

COMUNIDAD Y DROGAS
(Publicación trimestral)

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

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

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

NIPO: 351-86-055-7.
Depósito Legal: M-31.656-1986.

Director

D. Miguel Solans

Consejo de Redacción

D.ª Pilar Alvarez

D. Carlos Alvarez

D. Jaime Funes

D.ª M.ª Jesús Manovel

D. Ramón Mendoza

D. José Navarro

D. Pedro Oñate

D. Armando Peruga

D. Santiago de Torres

Secretario de Redacción

D. Francisco de Asís Rábago

PRESENTACION

ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS

- Perfil básico del problema de las toxicomanías en España.— José Navarro.
- Los programas de tratamiento con metadona en España.— Santiago de Torres.
- Drogodependencias: El «Proyecto Joven» de Barcelona, una estrategia en promoción de la Salud.— Víctor Martí.
- Los medios de comunicación social ante las drogodependencias.— Milagros P. Oliva.

DOCUMENTACION

- La política judicial en materia de drogas en Holanda.— R. J. Manschot.
- Organización de los sistemas sanitarios y sociales de ayuda a los toxicómanos en Holanda.— Dr. P. A. Roorda.

MISCELANEA

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

Nota a los colaboradores

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

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

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

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

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

Presentación

El Plan Nacional sobre Drogas estableció, entre sus objetivos prioritarios, el desarrollo de «instrumentos de formación, investigación y cooperación técnica», útiles a cuantos profesionales y responsables institucionales trabajan en este campo.

La revista **«Comunidad y Drogas»**, cuyo primer número ponemos hoy en sus manos, quiere responder a ese objetivo, sabiendo que el nacimiento de una revista conlleva siempre una cierta dosis de riesgo, acentuada, en este caso, cuando la temática que se va a abordar es de naturaleza tan polémica como la relacionada con el tráfico y consumo de drogas.

No obstante, la experiencia de otros organismos nacionales e internacionales y la ausencia en nuestro país de una publicación sectorial que abarcara la problemática asumida por el Plan Nacional avalaban este proyecto.

«Comunidad y Drogas» pretende ser un instrumento de información-formación-investigación, capaz de aportar algo «más y mejor» al conocimiento del problema y al abordaje del mismo, así como desarrollar de manera paulatina una plataforma de encuentro en la que contrastar enfoques diversos y abrir nuevas líneas de discusión. Ofrecer, en fin, una publicación en la que se enlace el rigor científico con la pluralidad de puntos de vista, al tratar los temas más actuales y prioritarios en las políticas que las distintas administraciones públicas desarrollan en colaboración con la iniciativa social.

Es interés de la revista publicar trabajos que aborden las múltiples facetas de las drogodependencias, en sus vertientes preventivas, asistenciales, rehabilitadoras, jurídicas, etc. En este sentido, nos parece fundamental que los trabajos a publicar sean de carácter interdisciplinario, de forma que los diferentes profesionales que inciden en el sector sean conscientes de que este fenómeno requiere, para su comprensión, un punto de vista amplio, con aportaciones y sugerencias provenientes de campos de índole diversa.

En el cuerpo central de «Comunidad y Drogas» se incluirán artículos que abarquen los siguientes ámbitos:

- Discusión teórica sobre los diferentes aspectos relacionados con las toxicomanías.
- Contraste y evaluación de experiencias.
- Políticas de abordaje de los distintos aspectos del fenómeno de las toxicomanías.

Tendrán cabida, asimismo, en las páginas de la revista aquellos documentos —tanto de carácter nacional como internacional— que revistan especial interés por su dedicación a un aspecto concreto y particularizado del tema. Informaremos, igualmente, de acontecimientos puntuales o actividades diversas que se relacionen con el tema, incluyendo, por último, una sección en la que se comentarían aquellas novedades bibliográficas especialmente relevantes.

Queremos hacer constar, desde el primer momento, que «Comunidad y Drogas», siendo una revista de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, no va a reflejar en exclusiva el punto de vista de la Administración. Pretende ser una publicación abierta, plural y crítica, donde quepan las más diversas opiniones, siempre que éstas se expresen con el suficiente rigor científico y se muestren dispuestas al contraste con otras de signo diverso.

Este primer número se abre con un estudio sobre el consumo de drogas en nuestro país, realizado por EDIS por encargo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en colaboración con Cruz Roja Española, porque pensamos que podría ser de gran interés contar con una buena radiografía de las características más destacadas del consumo.

