodependientes en nuestro país, tratando de profundizar en una línea de reflexión e intervención que empieza a tener una creciente importancia.

El contexto sociológico de la investigación viene delimitado por cuatro procesos importantes:

1. El primero es *institucional* y se caracteriza a su vez por dos notas: desde el punto de vista político se ha empezado a adoptar una visión global del tratamiento de las drogodependencias mediante líneas de actuación coordinadas; desde el punto de vista *asistencial*, la reinserción ha empezado lentamente a situarse en el centro del proceso de recuperación, bajo contextos no especializados, abiertos y diversos, y tiende a materializarse en el seno de la propia sociedad.

2. El segundo contexto es *ideológico* y viene dado por el hecho de que, en conjunto, la sociedad española ha venido construyendo un estado de progresiva consternación frente a la problemática de las drogodependencias, especialmente frente a sus efectos sociales más clamorosos, al que no han sido ajenos los medios de comunicación en calidad de difusores/reproductores; de forma que ese estado se ha materializado en un conjunto de estereotipos (drogadicción/enfermedad, drogadicto/delincente), que están en la base de las actuales presiones criminalizadoras del problema y que frenan los esfuerzos paralelos de normalización.

3. El tercer contexto se refiere a la *práctica de la integración* del drogodependiente. El sector asistencial ha venido a asumir en parte que los procesos de integración social son plurales, que sus prácticas individuales tienen diferentes agrupaciones sociales y que se trata de un proceso desigual y dinámico que se inicia, no como una etapa, sino en el momento en que un drogodependiente toma conciencia de su incompatibilidad con el consumo de drogas, y decide iniciar un largo y tortuoso camino de recuperación.

4. El cuarto contexto se refiere a las *políticas criminales* sobre drogodependencias que enlazan y se apoyan en las ideologías y emociones sociales. Se trata, básicamente, de la tensión existente entre políticas asistenciales y políticas de criminalización, que ha discurrido a través de reformas jurídico-penales, primero improvisadas, luego tolerantes y finalmente condicionadoras de los procesos terapéuticos. La realidad asistencial y la criminal han entrado, así, en relaciones crecientemente contradictorias, siendo la represión del tráfico actual un modelo penal que condiciona los procesos concretos de recuperación/integración.

## El enfoque metodológico de la integración

Desde el punto de vista *metodológico*, se ha adoptado un *enfoque concreto* caracterizado del modo siguiente:

a) La integración social se concibe como un conjunto de relaciones sociales que se modifican a través de estructuras grupales y condicionantes sociohistóricas, que influyen en las prácticas sociales de recuperación individual.

b) Los procesos de integración se materializan en diferentes alternativas individuales de recuperación, programas plurales y actividades de intervención, así como diferentes ideologías y motivaciones sociales.

c) La integración social de los diferentes grupos de drogodependientes se expresa e interpreta pluralmente desde el punto de vista teórico, en cuanto reflejo de distintas experiencias sociales, con mayor o menor arraigo en nuestra sociedad.

Por otra parte, esta investigación se concreta en *cuatro objetivos* que tratan de profundizar en diferentes aspectos interrelacionados de las prácticas de la integración social:

a) Análisis y valoración de los *programas y actividades* de una muestra significativa de instituciones públicas y privadas, aplicando una metodología o enfoque estructural para definir modelos terapéuticos, caracterizar las actividades de integración y ponderar los sistemas de evaluación existentes.

b) Análisis, definición de *estructuras tipológicas* y concreción de *discursos motivacionales* de los procesos de recuperación individual, realizados a través de un doble enfoque de tipo estructural y cualitativo.

c) Aproximación al conocimiento de la imagen social de los procesos de recuperación, tratando de definir sus *ideologías* claves a través de la herramienta del análisis cualitativo.

d) Aproximación a las ideologías existentes sobre los procesos de recuperación en representantes de *instituciones del orden social*, en relación con las actuales políticas criminales, realizado también mediante el análisis cualitativo.

## Posiciones teóricas sobre la integración

En el terreno de las conclusiones, la primera se refiere al *debate teórico* sobre la integración social y los procesos de recuperación, al que nos hemos referido con detalle en el capítulo tercero. La teoría y la práctica de la recuperación de drogodependientes se expresan de forma plural, pero es lo cierto que del predominio de concepciones exógenas se ha pasado progresivamente al de concepciones endógenas.

Las primeras se concentran en las alternativas del *institucionalismo más externo*, que concibe la drogodependencia como una enfermedad individual, se apoya en procesos no recurrentes de recuperación y materializa los procesos de recuperación en espacios cerrados, aislando y subordinando al individuo a un largo camino de autocastigo. Esta posición de segregacionismo totalizante, cuyo instrumento único es la CTD, está hoy siendo superada por su fracaso en la integración social y el cuestionamiento de los derechos del individuo, siendo una tendencia creciente la que contempla la CTD como un instrumento que forma parte de un sistema de recursos cuya orientación fundamental es la integración social del drogodependiente.

A mitad de camino entre las explicaciones exógenas y endógenas están las posiciones modernizadoras, que en sus diferentes versiones propugnan una gestión del problema social de las drogodependencias optando por la utilización de diferentes medios o instrumentos para lograr la normalización del sujeto. En esta corriente existen diferencias internas, como hemos visto; así, para unos, modernización *strictu sensu* o normativizada, el problema se reduce a diversificar los instrumentos de intervención con un solo referente cultural, mientras que para otros, modernización del interaccionismo simbólico, a la pluralidad de técnicas interventoras añade una explicación cultural del propio fenómeno de las drogodependencias, de forma que las tipologías de consumidores son un reflejo de diferentes mundos culturales.

El enfoque anterior, que desarrolla adecuadamente los fundamentos microsociológicos del problema en cuestión y opta por un pluralismo terapéutico, no contempla ni los fundamentos macrosociológicos del problema, ni un tipo de intervención integral en el que la sociedad tenga el protagonismo. Las concepciones de la integración social tratan de cubrir las lagunas anteriores en un esfuerzo aproximativo e interdisciplinar so-

bre el problema, que se asienta sobre los debates y prácticas recientes de nuestro país, la importancia que los condicionantes sociales tienen en los procesos de recuperación individual y la valoración de las ideologías sociales en la integración del drogodependiente.

La opción que aquí asumimos es el enfoque de la *integración social estructural*, que concibe el problema en su génesis social global, entiende las drogodependencias como consumos y abusos diferenciados y vertebrados socialmente, valora el proceso de recuperación de forma dinámica —procesos espirales de integración—, a través de instrumentos y objetivos plurales y mediante un tipo de intervención estructural caracterizado por la flexibilidad, pluriformidad y totalidad.

Este último enfoque nos permite *definir la orientación teórica del trabajo* a partir de cinco notas: el proceso de recuperación es un *proceso contradictorio*, en el que la clave es la recuperación a medio y largo plazo del drogodependiente; es un *proceso global, no divisible*, que se inicia cuando alguien decide poner fin a un proceso adictivo profundo e iniciar su recuperación; es un *proceso psicosocial*, que combina la reconstrucción de la autonomía de los individuos con una mínima normalización social; es un *proceso comunitario*, que se realiza en la sociedad y con recursos normalizados; es, finalmente, un *proceso estructural*, porque los procesos concretos de recuperación están socialmente condicionados.