A continuación se aborda la problemática del uso de la metadona aplicado a heroinómanos y la evolución que ha experimentado en España en los últimos años.

Se describe, en un tercer trabajo, un proyecto de prevención inespecífica, puesto en marcha por el Ayuntamiento de Barcelona, cerrándose este primer bloque de *Estudios y Experiencias* con un análisis del comportamiento y la función de los medios de comunicación social ante este tema.

En el apartado de *Documentación* se incluyen dos ponencias presentadas en el Coloquio franco-holandés que tuvo lugar en París en mayo de 1985, relativas a diversos aspectos organizativos del sistema sanitario y de política judicial en Holanda.

Por último, se da noticia de diversos Encuentros y Simposiums donde se han tratado diversos aspectos relacionados con el tema, y se comentan algunas publicaciones de reciente aparición.

Estudios y experiencias

José Navarro*

Equipo de Investigación Sociológica EDIS

Perfil básico del problema de las toxicomanías en España

RESUMEN

Este artículo es una síntesis del estudio realizado por EDIS en 1984, en todo el territorio nacional con 6.000 entrevistas y varios grupos de análisis cualitativo. Aborda el consumo de drogas, las características de los consumidores y el policonsumo; así como las motivaciones y factores de riesgo, las fuentes de obtención de las drogas y las expectativas de los consumidores.

Basic Profile of Drug Addiction in Spain

SUMMARY

This article is a summary of the 1985 EDIS study of the entire country, with 6,000 interviews and various groups of qualitative analysis. It deals with drug use, the characteristics of drug users and multiple drug use, as well as motivations, risk factors, drug sources, and the prospects for drug users.

9

LA investigación social en el campo de las drogas resulta siempre bastante problemática, y esto principalmente por dos razones: en primer lugar, porque el carácter minoritario y no del todo conocido de los colectivos consumidores de ciertas drogas hace que la elaboración de muestras, tanto las aleatorias como las estratégicas, presenten serias dificultades; en segundo lugar, porque el uso de algunas drogas, al comportar un fuerte rechazo social y en ocasiones situaciones de ilegalidad e incluso de delito, se vuelve vergonzante y oculto, con la consiguiente dificultad para la recogida de datos en las encuestas.

No obstante recientes investigaciones realizadas en España y otros países (ver bibliografía), han permitido la progresiva elaboración de una metodología (hipótesis, muestras, cuestiona-

rios y programas de análisis) que en buena medida va superando, o cuanto menos disminuyendo, todas estas dificultades; de modo que algunas de las investigaciones que se van produciendo últimamente se están aproximando con razonable fiabilidad al complejo mundo de la droga y las toxicomanías.

Desde este supuesto de progresiva aproximación a la realidad, en el presente trabajo se va a intentar describir y analizar el perfil básico del problema de las toxicomanías en nuestro país. Los datos que aquí se expondrán proceden de un estudio nacional realizado por EDIS y dirigido por el autor de este artículo con la colaboración de reconocidos expertos, tanto en el campo de la investigación sociológica en general, como en el de las drogas en particular (1).

(1) El Consumo de Drogas en España. EDIS para la Dirección General de Acción Social y la Cruz Roja Española. Madrid. 1985. José Navarro.

* Dirección científica: Fernando VI - 8, 1.º. MADRID 28004.

A lo largo de estas páginas se abordarán las siguientes cuestiones: características del consumo de drogas (edad de inicio en cada droga, sexo y edad de mayor consumo, la frecuencia y habitabilidad en el uso, el policonsumo), fuentes de obtención de la droga, motivaciones y factores de riesgo en el consumo de drogas, y consecuencias del consumo de drogas y expectativas.

Pero antes de entrar en el análisis de estos temas es preciso decir algo sobre las cifras del consumo de drogas. Ciertamente, la cuantificación del uso de drogas, especialmente de las más minoritarias y ocultas, resulta el punto más complicado en este tipo de investigaciones. Sin embargo, la disposición de varios estudios en nuestro país y la comparación con los datos de consumo en otros países de nuestra área, permite realizar una cuantificación aproximada o indicativa. Los datos que en estos momentos pueden considerarse como más ajustados a la realidad son los que se recogen en el Plan Nacional sobre Drogas (2) y que en lo referido al número de consumidores habituales serían los siguientes:

- Alcohol (1.900.000 a 2.300.000)
- Cocaína (60.000 a 80.000)
- Heroína (80.000 a 125.000)
- Anfetaminas (350.000 a 500.000)
- Inhalables (18.000 a 21.000)
- Cánnabis (1.200.000 a 1.800.000)

José R. Varo, Santiago Lorente, Miguel Rolz, María José Ros y Elena Roldán.