## Los programas y actividades de reinserción

En relación con los *programas y actividades* de reinserción social hay que señalar los siguientes aspectos:

1. Desde el punto de vista *histórico* o temporal, ya hemos señalado que se trata de experiencias de reinserción de muy corta duración en el tiempo, salvo algunas excepciones, y en muchos casos son provisionales y tentativas, no tanto fruto de la improvisación, sino de la necesidad de responder a demandas concretas que, a veces, sólo se refieren a uno de los aspectos de la reinserción, como es la integración laboral, por muy crucial que ello sea para ciertos colectivos de drogodependientes que comparten con otros grupos la inseguridad o la precariedad. Por tanto, las experiencias analizadas, que insistimos no son toda la realidad, nos permiten indicar que estamos en un proceso cualitativo de experimentación importante que sólo en escasa medida posibilita la valoración de resultados y la realización de síntesis teóricas.

2. Desde el punto de vista *teórico-metodológico*, hemos visto que existen diferentes concepciones de la integración social que hacen difícil la comparación entre programas y resultados, por valiosos que puedan ser en sí mismos en diferentes facetas. Recuérdese que para el enfoque psicosocial la reinserción es un proceso estructural, el proceso global de recuperación, de forma que la reinserción no es una fase metodológica, sino una diferenciación instrumental, mientras que en otros enfoques es

una fase «distinta de» la rehabilitación, identificándose la reinserción con la integración laboral casi en exclusiva o con alguna de las variables que definen el proceso global de recuperación. Ello impide desde comparar cifras —en la medida que en el enfoque psicosocial a veces no se diferencian los asistidos o sólo funcionalmente, y en otros se marcan claras fronteras dentro del proceso asistencial—, hasta las propias dificultades que genera la evaluación de resultados.

3. Desde el punto de vista *institucional*, resulta obvio que los centros y programas no sólo tienen problemas de recursos a la hora de acometer actividades de reinserción, en el sentido estrictamente funcional del término, sino que sobre todo se observa la dificultad de información sobre recursos a los que acceder u orientar a los individuos, y también dificultad de coordinación para utilizar y rentabilizar socialmente los recursos normalizados existentes. Lo que se corresponde con la provisionalidad de programas y actividades que puntualmente se apoyan en otros recursos, pero no los utilizan sistemáticamente de manera coordinada.

En la medida, de acuerdo con la orientación o enfoque teórico que hemos adoptado, en que los centros asistenciales no tienen por qué crear necesariamente estrictos recursos de reinserción, aislados a menudo de la realidad y socialmente segregados, sino, por el contrario, tratar de utilizar los ya existentes, como instrumentos que posibilitan la plural reinserción, parece obvio que debe mejorar el grado de utilización y coordinación con los recursos sociales y económicos normalizados. Lo que supone la *mejora del grado de coordinación institucional*, así como la *promoción en la propia sociedad de las posibilidades ideológicas y materiales que hagan viable la integración social del drogodependiente como miembro de la sociedad*, y no por razón de su pertenencia a un grupo segregado o con problemas de integración.

4. Finalmente, los diferentes programas tienen un reto pendiente: desarrollar *sistemas de información y evaluación* con los que poder conocer adecuadamente las actividades y disponer de apoyo a la hora de diseñar políticas. En este sentido, insistimos en lo antes dicho: la palabra evaluación tiene mucha resonancia, pero su práctica es muy pobre y los avances escasos, y ello es aplicable a todos los enfoques teóricos, máxime a los que teóricamente asumen la necesidad de evaluar actividades. Un esfuerzo de los profesionales y programas del sector no sólo es deseable, sino hasta cierto punto una urgente necesidad.

## Los procesos de recuperación

Los *procesos sociales de recuperación* se han analizado a tres niveles complementarios entre sí: los condicionantes sociológicos de los procesos de integración (quiénes son los drogodependientes en proceso de recuperación-integración), los procesos grupales en que se concretan (cómo son) y, por último, las motivaciones e ideologías que los grupos afir-

man y sostienen sobre el proceso de integración (por qué son así). Es decir, se ha realizado una triple aproximación sociológica al problema, describiendo los procesos de recuperación (perfiles), estructurando grupalmente dichos procesos (grupos sintéticos) y analizando cualitativamente las motivaciones de los individuos (ideologías).

*Los procesos de recuperación son individuales, recuperación uno a uno, pero sus contextos y condicionantes son sociales.* Por eso mismo aquí se ha enfatizado en tres tipos de análisis sociológicos complementarios entre sí. El primero, de tipo *sociodemográfico*, realizado extensamente en el epígrafe 7.4, y explotado en el siguiente epígrafe sobre procesos de integración social, que define a los individuos según su época histórica de consumo, contexto sociológico y actitudes políticas, y que se concreta en prácticas psicosociales de crisis del proceso de socialización y de inserción sociolaboral (grupo de 18 a 22 años), de evasión y desinterés frente a la integración (23 a 25 años), de desintegración de expectativas (26 a 28 años) y de frustración frente al cambio (los de más de 28 años).

El segundo análisis es de *tipo estructural*, que define una tipología de individuos en proceso de recuperación, articulando los procesos dominantes de consumo, el proceso de normalización y sus condicionantes estructurales. Cuando a ese análisis se añade la variable histórico-temporal, el origen de clase y ubicación sociológica y las estrategias en que se concreta la integración, emergen varios grupos que se estructuran básicamente alrededor de *cinco tipologías* que recorren de modo diferente los distintos grupos de edades: los drogodependientes cuyo problema básico es la *inserción social*, otro grupo para el cual el problema es la *reinserción social* en sentido estricto, los colectivos de clase obrera tradicional y clase media baja sometidos a las *tensiones de la reestructuración de su clase* y a las *presiones del entorno socioeconómico* y los grupos sociales para los que la integración es un problema básicamente de tipo psicosocial o estrictamente *ideológico*.

Finalmente, el análisis cualitativo pone de manifiesto cómo los procesos de recuperación son diferentes en función del contexto histórico y sociopersonal de los sujetos, y cómo también se perfila como dominante una visión segregadora del drogodependiente por parte de la sociedad, tal como la perciben los sujetos.

## Los discursos sociales: Reinserción y segregación

*El discurso social segregador* que perciben los sujetos tiene sólidos fundamentos ideológicos. El capítulo diez lo confirma, a partir del análisis cualitativo de cuatro reuniones de grupo. En primer lugar porque el propio debate sobre la reinserción social del drogodependiente no se concretó en claros y diferentes discursos que se mantuvieron en la generalidad o, lo que es lo mismo, la demostración de la carencia de un discurso sólido sobre el tema. En segundo lugar, los discursos existentes es-



tán vertebrados en conjunto sobre una *profunda desconfianza sobre el proceso de recuperación e integración*, ya se trate del discurso de la modernización, ya del discurso sociocomunitarista. En el caso de la modernización, porque la reinserción social viene condicionada por un marco sociocultural único, que ajusta a los individuos en una sola dirección, ajuste funcional al cambio social, y que la práctica no cree que sea posible más que una rehabilitación parcial y recurrente. En el discurso sociocomunitarista, la crítica radical a los condicionamientos sociales del proceso de reinserción se concreta en alternativas antiinstitucionales que, por un lado, niegan al Estado a la vez que le exigen apoyos, y, por otro, sitúa las alternativas de integración en la reconstrucción de vínculos comunitarios, sin tener en cuenta el carácter y peso de la sociedad corporativa y clasista que define a las sociedades contemporáneas.

Es preciso insistir en que la *imagen social dominante es la de escepticismo y fracaso frente al proceso de integración social*, que se concreta en un consenso en torno a un supuesto *círculo vicioso de los drogodependientes*, en continuas y fracasadas rehabilitaciones (*reparadoras*), pero en ningún caso integradoras (*no recuperadoras*).