Encuesta con 6.000 entrevistas en todo el territorio nacional con 198 puntos de muestreo, y discusiones de grupo y análisis cualitativo con drogadictos, familiares de los mismos y profesionales en el campo de la atención y tratamiento de las toxicomanías. La muestra de la encuesta era representativa de la población española de doce años en adelante.

(2) Estos datos están elaborados a partir de tres investigaciones promovidas por los Ministerios de Sanidad y Consumo, Cultura y Trabajo y Seguridad Social. Este último es el realizado por EDIS y al que en lo sucesivo nos referiremos en este artículo. Una versión abreviada de los da-

Sobre el consumo habitual de otras drogas, según el estudio de EDIS, vemos que hay casi trece millones de fumadores diarios; 1.300.000 consumidores de hipnóticos; casi otro tanto, 1.250.000, de tranquilizantes; unos 60.000 de analgésicos morfínicos y algo más de 20.000 de alucinógenos.

Obviamente, estos datos no se pueden sumar para ofrecer un número total de consumidores, pues muchas personas (como veremos más adelante en el policonsumo) usan varias drogas y por lo tanto están incluidas en el cómputo de cada una de ellas individualmente consideradas.

Veamos a continuación cada uno de los temas indicados.

1. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS

Las drogas no se diferencian solamente por su química o por sus efectos sobre el organismo humano, sino también por la diversidad de motivaciones por las que se recurre a ellas y por las características de las personas que lo hacen y el grado de habitabilidad o uso múltiple de las mismas. Lo referido a las motivaciones será tratado más adelante en un apartado específico, el resto de las características las veremos en el presente.

La edad y el sexo en el consumo de drogas

Cada droga tiene unas características específicas en lo que se refiere a la edad de inicio en el consumo y a la edad y sexo de máximo uso de cada droga en particular.

Veamos en el siguiente cuadro estas

tos de consumo de este estudio puede verse en el trabajo del Dr. José R. Varo «El consumo de drogas en la población española», publicado en el n.º 19 de Cuadernos de Acción Social. «La Drogadicción en España». Julio-septiembre 1985. Pág. 7-19.

características en cada una de las doce drogas estudiadas:

Edad media de inicio y sexo y edad de máximo consumo

Droga	Edad media de inicio	Sexo y edad de máximo consumo
Inhalables	16,3	Hombres 18-20
Alcohol	16,4	Hombres 18-44
Tabaco	16,6	Hombres 18-44
Cánnabis	17,5	Hombres 15-29
Alucinógenos	18,8	Hombres 18-29
Heroína	19,5	Hombres 18-29
Cocaína	20,6	Hombres 18-29
Anfetaminas	23,5	Hombres y mujeres 18-34
Analgésicos comunes	32,3	Mujeres 35-49
Tranquilizantes	36,1	Mujeres 35-49
Analgésicos morfínicos	41,7	Hombres 21-29 y más de 50
Hipnóticos	44,1	Mujeres 35-49

Tabla 1

A partir de los datos del cuadro podemos ver que el consumo de drogas en España, según la edad media del inicio y el sexo en que se da el mayor consumo, presenta las características siguientes: en lo que se refiere al inicio podemos ver que las más precoces son consumidas por primera vez en la adolescencia, dos de ellas, el tabaco y el alcohol, son drogas legales de amplia difusión social y muy arraigadas en nuestra cultura; la tercera son los inhalables, productos muchas veces susti-

tutorios y marginales. Cuatro drogas tienen una edad de inicio claramente juvenil: la cánnabis, los alucinógenos, la heroína y la cocaína, y una quinta droga, las anfetaminas, ocupa un lugar de transición entre ésta y la edad adulta. Finalmente, son drogas de inicio más tardío los analgésicos comunes y los morfínicos, los tranquilizantes y los hipnóticos.

En lo que se refiere al sexo hay que señalar que todas las drogas son consumidas por hombres y mujeres, pero que unas tienen prevalencia entre los primeros y otras entre las segundas: los hombres consumen en mayor medida tabaco, alcohol, inhalables, cánnabis, alucinógenos, heroína, cocaína y morfínicos; mientras que las mujeres usan preferentemente analgésicos, anfetaminas, tranquilizantes e hipnóticos.