## Las ideologías institucionales y su reflejo jurídico-penal

Lo anterior puede ayudar a entender el capítulo sobre las *ideologías institucionales del campo jurídico-penal* sobre los procesos de integración social. Las diferentes posiciones teórico-ideológicas (*represión del tráfico y el consumo, gestión del conflicto, integración social y protección del drogodependiente*), no se diferencian tanto en la explicación social de la drogadicción cuanto en el tratamiento de sus efectos sociales.

En efecto, los estereotipos sociales reinantes recorren de forma abierta o matizada los diferentes discursos: el drogodependiente es un enfermo que tiende a ser crónico y proclive a la delincuencia, existiendo una profunda desconfianza social y pesimismo sobre la posibilidad real de reinserción. De ahí las tendencias a favorecer el aislamiento del toxicómano (ilusión represiva), la creencia en la gestión de una rehabilitación parcial (ilusión terapéutica), a una curación reductora de los efectos anómicos de la adicción y supeditada a una concepción de la sociedad que se proclama liberal y se encubre con un discurso comunitario (ilusión comunitarista) o una integración social proclamada, pero mediada por un pesimismo relativo sobre su posibilidad concreta de desarrollo.

De este modo se explican las actuales *dificultades de encuentro entre las políticas terapéuticas y las políticas penales*, y la consiguiente oposición relativa entre ambas. La difícil adecuación entre las tendencias crecientes en favor de la seguridad ciudadana y las políticas terapéuticas que se ven obligadas a circunscribirse en su actuación al marco limitativo de ideologías segregantes y políticas penales criminalizantes. Romper esta oposición es un requisito previo para impulsar procesos posibles de inte-

gración social. Y ello pasa por rearticular la relación contradictoria, ahora quizás más que antes, entre las políticas asistenciales y las políticas criminales, *colocando por delante del control y la sobresospecha a la gente y sus necesidades sociales*.

## El debate abierto

Finalmente, de estas conclusiones esquemáticas se derivan *inevitables puntos de debate*, todos ellos ya conocidos, pero que son cruciales en los procesos de integración social.

1. *En relación con los centros y programas*, resulta obvio que hoy por hoy las actividades estrictamente asistenciales consumen la casi totalidad de las energías y esfuerzos de los profesionales que trabajan en ellos. Sin embargo, existen dos actividades que en el futuro inmediato requieren una especial atención: la *coordinación* con instituciones, programas, etc., de cara a rentabilizar los recursos existentes en el terreno de la integración social. También la necesidad de un mayor esfuerzo en las actividades de *evaluación* de los programas de intervención, sin lo cual no es posible corregir errores y diseñar políticas y actividades socialmente operativas.

2. *En relación con las ideologías segregantes*, existentes en el seno de la sociedad española y que condicionan las políticas de integración social, no caben las peligrosas propuestas de realizar campañas de prensa o institucionales que en este terreno podrían tener consecuencias muy negativas. Sólo cabe pensar en intervenciones con resultados a largo plazo en el ámbito educativo y en intervenciones selectivas en el seno de instituciones de grupos de influencia, a través de debates que contribuyan a clarificar los diversos problemas sociales que se plantean en los mundos de la droga y las consecuencias comparativas que se derivan de las diferentes posiciones ideológicas.

3. De lo anterior deviene inmediatamente el problema de *la relación entre integración y criminalización* de los drogodependientes. Las posiciones segregantes favorecen la criminalización del problema, tal como demuestra la experiencia internacional. El duro debate entre seguridad y libertad tiene aquí una especial manifestación. No cabe pensar que el endurecimiento y aislamiento frente al problema sea la mejor alternativa; todo lo contrario. Al menos dos aspectos habría que aclarar aquí: el primero, hace referencia a la necesaria adecuación entre política criminal y la realidad sociológica a la que quiere dar respuesta aquélla, cuyo divorcio resulta obvio, al menos, en lo que se refiere al tipo de drogodependiente que la legislación penal contempla. El segundo, se refiere a la inadecuación entre políticas terapéuticas y penales, cuyo desajuste sólo puede producir obstáculos reales a la integración del drogodependiente.

Estos tres grupos de problemas no son los únicos que se plantean en la incorporación social del drogodependiente, pero sí son importantes y

urgentes, pues, como se comprenderá, no es un problema solamente de recursos, que en parte lo es también, sino sobre todo de remover los obstáculos que existen para utilizar los recursos existentes en el seno de la propia sociedad. Los obstáculos de coordinación de todo tipo de recursos, la presencia de ideologías segregantes y las tendencias criminalizadoras son actualmente los cruciales. Si no se modifican o alteran, difícilmente se podrá caminar en el desarrollo de políticas de integración en las que el referente fundamental y el protagonismo pertenezcan a nuestra propia sociedad.



## Bibliografía

---



- ABEIJON, J. A., «Asistencia ambulatoria a toxicómanos», en «Las toxicomanías. Prevención, asistencia y reinserción social». *Cuadernos Técnicos de Toxicómanos*, n.º 5, 1985.
- ABEIJON, J. A., «Los sistemas en la demanda del toxicómano». *Comunidad y Drogas*, monografía n.º 1.
- ALVIRA MARTIN, F., *Informes sobre las pautas de consumo de bebidas alcohólicas de los jóvenes españoles*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983 y 1984.
- ALVIRA MARTIN, F., «Los condicionantes del consumo de bebidas alcohólicas». *Revista Estudios sobre Consumo*, n.º 6, diciembre 1985.
- ANDER-EGG, E., *Metodología del trabajo social*. Ateneo, Barcelona, 1982.
- ANTON BOQUE, J. M. y otros, «Estudios sobre el sistema estatal sobre toxicomanías». Manuscrito no publicado.
- BARATTA, A., «El uso de drogas y la justicia». Diario *El País*, 15 de octubre, 1988.
- BARATTA, A., «Introducción a la criminología de la droga». *Comunidad y Drogas*, monografía n.º 3, 1988.
- BEDATE, J., «Reinserción social de toxicómanos». *Drogalcohol*, Nal. 3, n.º 2, 1980.
- BELTRAN VILLALVA, M., «Sobre el contenido de la realidad social», en L. Rodríguez-Zúñiga y F. Bonza. *CIS-Siglo XXI*, Madrid, 1984.
- BELTRAN VILLALVA, M., *Ciencia y Sociología*. CIS, Madrid, 1979.
- BENTHAM, J., *El panóptico. El ojo del poder*. La Piqueta, Madrid, 1979.
- CANCRINI, L., «Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles». *Comunidad y Drogas*, monografía n.º 1, 1987.
- CASAS, J. J., «Aspectos fundamentales de la actual reforma de los delitos de tráfico ilícito de drogas». *Comunidad y Drogas*, monografía n.º 3, 1988.
- CASTEL, R., *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Anagrama, Barcelona, 1980.
- CASTILLO CASTILLO, J., «La función social del castigo: El caso de la prohibición legal del consumo de droga». *REIS*, n.º 34, 1988.
- CIS, «Actitudes y comportamiento de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas». *Estudios y Encuestas*, n.º 2, Madrid, 1987. (Encuesta realizada en octubre de 1985.)
- COLETTI, M., «Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias». *Comunidad y Drogas*, monografía n.º 1, 1987.
- COMAS ARNAU, D., *El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
- COMAS ARNAU, D., «Las bases estructurales de la dependencia y la reinserción», en *Reinserción social y drogodependencias*. Asociación para la Promoción y Estudio del Bienestar Social, Madrid, 1987.
- COMAS ARNAU, D., *El uso de drogas en la juventud*. Ministerio de Cultura, Madrid, 1985.
- COMAS ARNAU, D., «La medida de la incidencia, prevalencia y problemas causados por drogas ilegales». *REIS*, n.º 34, CIS, 1986.
- CONDE, F., «Una propuesta de uso conjunto de las técnicas cuantitativas y cualitativas». *REIS*, n.º 39, CIS, 1987.
- COOPER, D., «La prueba del ácido», en *La gramática de la vida*. Planeta-Agostini, Barcelona, 1986.