Las edades en que más se consume cada droga guardan una cierta relación con la estructura de edades vista en la edad media del inicio; no obstante, es necesario hacer algunas precisiones: el tabaco y el alcohol, si bien se inicia muy tempranamente su consumo, éste se prolonga a lo largo de toda la vida alcanzando un consumo prevalente en un período muy dilatado, de los 18 a los 44 años. Las drogas juveniles cánnabis, alucinógenos, heroína y cocaína tienen su mayor consumo en la década de los veinte a los treinta años y a partir de aquí prácticamente desaparecen, excepto la cánnabis que se prolonga algo más. Los morfínicos tienen un consumo prevalente bimodal, una primera punta entre los 21 y los 29 años, probablemente como sustitutivos de la heroína (metadona, pentazocina, tilitrate...), y otra punta a partir de los 50, sin duda en tratamientos médicos para el dolor. Las anfetaminas se consumen en mayor medida en la edad intermedia y entre ésta y las edades mayores se asienta el consumo de los analgésicos, los tranquilizantes y los hipnóticos.

Frecuencia y continuidad en el uso de las drogas

Otra característica muy importante en el uso de las drogas es su habitualidad, fenómeno que estudiamos a partir de dos indicadores: la frecuencia y la continuidad en el uso. Respecto a la primera calculamos unos índices a partir de una ponderación según las frecuencias de uso de cada droga(*).

Los resultados obtenidos son los de las dos tablas siguientes:

Frecuencia en el uso de las drogas

	Media Ponderada
Analgésicos morfínicos	22,1
Heroína	19,0
Tranquilizantes	18,4
Cánnabis	18,2
Hipnóticos	18,1
Anfetaminas	15,4
Analgésicos comunes	11,1
Cocaína	7,1
Inhalables	6,9
Alucinógenos	3,1

Tabla 2

Como puede observarse, las drogas cuyo consumo alcanza un grado de frecuencia mayor son, por este orden, las siguientes: los analgésicos morfínicos, la heroína, los tranquilizantes, la cánnabis y los hipnóticos.

Para exponer mejor la tendencia al mantenimiento del uso de cada droga a lo largo del tiempo considerado en el estudio, hemos calculado el porcentaje de personas que habiendo consumido una determinada droga en los últimos seis meses, la siguen utilizando en los últimos 30 días.

(*)

Frecuencia	Peso
Nada	0
Menos de una vez a la semana	2
1 vez a la semana	4
2 a 6 veces a la semana	16
Diariamente 1 vez	30
Diariamente 2 ó más veces	60

Continuidad en el uso de drogas (últimos 6 meses-últimos 30 días)

	%
Hipnóticos	36,5
Analgésicos morfínicos	32,9
Tranquilizantes	31,0
Heroína	30,0
Anfetaminas	23,2
Cánnabis	23,1
Analgésicos comunes	16,1
Inhalables	5,9
Cocaína	5,3
Alucinógenos	0,3

Tabla 3

En esta tabla se puede ver que las drogas cuyo uso tiende a ser más continuado dentro del período de tiempo considerado en el estudio, son los hipnóticos, analgésicos morfínicos, tranquilizantes y heroína, y a una cierta distancia, las anfetaminas y la cánnabis.

Si se comparan conjuntamente las dos tablas que acabamos de presentar, podemos observar la relación entre los dos índices aplicados (frecuencia y continuidad en el uso). Existe, por ejemplo, una coincidencia en cuatro drogas (analgésicos comunes, cocaína, inhalables y alucinógenos), aunque con ligeras variaciones en el orden de las mismas. Estas cuatro drogas presentan las cifras más bajas en las dos tablas, expresando un consumo que es menos frecuente en la actualidad y menos sostenido en el tiempo.

Por otra parte, los analgésicos morfínicos, la heroína y los tranquilizantes, coinciden en presentar cifras máximas de frecuencia de uso y de continuidad en el mismo. La cánnabis y las anfetaminas se encuentran en una situación intermedia.

Como decíamos anteriormente, estos resultados sugieren las diferencias en los patrones de uso de las diversas drogas y su distribución entre la población mediante circuitos distintos, con mecanismos influyentes distintos también.

El final es que diversos grupos sociales están usando más drogas de modo más continuado y frecuente, otras de modo discontinuo. Los factores influyentes en estos resultados pueden ir desde el uso terapéutico de tranquilizantes e hipnóticos, la capacidad de los opiáceos para producir dependencia física, el refuerzo grupal fuerte y sostenido en el caso de la cánnabis, etc...