- CORNIER, D., *Toxicomanías: Styles de Vie*. Jaëtan Morin, Quebec, 1984.
- DELEGACION DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, *Plan Nacional sobre Drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- DIAZ QUIJANO, J.; SANCHEZ CARBONELL, J.; y PIÑA, L., «Los servicios de atención a toxicómanos». *Cuadernos Técnicos de Toxicomanías*, Cruz Roja, Madrid, 1985.
- DIEZ RIPOLLES, J. L., «La opción despenalizadora». *Diario El País*, 31 de mayo, 1988.
- DURAN, A., «Centro urbano (CURT): una experiencia de tratamiento individual y familiar», en *Los Municipios ante las Drogodependencias*. Dirección General de Acción Social, FEMP y Ayuntamiento de Vigo, 1985.
- EL GLOBO, «Los españoles aportan soluciones para 1988». *Revista El Globo*, n.º 13, enero, 1988.
- EL PAIS, «La sociedad española preocupada e impotente ante el consumo de drogas». *Diario El País*, 16 de octubre, 1987.
- FOUCAULT, M., *Vigilar y castigar*. Siglo XXI, Madrid, 1976.
- FOUCAULT, M., *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI, México, 1980.
- FOUCAULT, M., *Saber y verdad*. La Piqueta, Madrid, 1985.
- FUNES, J., y GONZALEZ, C., «Imágenes sociales, política criminal y proceso terapéutico en drogodependencias». *Comunidad y Drogas*, n.º 3, 1987.
- FUNES, J., y ROMANI, O., «Dejar la heroína». *Cuadernos Técnicos de Toxicomanías*, n.º 6, Cruz Roja Española, Madrid, 1985.
- FUNES, J., y MAYOL, I., «Incorporarse a la sociedad». Cruz Roja Española (en prensa), Madrid 1988.
- FUNES, J., «Proceso penal y proceso de recuperación», *Comunidad y Drogas*, monografía n.º 3, 1988.
- FRYKHOLM, B., «Determination of the drug career. An interview study of 58 exadicts». *Acta Psychiat. Scand.* Vol. 59, 1979.
- GARCIA ALVAREZ, A. y GRAÑA GOMEZ, J. L., «Un servicio social de atención y reinserción del drogodependiente», en *Reinserción social y drogodependencias*, capítulo 14. Asociación para la Promoción y Estudio del Bienestar Social, Madrid, 1987.
- GARCIA ALVAREZ, A., y GRAÑA GOMEZ, J. L., «Métodos de evaluación y tratamiento de datos en un servicio social de atención y reinserción del drogodependiente», en *Reinserción social y drogodependencias*, capítulo 20. Asociación para la Promoción y Estudio del Bienestar Social, Madrid, 1987.
- GARCIA NEBREDAS, B., MENOR SENDRA, J., y PERALES ALBERT, A., «La imagen de la droga en la prensa española». *Comunidad y Drogas*, monografía n.º 2, 1987.
- GEORGE, U., y WILDING, P., *Ideology and social welfare*. Routedge Paul Kegan, London, 1976.
- GOFFMAN, E., *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, New York, Anchor Books, 1965.
- GONZALEZ, C., «Política criminal y drogodependencias». *Comunidad y Drogas*, monografía n.º 3, 1988.
- GONZALEZ DURO, E., *Consumo de drogas en España*. Villalar, Madrid, 1979.
- GUARDIA, J., MASIP, J., y VILA DRICH, «Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento». *Comunidad y Drogas*, n.º 3, 1987.
- GUMPERT, L. J., «Crisis y marginación social». *Alfoz*, n.º 34, 1986.
- HADLEY, R., HATCH, S., *Social welfare and the failure of the State*. George Allen Unwin, London, 1981.
- HENRY, J., y LEGER, L., *Los hombres se drogan. El Estado se fortalece*. Laertes, Barcelona, 1977.
- HILLYARD, P., y PERCY-SMITH, J., *The coercive State*. Pinker Publishers, London, 1988.
- HOYVELLOS, R., «El terapeuta como parte del problema: Modelos, cadenas, sistemas terapéuticos». *Comunidad y Drogas*, monografía n.º 1, 1987.
- IBAÑEZ, J., «Las medidas de la sociedad». *REIS*, n.º 29, 1985.
- JERVIS, G., *La ideología de la droga y la cuestión de las drogas ligeras*. Anagrama, Barcelona, 1978.
- JESSOP, B., *Orden social, reforma y revolución*. Tecnos, Madrid, 1982.



- KAUFMAN, E., ed., *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. Garden Press, New York, 1979.
- LAMO DE ESPINOSA, E., «Contra la nueva prohibición los límites del Derecho Penal en materia del tráfico y consumo de estupefacientes». *Boletín del Ministerio de Justicia*, nº 1.033, 1983.
- LAPASSADE, G., y LOUREAU, R., *Claves de la Sociología*. Laia, Barcelona, 1985.
- LARAÑA RODRIGUEZ CABELLO, E., «Las drogas como problema social: Tipologías y políticas de tratamiento». *REIS*, nº 34, 1988.
- LEANIZBARRUTIA, M. R., «Reinserción social de los ex consumidores de drogas». *Drogodependencias. Un reto multidisciplinar*. Tomo II, Gobierno Vasco, 1984.
- LOUREAU, R., *L'Etat-insouciant*. Minuit, Paris, 1981.
- LOUREAU, R., *El análisis institucional*. Amorrortu, Buenos Aires, 1979.
- MARTIN GONZALEZ, E., «Prevención en drogodependencias: Marco comunitario», en *Reinserción social y drogodependencias*, capítulo 7. Asociación para la Promoción y Estudio del Bienestar Social, Madrid, 1987.
- MARTINEZ, D., DE LA FUENTE, L., y ARTEAGOITIA, J. M., «Estudio descriptivo de los pacientes heroínomanos asistidos en centros de tratamiento en el período 1981-85». *Comunidad y Drogas*, nº 3, 1987.
- MEGIAS, E., «Indicación terapéutica en drogodependencias», *Comunidad y Drogas*, nº 4, Madrid, 1987.
- MINUCHIN, S., MONTALVO, B., GUERNEY, B., y RISMAN, L., *Families of the Shums*. Basic Books, New York, 1967.
- MINUCHIN, S., *Caleidoscopio familiar*. Paidós, Buenos Aires, 1985.
- MISHRA, R., *The Welfare State in Crisis*. Wheatsheaf Books, 1984.
- MOTHNER, I., y WEITZ, A., *Cómo abandonar las drogas*. Martínez Roca, Barcelona, 1986.
- NADEAU, L., «¿Cuándo la comunidad terapéutica para toxicómanos se convierte en maltratante?», en *Santé Mentale au Quebec*, 1985, 10.
- NAVARRO, J., «Perfil básico de las toxicomanías en España». *Comunidad y Drogas*, nº 1, 1986.
- NAVARRO, J., «Motivaciones y factores de riesgo en el consumo de Drogas». *Reinserción social y drogodependencias*, Asociación para la Promoción y Estudio del Bienestar Social, Madrid, 1987, cap. 3.
- NIEVA LAFUENTE, P., «La reinserción social en el marco municipal», en *Reinserción social y drogodependencias*, capítulo 13. Asociación para la Promoción y Estudio del Bienestar Social, Madrid, 1987.
- OLIVA, M., «Los medios de comunicación social ante las drogodependencias». *Comunidad y Drogas*, nº 1, 1986.
- OLIVENSTEIN, C., *Toxicomanía*. Fundamentos, Madrid, 1975.
- OLIVENSTEIN, C., *Destin du toxicomane*. Fayard, Paris, 1986.
- ONU, *Reunión internacional sobre el cometido de la educación en la reinserción social de los ex consumidores de drogas*, París, 1980.
- ONU, *Recomendaciones relativas al plan amplio y multidisciplinario de actividades futuras en torno del problema del uso indebido y del tráfico ilícito de drogas*, Viena, 1987.
- ORTI BENLOCH, A., «La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo», en M. García Ferrando y otros, *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, AU, Madrid, 1986.
- POLO, LL., y ZELAYA, M., *Comunidades para toxicómanos*. Dirección General de Acción Social / Cruz Roja, Madrid, 1985.
- ROMANI, O., «La introducción de la droga en la cultura juvenil».
- RUBIO, J., y VILLALONGA, E., «Rehabilitación y reinserción social del ex toxicómano». *Boletín de Estudios y Documentación*, nº 13, INSERSO.
- SANAHUJA y otros, «Estudio de seguimiento en población heroínomana». *Fons Informatiu*, nº 1, 1986, Programa DROSS.
- SANCHEZ CARBONELL, J., y CAMI, J., «Recuperación de heroínomanos. Definición, criterios y problemas de los estudios de evaluación y seguimiento». *Medicina Clínica*, Vol. 87, nº 3, 1986.