El uso múltiple de drogas

Hablamos aquí de uso múltiple de drogas (o a veces de «policonsumo») cuando ocurre el consumo de dos o más drogas en el tiempo considerado en el estudio, en este caso los 30 últimos días. A partir de los años 70, la dilucidación de los principales patrones de uso y de las combinaciones de drogas más significativas ha originado una interesante línea de investigación epidemiológica, en la que se han planteado tanto aspectos teóricos explorativos, como otros de índole metodológica. Algunas revisiones de estos temas no sólo incluyen datos sobre prevalencia del uso múltiple de drogas, sino también sobre las consecuencias psíquicas y físicas conocidas de dicho consumo (Kornblith, 1981, a.b.). Este interés por las modalidades en las agrupaciones de drogas usadas por la población viene apoyado por la observación —desde el área epidemiológica y clínica— de la frecuencia con que ocurre el abuso de más de una droga. Así, por ejemplo, se observan continuamente las repercusiones sanitarias del uso excesivo (que con frecuencia se asocia) del alcohol y el tabaco. Por otra parte, entre los toxicómanos de otras drogas (por ejemplo, heroínómanos) es frecuente el uso más o menos sustitutivo de otras drogas. Y por último, existe un cierto número de individuos en los que resulta difícil identificar una droga como la principal y que calificamos de politoxicómanos en vista de su uso indis-

criminado de varias drogas. De lo que venimos diciendo puede desprenderse que en el presente estudio intentamos delimitar algunas de las agrupaciones de drogas que pueden identificarse como más frecuentes o importantes, sin prejuzgar si alguna de ellas se constituye como preferente. Y, naturalmente, que no nos referimos al uso de varias drogas en el mismo momento del consumo, ni a la mezcla de ellas (aunque pueda darse).

Dentro de la línea de investigación a que hemos aludido, y en el intento de objetivar y sistematizar adecuadamente los datos, se han utilizado varios tipos de estrategias para analizar el uso múltiple de drogas. Algunos autores, como Dodson y Alexander (1971) y Whitehead (1974), realizaron simples sumas de los datos individualizados del consumo de cada droga. Otros, como Single y cols. (1974), utilizaron métodos de análisis especiales del consumo de las diferentes drogas, para evidenciar agrupaciones. Otras veces, como en el caso de Ferguson (1974), Hamburg (1975), Kaufman (1976), Pandina y cols. (1981), se han desarrollado escalas que permiten evaluar el uso múltiple de drogas, incorporando varias dimensiones de datos y criterios de análisis.

Por nuestra parte hemos utilizado la técnica del Vilmer para ver las asociaciones de cada droga con las demás, y el Análisis Factorial, para determinar policonsumos específicos. Los resultados que obtuvimos fueron los siguientes: (tabla 4).

Obsérvese en dicha tabla que más de la mitad de los consumidores de heroína y de cocaína están consumiendo más de otras tres drogas; vienen a continuación, los consumidores de morfínicos, alucinógenos y anfetaminas, y después aparece el resto, siendo los que menos usan tres drogas, los consumidores de cánnabis y analgésicos comunes.

Consumidores de más de tres drogas, según su uso en los últimos 30 días

Consumidores de:	Consumidores de más de tres drogas (%)
Inhalables	15,4
Cánnabis	8,7
Anfetaminas	26,5
Tranquilizantes	16,5
Hipnóticos	16,5
Alucinógenos	38,8
Cocaína	57,1
Analgésicos comunes	7,4
Analgésicos morfínicos	31,6
Heroína	58,7

Tabla 4

Y en lo relativo a la asociación del consumo de cada droga con cada una de las demás obtuvimos la siguiente tabla:

Combinaciones de consumo de cada droga con el de todas las demás, en absolutos y porcentajes

	Inhalables	Cánnabis	Anfetaminas	Tranquilizantes	Hipnóticos	Alucinógenos	Cocaína	Analgésicos comunes	Analgésicos morfínicos	Heroína
Inhalables		15 15,3	6 10,0	6 11,1	3 7,3	6 13,6	3 5,6	4 7,5	1 4,5	5 10,2
Cánnabis			48 80,0	45 83,3	32 78,0	40 90,9	45 83,3	37 69,8	15 68,2	43 87,8
Anfetaminas		49 50,0		28 51,9	19 46,3	24 54,5	30 55,6	28 52,8	7 31,8	25 51,0
Tranquilizantes		45 45,9	28 46,7		22 53,7	20 45,4	25 46,3	25 47,2	9 40,9	24 49,0
Hipnóticos		32 32,7	18 30,0	22 40,7		9 20,5	17 31,5	18 34,0	7 31,8	14 28,6
Alucinógenos		40 40,8	24 40,0	20 37,0	9 22,0		24 44,4	18 34,0	7 31,8	21 42,9
Cocaína		45 45,9	30 50,0	25 46,3	17 41,5	24 24,5		25 47,2	9 40,9	27 55,1
Analgésicos comunes		35 35,7	27 45,0	23 42,6	18 43,9	17 38,6	24 44,4		8 36,4	17 34,7
Analgésicos morfínicos		15 15,3	6 10,0	9 16,7	7 17,1	7 15,9	9 16,7	8 15,1		13 26,5
Heroína		43 43,9	24 40,0	24 44,4	14 34,1	21 47,7	27 50,0	18 34,0	13 59,1	
Total combinaciones .		98	60	54	41	44	54	53	22	49

Tabla 5

En la tabla podemos ver los modos de asociarse las drogas entre sí, analizándolas por parejas. En dicha tabla se han expuesto en sentido vertical los consumidores de cada droga que a su vez lo son de las que aparecen en la columna de la izquierda. Así, puede observarse entre otras cosas:

- Cuando la cánnabis se asocia con otras drogas, lo hace en un 50% de casos con las anfetaminas, viniendo a continuación los tranquilizantes y la cocaína, y después la heroína.
- Si consideramos las asociaciones de los tranquilizantes, encontramos que lo hacen en un 83,3% a la cánnabis y con más diferencia a las anfetaminas (51,9%) y demás sustancias.
- Cuando se asocian los analgésicos comunes, lo hacen también en primer lugar con la cánnabis (69,8%), a continuación, con las anfetaminas, y después, las demás.

- Observando las combinaciones de la heroína, encontramos otra vez la cánnabis en primer lugar (87,8%) siguiéndole la cocaína y después las anfetaminas y los tranquilizantes. Efectivamente, es un hecho de observación frecuente el uso de cocaína por personas

que son consumidores de heroína.

De la contemplación en conjunto de los resultados que venimos exponiendo, parecen desprenderse algunas sugerencias. La primera de ellas es que el uso de varias drogas o uso múltiple es un hecho frecuente y epidemiológicamente importante. De tal modo que tras aplicar el análisis factorial pudimos observar cuatro tipos básicos de policonsumo:

Factor 1: *Drogas de uso toxicómano 1*

- 0,75 Heroína
- 0,65 Cocaína
- 0,51 Anfetaminas
- 0,37 Tranquilizantes
- 0,36 Analgésicos morfínicos
- 0,35 Cánnabis

Factor 2: *Drogas de uso toxicómano 2*

- 0,86 Alucinógenos
- 0,42 Anfetaminas
- 0,30 Analgésicos morfínicos
- 0,30 Cánnabis

Factor 3: *Drogas de uso bipolar*

- 0,86 Analgésicos morfínicos
- 0,66 Anfetaminas
- 0,59 Tranquilizantes

Factor 4: *Drogas de uso farmacológico*

- 0,70 Hipnóticos
- 0,42 Analgésicos comunes
- 0,39 Tranquilizantes

En el factor 1 se sitúa el colectivo más altamente toxicómano, con una fuerte presencia de la heroína y la cocaína y otras drogas de acompañamiento, como las anfetaminas, los tranquilizantes, los morfínicos y la cánnabis. En el factor 2 encontramos un tipo de policonsumo, quizás algo más intermitente, cuya base son los alucinógenos y en menor medida las anfetaminas, los morfínicos y la cánnabis. El factor 3 recoge un uso de drogas bipolar: sedación-estimulación... Y el factor 4 es claramente un uso farmacológico

por un sector relativamente amplio de la población.