- SANCHEZ CARBONELL, J., «La evolución del tratamiento de toxicómanos». XIII Jornadas Nacionales de Socio-drogalcohol. Palma de Mallorca, Consejo, 1986.
- SIMPSON, D., y SAVAGE, L. J., «Drug abuse treatment. Readmissions and outcomes. Three year follow-up of DARP patients». *Arch. Gen. Psychiat.* Vol 37, n.º 8, 1980.
- UCHTENHAGEN, A., *Tratamiento y reintegración social del paciente drogodependiente*. Zürich, 1987 (Mineo).
- UGT/EDIS, *La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral*. UGT, Madrid, 1987.
- VAILLANT, G. E., «A 20 year follow-up of New York narcotic addicts». *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 29, 1973.
- VILLALONGA, E., y SANCHEZ, M., «Dificultades de la rehabilitación y inserción social del toxicómano», en *Drogodependencias. Un reto multidisciplinar*. Tomo II, Gobierno Vasco, Vitoria, 1984.
- WILLE, R., «Ten year follow-up of a representative sample of London heroin addicts: clinic attendance, abstinence and mortality». *British Journal of Addictions*, Vol. 76, 1981.
- ZARRAGA, J. L., *La juventud española*. Ministerio de Cultura, Madrid, 1985.

## ANEXOS





## Anexo I

---

**Relación de centros entrevistados**


---

| Nombre del centro  | Tipo de centro | Año  | Comunidad Autónoma |
|--|----------------|------|--------------------|
| Asociación Arco Iris                                       | Privado        | 1984 | Andalucía          |
| Centro Provincial de Drogodependencias (Córdoba)           | Público        | 1986 | Andalucía          |
| Centro Provincial de Drogodependencias (Cádiz)             | Público        | 1984 | Andalucía          |
| Centro de Atención a las Drogodependencias                 | Público        | 1986 | Aragón             |
| Plan de Prevención y Tratamiento de Toxicomanías (PPTT)    | Público        | 1981 | Canarias           |
| Cruz Roja (Santander)                                      | Privado        | 1986 | Cantabria          |
| Equipo de Salud Mental (Sector 3)                          | Público        | 1987 | Castilla-León      |
| Asociación Castellano-Leonesa de Ayuda al Drogadicto       | Privado        | 1979 | Castilla-León      |
| Centre d'Investigació i Tractament de les Adiccions (CITA) | Privado        | 1981 | Cataluña           |
| Centro Delta   | Público        | 1985 | Cataluña           |
| Programa Municipal de Drogodependencia                     | Público        | 1977 | Cataluña           |
| Comunidad Rural Educativa y Terapéutica La Plana           | Privado        | 1980 | Cataluña           |
| Programa DROSS   | Público        | 1979 | Cataluña           |
| Dispensario de Toxicomanías Barceloneta                    | Público        | 1981 | Cataluña           |
| Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Toxicomanías        | Privado        | 1983 | Galicia            |
| Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga              | Privado        | 1981 | Galicia            |
| Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre              | Privado        | 1984 | Madrid             |
| Colmena (Patronato Asociación)                             | Privado        | 1985 | Madrid             |

| Nombre del centro  | Tipo de centro | Año  | Comunidad Autónoma     |
|--|----------------|------|------------------------|
| Centro de Salud Mental Zarzaquemada                      | Público        | 1983 | Madrid                 |
| EPSILON  | Privado        | 1984 | Madrid                 |
| Centro de Atención a Drogodependencias Vallecas-Mediodía | Público        | 1985 | Madrid                 |
| Centro de Salud Mental                                   | Público        | 1986 | Madrid                 |
| Centro de Atención a Drogodependencias                   | Público        | 1985 | Murcia                 |
| Centro de Rehabilitación de Toxicómanos de Larraingoa    | Privado        | 1982 | Navarra                |
| Unidad de Drogadicción                                   | Público        | 1981 | País Vasco             |
| Centro de Salud Mental                                   | Público        | 1982 | País Vasco             |
| Gabinete de Drogodependencias                            | Público        | 1985 | Principado de Asturias |
| Unidad de Toxicomanía del Ayuntamiento de Alicante       | Público        | 1984 | Valencia               |
| C.U.R.T.   | Público        | 1981 | Valencia               |
| Comunidad Psicoterapéutica Casa Lanza                    | Público        | 1979 | Valencia               |

## Anexo II

### **Cuestionario dirigido a centros e instituciones que intervienen en programas o actividades de reinserción social en el campo de las toxicomanías**

Realiza Consejo General de Colegios de Economistas de España, bajo el patrocinio de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

#### **CARACTERISTICAS INSTITUCIONALES**

- P. 1. El centro o institución es:*
1. Público (Pasar a P.2)
  2. Privado (Pasar a P.3)
- P. 2. El centro público es de ámbito:*
1. Municipal
  2. Diputación
  3. Autonómico
- P. 3. El centro privado se configura como:*
1. Empresa profesional
  2. Fundación o asociación profesional
  3. Institución religiosa
  4. Asociación de ex toxicómanos
  5. Empresa profesional en concierto pleno de servicios con un programa municipal o autonómico
  6. Empresa profesional en concierto parcial de servicios con un programa municipal o autonómico
  7. Asociación o fundación en concierto total de servicios con un programa municipal o autonómico
  8. Asociación o fundación en concierto parcial de servicios con un programa municipal o autonómico
  9. Otros: .....