Citamos algunas posibles líneas explicativas, sin entrar a detallar las de importancia menor o menos definida:

- * La extensión que alcanza actualmente el uso de cánnabis hace que se use por grupos en realidad heterogéneos, lo que no permite adscribirla del todo a un determinado sector de consumidores. Lo mismo es una droga de consumo acompañado de alcohol y tabaco, utilizada en forma más bien recreacional, que es usada por consumidores posibles poltóxicómanos de otras drogas. Es posible que los consumidores exclusivos de cánnabis (insistimos, pueden serlo de alcohol y tabaco a la vez) no se incluyan en las características de los que toman otras drogas (heroína, cocaína, etc.). Sin embargo, los consumidores de estas otras drogas pueden a su vez estar usando cánnabis. Un extremo de estos casos sería el de los poltóxicómanos o el de los heroínómanos.
- * Los analgésicos comunes son fármacos de uso demasiado amplio y en gran medida indiscriminado. Este amplio uso, en cambio, se asocia menos al de otras drogas (ilegales) y se relaciona más con los problemas de salud general, disconfort, molestias psicósomáticas, etc. Una vez más, ello no quiere decir que sean no usados por consumidores de otras drogas.
- * El uso de tranquilizantes e hipnóticos se encuentra asociado por su relación con los problemas de ajuste psíquico (síntomas de ansiedad, subdepresión, etc.), presente en todas las edades, pero sobre todo a partir de los intervalos medios. También como droga

secundaria por consumidores de otras ilegales.

- * Los consumidores de drogas como la cocaína, heroína y alucinógenos tienden a constituirse como policonsumidores de drogas. Evidentemente, la utilización individualizada y única de estas drogas (especialmente de las que no producen adicción física), presenta problemas distintos: quizá el uso de cocaína o alucinógenos pueda ser más compatible con un estilo de vida «convencional y aceptable» que el de heroína. Pero en los datos de nuestro estudio aparecen las tres drogas como asociadas a un consumo múltiple de otras.

- La vía de la relación personal, dentro de la cual incluimos los distintos niveles de relación: compañeros, amigos y familiares.
- La vía de la prescripción facultativa expresada en la persona del médico como prescriptor del producto consumido.
- La vía de la relación ambiental (bares, discotecas, calle, proveedor).

Los resultados obtenidos son los del cuadro siguiente:

Fuentes de obtención de la droga

	%
Compañeros del colegio	5,1
Compañeros del trabajo	2,8
Amigos del barrio	12,5
Otros amigos	13,9
Mis padres, hijos o cónyuge	3,9
Mis hermanos	0,9
Médico	50,4
En bares, discotecas u otros establecimientos	2,2
En la calle por un proveedor	3,0
Otros	4,3

Tabla 6

De este cuadro llama poderosamente la atención que en la mitad de los casos sean los médicos la fuente de obtención de estos productos, pero hay que indicar que ello se debe a la consideración de droga de determinados medicamentos de los que son prescriptores, en especial, los analgésicos.

Según cada droga en concreto las fuentes de obtención son las siguientes:

- * Los inhalables figuran en porcentajes importantes entre los productos facilitados por los compañeros de colegio y los amigos del barrio. Lo que nos confirma en cierta medida la importancia que el uso de productos inhalables está teniendo dentro de la escuela y la necesidad de una intervención a este nivel.

2. FUENTES DE OBTENCION DE LA DROGA

Dentro de la sociogénesis del fenómeno de la droga, el estudio de la trayectoria de la misma, su forma de irradiación, de distribución dentro del mercado del consumo de la droga, son aspectos muy importantes a tener en cuenta para poder elaborar el estudio de su fuente de obtención. Hay que tomar en consideración que uno de los factores actuantes en la gran extensión que toma hoy el fenómeno de la droga se sitúa en la actitud proselitista de los consumidores de droga. En un primer momento como consecuencia del ritual de consumo en grupo y en un segundo momento (que correspondería ya a los realmente toxicómanos) como consecuencia de cumplir el doble papel de consumidor/traficante (bastante interrelacionada entre los toxicómanos adictos a drogas ilegales).

Hemos considerado básicamente tres vías, como los canales fundamentales de obtención de la droga que corresponderían a:

- * Las de cánnabis aportan datos indicativos entre los compañeros de colegio, aunque los porcentajes son mucho menores que en el caso de los inhalables, y sin embargo, la vía de la amistad es con gran diferencia la que ofrece cifras más significativas.
- * Para las anfetaminas deja de tener importancia notable el canal de la escuela, aunque los datos que nos aportan se sitúan por encima de la media, y por el contrario, es con la vía de la amistad con la que aparece una asociación importante.
- * Los tranquilizantes e hipnóticos son claramente facilitados por vía facultativa; así como los analgésicos comunes y morfínicos (aunque éstos también aparecen en cierta proporción entre los que la fuente de obtención ha sido la calle y los amigos del barrio, lo que pondría de evidencia la existencia del llamado mercado negro de medicamentos).
- * En el caso de los alucinógenos, la cocaína y la heroína, aparecen para todos ellos las mismas fuentes de obtención como claramente significativas: los amigos y la calle. Es necesario señalar dentro de este grupo el caso específico de la heroína, que ofrece porcentajes importantes entre los que han respondido que su fuente de obtención son los bares y la calle. Datos que se corresponden de manera muy lógica con la clandestina red de tráfico de la heroína, así como de la cocaína y los alucinógenos.