P. 4. *El centro en cuestión tiene la siguiente fórmula de financiación:*

1. Totalmente pública (Pasar a P.5)
2. Totalmente privada
3. Privada subvencionada totalmente
4. Privada subvencionada parcialmente (Pasar a P.6.)
5. Otros: .....

(Para los que contesten al ítem 1 de la pregunta anterior)

P. 5. *La financiación pública es:*

1. Municipal
2. Diputación provincial
3. Autonómica
4. Otras: .....

P. 6. *El centro está subvencionado al:*

1. 25%
2. 50%
3. 75%
4. Otros
0. NC

#### **MODALIDAD ASISTENCIAL**

P. 7. *En relación con su actividad asistencial el centro es:*

1. Comunidad terapéutica
2. Centro ambulatorio
3. Hospital
4. Otros: .....

P. 8. *Su centro ¿forma parte de un programa asistencial amplio?*

1. Sí (Pasar a P.8a)
2. No

P. 8a. *¿Es de tipo autonómico o municipal?:*

1. Programa asistencial amplio autonómico
2. Programa asistencial amplio municipal

#### **LA REINSERCIÓN SOCIAL: CONCEPTO, OBJETIVOS, METODOS, INSTRUMENTOS, RESULTADOS Y EVALUACION**

P. 9. *¿Cuenta su centro con un programa específico de reinserción o está integrado en un programa de reinserción?*

1. Sí (Pasar a P.9a)
2. No



P. 9a. Si lo tiene dígame el año de su inicio

AÑO:

(Todas las preguntas que siguen se harán a los que hayan contestado que tienen un programa de reinserción o están integrados en un programa de reinserción)

P.10. ¿Cuáles son los objetivos básicos de su programa de reinserción?  
(Ordénelos por su importancia)

.....  
 .....  
 .....

P.11. En relación con el modo de intervención, ¿puede señalarme en que momento, según su programa, se inicia el proceso de reinserción?

1. Desde el inicio del proceso de desintoxicación
2. A partir de la fase de rehabilitación
3. Al final de la fase de rehabilitación
4. Es una fase diferente y específica
5. Otros
0. NC

P.12. Respecto de la ejecución y desarrollo del programa de reinserción se lleva a cabo:

1. Directamente por el centro
2. Depende de un sistema amplio
3. Se realiza conjuntamente con otras instituciones
4. Otros
0. NC

P.13. *¿Podría especificarme las fases de su programa de reinserción, objetivos de cada una de ellas, criterios, curso temporal y técnicas fundamentales?*

| Fase | Objetivos | Técnicas | Duración media de cada fase |
|------|-----------|----------|-----------------------------|
|      |           |          |                             |
|      |           |          |                             |
|      |           |          |                             |
|      |           |          |                             |

P.14. *¿Quién determina el comienzo del proceso de reinserción social de un ex toxicómano?*

1. El centro por sí mismo
2. El centro conjuntamente con el sujeto interesado
3. El centro junto con la familia del interesado
4. El centro, la familia y el interesado conjuntamente
5. El centro, la familia, el interesado y los servicios sociales generales
6. Pasa del centro a otras instituciones
7. Otras instituciones
8. Otros modos de decisión

P.15. *¿Qué condiciones generales individuales de partida se exigen para iniciar el proceso de reinserción de un sujeto?*

(Señale las que usted considere y jerarquícelas)

- Predisposición positiva del individuo desde el inicio de la asistencia
- Tiempo de abstinencia
- Reinicio de relaciones familiares
- Cierta autonomía favorable a la integración social
- Aceptación genérica de valores sociales
- Desarrollo de alguna actividad laboral protegida o de mercado
- Otras .....

P.16. *Teniendo en cuenta que la reinserción implica un marco social favorable, ¿podría señalar los condicionamientos sociales estructurales con los que se encuentra el programa?*

(Señale algunos y jerarquícelos)

.....  
 .....  
 .....

P.17. *¿Puede señalar las actividades de intervención del programa a nivel de la reinserción individual?*

(Señale los que realiza el programa)

| Actividades                      | Cadencia o duración (semanas) |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Analíticas                    |                               |
| 2. Terapia individual            |                               |
| 3. Entrevistas de seguimiento    |                               |
| 4. Terapia ocupacional           |                               |
| 5. Formación profesional         |                               |
| 6. Actividades lúdico-deportivas |                               |
| 7. Otras                         |                               |

P.18. *¿Puede señalar las actividades de intervención a nivel del entorno familiar y grupal?*

1. Reuniones periódicas con la familia
2. Se favorece el contacto con grupos sociales del barrio
3. Se fomenta la creación de grupos o asociaciones de ex toxicómanos
4. Se favorece la creación de grupos de autoayuda de individuos en atención

5. Reuniones con grupos de padres o familiares
6. Se favorece la integración en alguna asociación cultural o deportiva
7. Otras: .....

P.20. *¿Utiliza su programa recursos sociales no directamente dedicados a la reinserción?*

1. Sí (Pasar a 20a)
2. No

P.20a. *¿Cuáles?:*

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

### INFORMACION Y EVALUACION DEL PROGRAMA

P.21. *¿Cuántos asistidos ha tenido su centro en todos los niveles de asistencia durante el último año?*  
N.º total .....

P.22. *Del total anterior, ¿cuántos estaban en proceso de reinserción?*  
N.º total .....

P.22a. *¿Me podría distribuir el conjunto de sujetos en proceso de reinserción, según las fases en que se encuentran, y también cuántos han abandonado en esas fases por diferentes problemas personales y sociales? Especifique las fases y el número de sujetos que según usted están en cada fase, número de abandonos y causas más importantes, durante el último año.*

| Denominación fase | N.º total de individuos en cada fase de reinserción | Número abandonos | Causas principales |
|-------------------|---|------------------|--------------------|
| Fase              |   |                  |                    |
| Fase              |   |                  |                    |
| Fase              |   |                  |                    |

- P.23. *¿Cuál es la duración media de un proceso de reinserción según la experiencia de su programa?*  
Duración total en meses: .....
- P.24. *¿Cuál es el coste medio mensual de un asistido cualquiera de su centro?*  
Total pesetas mes: .....
- P.25. *¿Cuál es el coste medio mensual de un individuo en reinserción?*  
Total pesetas mes: .....
- P.26. *¿Conoce los costes medios mensuales que un individuo en reinserción genera en instituciones copartícipes del programa?*
- 1.º Institución: ..... ptas/mes
- 2.º Institución: ..... ptas/mes
- 3.º Institución: ..... ptas/mes
- P.27. *¿Me podría decir cuál fue el presupuesto de su centro el último año y en concreto el presupuesto total de su programa de reinserción?*
- Presupuesto total del centro 1986: .....
- Presupuesto programa reinserción 1986: .....
- P.28. *¿Cuál es la plantilla total de su centro?*  
(Especifique por categorías profesionales si es posible)
1. Total titulados superiores: .....
2. Total titulados medios: .....
3. Total personal administrativo: .....
4. Total personal auxiliar: .....
5. Total voluntarios: .....
- P.29. *¿Es sometido su programa de reinserción a algún tipo de evaluación interna?*
1. Sí
2. No
- (Para los que contesten afirmativamente)

P.30. ¿Podría indicar los objetivos, instrumentos e indicadores de su sistema de evaluación?

|   | Objetivos | Instrumentos | Indicadores | Tiempo de reinserción (anual, trimestral, etc.) |
|---|-----------|--------------|-------------|---|
| <b>Evaluación de resultados generales del programa</b>    |           |              |             |   |
| <b>Evaluación de resultados de reinserción individual</b> |           |              |             |   |

P.31. ¿Tiene su programa algún tipo de evaluación externa?

1. Sí (Pasar a la P.32)
2. No

P.32. ¿Puede señalar la institución que lo realiza y los indicadores que utiliza sobre resultados del programa y de la reinserción individual?

1. Nombre de la institución evaluadora: .....
2. Indicadores de cumplimiento del programa:

.....  
 .....  
 .....

3. Indicadores de resultados en reinserción individual

.....  
 .....  
 .....

(La pregunta siguiente se hará a aquellos centros que no tienen programa de reinserción, pero que pueden o no realizar alguna actividad de reinserción).

P.33. Si no tiene un programa específico de reinserción, ¿realiza alguna actividad relacionada con la reinserción?

- 1. Sí (Pasar a P.34)
- 2. No (Pasar a P.35)

(Para los que contestan afirmativamente)

P.34. ¿Qué tipo de actividades realiza?  
(Mencione algunas)

.....

.....

.....

(Para los que contestan no a la P.33)

P.35. Si el centro no realiza actividades de reinserción es porque:

- 1. No se contempla en ningún caso la actividad de reinserción
- 2. Los remite a otros centros o programas

(Para los que contestan el ítem 1 de la P.35)

P.36. ¿Podría explicar brevemente las razones por las que no se contempla la actividad de reinserción?

.....

.....

.....

**DATOS DE IDENTIFICACION DEL CENTRO O INSTITUCION**

Nombre .....

Dirección .....

Teléfono .....

Municipio .....

Comunidad Autónoma .....

Dirección o responsable .....

Persona entrevistada ..... Cargo .....

Año de creación del centro o institución .....

## Anexo III

### Cuestionario dirigido a sujetos que forman parte de algún programa o actividad de reinserción

Realiza la encuesta el Consejo General de Colegios de Economistas de España, con el patrocinio de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

#### DATOS DE IDENTIFICACION, CONSUMO Y TRATAMIENTO

*P. 1. Datos de identificación:*

1. Edad
2. Sexo
3. Estado civil
  1. Soltero
  2. Casado
  3. Separado
  4. Viudo
  5. Unión de hecho
  6. Otros: .....
0. NC

*P. 2. ¿En qué año inició su tratamiento asistencial o si empezó en el presente año cuantos meses lleva?*

AÑO

N.º meses

*P. 3. ¿Cuál fue el modo de entrada en el centro o institución donde sigue su programa de asistencia?*

1. Voluntariamente
2. Decisión familiar
3. Decisión médica
4. Decisión psiquiátrica
5. Tribunales de Justicia



6. Sugerencias de amigos
7. Otros: .....
0. NC

P. 4. *¿Cuál fue la/s droga/s principal/es que motivó/ron el inicio del tratamiento?*

01. Heroína
02. Cocaína
03. Cannabis
04. Alucinógenos
05. Anfetaminas
06. Inhalables
07. Tranquilizantes
08. Hipnóticos
09. Analgésicos morfínicos
10. Alcohol
11. Otros: .....
00. NC

P. 5. *¿En qué edad inició el consumo de drogas en general y en particular de drogas que dañan gravemente la salud?*

- Edad consumo de drogas en general
- Edad consumo drogas que dañan gravemente la salud

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

P. 6. *¿Fue admitido pronto en el centro en que está siendo asistido?*

1. SI
2. NO
0. NC



P. 6a. *¿Cuáles fueron las razones de la demora?*

1. Ocupación plena del centro
2. Falta de recomendación adecuada
3. Consideración de mi caso muy difícil
4. No disponer de recursos para financiar la asistencia
5. Otros: .....
6. NC

P. 7. *¿Acudió con anterioridad o durante su tratamiento a otro centro o institución?*

1. Sí con anterioridad
2. No con anterioridad
3. Sí durante el actual tratamiento
4. No durante el actual tratamiento
0. NS/NC



P. 7a. *Nombre de la institución*

.....

- P. 8. *La financiación de su tratamiento fue hecha:*
- 1. Gratuitamente por una institución pública
  - 2. Financiado por mi familia
  - 3. Financiado por mi mismo
  - 4. Financiación familiar y subvención pública
  - 5. Financiación por amigos y subvención pública
  - 6. Por una fundación o institución sin fin de lucro
  - 7. Por una empresa
  - 8. Otros: .....
  - 0. NC

- P. 9. *¿Puede explicarnos las razones y motivos que le llevaron a consumir droga?*
- 01 Desesperado por no tener trabajo
  - 02 Mal ambiente familiar
  - 03 Frustración en el trabajo
  - 04 Fracaso sentimental
  - 05 Por probar
  - 06 Huida de los problemas personales
  - 07 Hastío generalizado
  - 08 Rechazo de la sociedad que me parece absurda e injusta
  - 09 Búsqueda de nuevas experiencias vitales
  - 10 Por el placer de romper las normas sociales
  - 11 Por sentirse importante
  - 12 Otras .....
  - 00 NS/NC

**PROCESO DE REINSERCIÓN**

- P.10. *¿Quién o quiénes decidieron que iniciara actividades de apoyo para su reinserción?*
- 1. Por decisión del centro asistencial
  - 2. Por decisión familiar
  - 3. Por decisión propia
  - 4. Por decisión del centro, mi familia y yo mismo
  - 5. Por decisión del centro y yo mismo
  - 6. Otros: .....
  - 0. NC

- P.11. *¿Recuerda usted qué condiciones se valoraron en su caso para iniciar el proceso de reinserción?*  
(Señáleme algunas)
- 1. Abstinencia prolongada
  - 2. Reducción importante del consumo pero no total
  - 3. El inicio de una actividad ocupacional
  - 4. Mejora de las relaciones con mi familia

5. Esfuerzo demostrado por reiniciar relaciones con amigos, etcétera
6. Buen estado general de higiene y salud
7. Aceptación genérica de las normas sociales
8. Otros: .....
0. NC

P.11a. *¿Cuánto tiempo le exigió su centro en cuanto a abstinencia antes de iniciar el proceso de reinserción?*

- Tiempo de abstinencia exigido (en meses).

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

P.12. *El proceso de reinserción tuvo como referencia directa:*

1. El centro en que me rehabilité
2. Otro centro o programa privado al que se me envió
3. Otro centro o programa público al que se me envió
4. Ninguno pues se considera que la reinserción es un problema personal
5. Otros: .....
0. NS/NC

P.13. *¿Ha tenido apoyo y seguimiento en su programa de reinserción social?*

1. Totalmente
2. Parcialmente
3. Solamente al principio
4. Nunca o casi nunca a pesar de la promesa del centro de referencia
5. Otros: .....
0. NC

P.14. *¿Qué persona y/o instituciones son las que más le han ayudado en su tratamiento y reinserción?*

(Señale por orden de importancia)

Persona o personas del centro

Familia

Amigos

Parroquia

Asociación de ex toxicómanos

Voluntarios

Pareja

Gente del barrio

Otros: .....

P.15. *¿Cómo sigue el centro o programa su proceso de reinserción?*

| Actividades                    | Cadencia/duración en días, semanas y meses |    |       |
|--------------------------------|--|----|-------|
|                                | Sí   | No | NS/NC |
| Analíticas                     | 1  | 2  | 0     |
| Terapia individual             | 1  | 2  | 0     |
| Reuniones de seguimiento       | 1  | 2  | 0     |
| Terapia ocupacional            | 1  | 2  | 0     |
| Cursos de formación            | 1  | 2  | 0     |
| Integración en cursos del INEM | 1  | 2  | 0     |
| Otros                          |  |    |       |

Explicación detallada por el interesado:

P.16. *En el caso de que su familia le apoye, ¿cómo lo hace?*

1. Apoyo económico
2. Apoyo moral
0. NC

P.17. *Si su familia no le apoya diría usted que es:*

1. Por ignorancia
2. No admiten mi situación y me rechazan
3. Es una familia dividida y conflictiva
4. No tiene medios para apoyar mi inserción laboral
5. Otros: .....
0. NC

P.18. *Desde que inició el proceso de reinserción ¿ha tenido problemas de nuevo con el consumo de drogas?*

1. Sí
2. No

P.19. *¿Cuántas veces ha tenido problemas serios?*


Total n.º de veces  
Aproximadamente

► P.20. *¿Qué causas son las que le han conducido a ello?*

1. No encontré trabajo estable
2. Rechazo de mi familia
3. Prevención de la gente de mi barrio
4. Imposibilidad de hacer amigos
5. Me ofrecieron droga gratis para estimular el consumo
6. Inseguridad personal de cara a la normalización
7. Otros: .....
0. NC

Explicaciones complementarias del interesado:

P.21. *Cuando tuvo problemas de nuevo con las drogas ¿acudió al centro que le ayudó en su rehabilitación?*

- 
1. Sí
  2. No
  3. NC

P.21a. *¿Fue aceptado nuevamente y apoyado para afrontar el problema?*

1. Sí
2. No
0. NC

## CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

P.22. *¿Fuma usted?*

1. No
2. A veces
3. Dejé de fumar hace tiempo
4. Fumo habitualmente
0. NC

P.22a. *¿Qué cantidad aproximada de cigarrillos fuma diariamente?*

1. Menos de medio paquete
2. Alrededor de medio paquete diario
3. Un paquete diario
4. Alrededor de paquete y medio diario
5. Dos paquetes o más al día
0. NC

P.22b. *¿Me puede decir a qué edad empezó a fumar?*

1. Antes de los 14 años
2. Entre los 15 y 16 años
3. Entre los 17 y 18 años
4. Más de 18 años
0. NC

P.23. *¿Consume usted alguna bebida alcohólica?*

1. Sí, muy a menudo
2. A veces
3. No consumo
0. NC

(Para los que contestan a los ítems 1 y 2 de la pregunta anterior)

*P.24. De las bebidas que pasamos a exponer a continuación cuáles son las que consume y en qué cantidad.*

| <b>Tipo de bebida</b> | <b>Diario<br/>(n.º vasos)</b> | <b>Día de fiesta<br/>(n.º vasos)</b> |
|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Cerveza               | .....                         | .....                                |
| Vino                  | .....                         | .....                                |
| Coñac                 | .....                         | .....                                |
| Vermut                | .....                         | .....                                |
| Anís                  | .....                         | .....                                |
| Whisky                | .....                         | .....                                |
| Cubalibre             | .....                         | .....                                |
| Carajillo             | .....                         | .....                                |
| Champán               | .....                         | .....                                |
| Licores               | .....                         | .....                                |

## **INTEGRACION LABORAL Y SOCIAL**

*P.25. En cuanto a su situación laboral o formativo-laboral diría que:*

1. He trabajado antes de mi período asistencial
2. Trabajo actualmente (Pasar a P.26)
3. En paro (Pasar a P.27)
4. Sigo un curso de formación ocupacional (Pasar a P.28 y 28.a)
5. Otros: .....
0. NC

P.26. *¿Puede decirnos en qué trabaja y cómo es su trabajo?*

| Tipo de trabajo  | Actividad | Categoría |
|--|-----------|-----------|
| 1. Estable   |           |           |
| 2. Esporádico  |           |           |
| 3. Protegido:<br>• cooperativa<br>• empleo comunitario |           |           |
| 4. Otros   |           |           |
| 0. NC  |           |           |

(Para los que están en paro)

P.27. *¿Cómo logra medios o ingresos para vivir estando en paro?*  
(Si hay varios, ordenar)

- Cobro seguro de desempleo
- Ayuda de la familia
- Trapichondeos varios
- Tráfico en pequeña escala
- Me ayudan esporádicamente los amigos
- Ayudas puntuales del municipio
- Ayudas de Cáritas, Cruz Roja, etc.
- Otros: .....
- NC

(Para los que siguen un curso de formación ocupacional)

P.28. *¿Le remuneran su actividad?*

1. Sí
2. No

P.28a. *¿A cuánto asciende la remuneración?*

Miles de pesetas mes: .....

P.29. *¿Dónde vive usted?*

1. En una vivienda en propiedad
2. En una vivienda en alquiler
3. Sin vivienda estable: aquí y allá
4. Con mi familia
5. Residencia colectiva (albergue municipal, etc.)

6. En un piso con amigos
7. Familia sustitutiva
8. Otros: .....
9. NC

(Para los que contestan a los ítems 5, 6 y 7 de la P.29)

P.30. *¿Cómo accedió a este tipo de alojamiento?*

1. A través del programa de reinserción
2. A través de una asociación de ex toxicómanos
3. A través de amigos
4. A través de la parroquia
5. Otros: .....
6. NC

P.31. *Diría usted que el barrio donde vive es:*

|                               | SI | NO | NS/NC |
|-------------------------------|----|----|-------|
| Tranquilo                     | 1  | 2  | 0     |
| Conflictivo                   | 1  | 2  | 0     |
| No tiene servicios apenas     | 1  | 2  | 0     |
| Tiene buenos servicios        | 1  | 2  | 0     |
| Hay bastante tráfico de droga | 1  | 2  | 0     |
| Hay mucho paro                | 1  | 2  | 0     |
| Está muy aislado              | 1  | 2  | 0     |
| Es fácil hacer amigos         | 1  | 2  | 0     |
| Otros: .....                  |    |    |       |

P.32. *¿Está normalizada su situación como ciudadano?*

1. Sí
2. No (Pasar a P.34)

P.33. *En este caso dígame por ejemplo lo siguiente:*

|   | SI | NO | NS/NC |
|---|----|----|-------|
| • Tiene carnet de identidad al día  | 1  | 2  | 0     |
| • No tiene ningún asunto pendiente con la justicia                                      | 1  | 2  | 0     |
| • Tiene cartilla sanitaria de la Seguridad Social                                       | 1  | 2  | 0     |
| • En el caso de ser parado está registrado en una oficina del INEM de forma actualizada | 1  | 2  | 0     |



P.34. *¿Podría explicarme brevemente por qué no está normalizada su situación como ciudadano?*

.....

P.35. *¿Me podría explicar brevemente cómo ocupó su tiempo y qué actividades realizó un día laborable y un domingo o día de fiesta de la última semana?*

.....

.....

### OTROS DATOS DE SITUACION PERSONAL Y FAMILIAR

P.36. *¿De qué clase social procede usted?*

1. Alta
2. Media-alta
3. Media
4. Media-baja
5. Baja
0. NC

P.37. *¿Qué estudios ha realizado?*

1. Sin estudios
2. Primarios
3. Secundarios
4. Medios
5. Formación profesional
6. Superiores
7. Otros: .....
0. NC

P.38. *¿Me puede decir qué estudios tienen sus padres?*

**Padre**

**Madre**

.....

.....

Explicaciones complementarias del interesado:

Nombre del centro de referencia del entrevistado .....

Lugar y dirección .....

Comunidad Autónoma .....