La edad también influye en la distribución de los porcentajes; de modo que las edades tempranas aparecen fuertemente asociadas con los amigos y compañeros de colegio como vía de obtención, y la fuente de obtención callejera toma también valores altamente

significativos entre jóvenes de 18 a 20 años.

La situación de empleo y la categoría profesional revelan algunos datos de gran interés:

- La relación paro/calle y barrio como vía de obtención de la droga.
- La relación jubilación, amas de casa/prescripción facultativa como fuente del producto consumido.

3. MOTIVACIONES Y FACTORES DE RIESGO EN EL CONSUMO DE DROGAS

El por qué se consumen drogas es una de las preguntas más universales en todos los estudios sobre toxicomanías. Y ciertamente es la más compleja y difícil de responder. En nuestro estudio pretendimos dar un paso adelante y planteamos la cuestión desde una doble perspectiva; por una parte, la de las motivaciones verbalizadas o conscientes del propio consumidor; por otra, la de los factores de riesgo o situaciones objetivas presentes en el consumo de drogas.

Las motivaciones verbalizadas

Existe la evidencia de la utilización de la droga en todas las culturas, la mayoría de las sociedades humanas han dispuesto y utilizado de un modo más o menos institucionalizado diversos tipos de drogas, como medio casi necesario para solventar o amortiguar las tensiones y los conflictos surgidos en su seno.

Esta universalidad y la constancia del uso de drogas ha llevado a algunos autores a proponer la existencia en el hombre de una tendencia o impulso hacia la búsqueda de estados alterados de conciencia, que se manifiesta ya desde la infancia y que esta necesidad interna de alteración ocasional persis-

te a lo largo de la vida, manifestándose de diversas formas y en distintos grados.

Desde una perspectiva histórica, algunos autores consideran que uno de los problemas básicos reside en la contradicción, la distorsión que se produce entre la tradición histórica occidental del culto a la razón y el enfrentamiento masivo del consumo de droga en nuestra cultura. «Occidente desde que ha existido como tal, desde Grecia hasta ahora, se ha puesto a la carta de la lucidez y de la razón. Y no ha aceptado, no acepta, sino excepcionalmente, lo que enturbia la lucidez o lo que significa un abandono de la razón, lo que significa una entrega de facultades a otras potencias que más bien Occidente ha considerado como impotencias, como esclavistas, como una manera de decadencia, de caída (a diferencia de otras culturas como las Orientales)... Es el que no importe tener o no tener razón. Incluso dando un paso más, se puede llegar a la actitud consistente en no querer tener razón. Esto es un vuelco definitivo, decisivo, respecto a la actitud normal de la cultura occidental, europea y americana desde hace dos mil quinientos años, si partimos de sus orígenes griegos» (3).

Dentro de esta perspectiva histórico-antropológica, se sitúa también el análisis de la falta de un marco referencial y social que unido a la presión de un mercado económico organizado, nos sitúa el problema dentro de un contexto socioeconómico y político determinado. La droga deja así de formar parte de un ritual, de una tradición, «para convertirse tanto en las drogas legales como ilegales en un fenómeno colectivo —como las epidemias medievales europeas—... La distribución y venta de la droga se realiza con los parámetros

consumistas, el fenómeno de la toxicomanía se convierte en un hecho sanitario, socioeconómico y político de la salud, de magnitudes epidémico-pandémicas. Por cuanto a los factores de mercado y desorganización comportamental se añaden los de la industrialización, la contaminación, la urbanización, desordenadas y anárquicas, propias del sistema actual de deficiente organización social» (4).

Nos encontramos por tanto, ante un fenómeno caracterizado por su falta de marco de referencia y su colectivización que no sólo significa un simple aumento intensivo y extensivo del consumo de productos tóxicos, sino que la actual presión social, persistentemente ejercida sobre los individuos, conlleva una vigencia social interna dentro del sistema que sitúa el problema de la droga en otro orden de magnitud.

Descendiendo a aspectos más concretos y actuales sobre la motivación del consumo de drogas, nos encontramos con un punto de partida conflictivo que es el que se refiere a la existencia o no de un sustrato, de una personalidad de origen que conlleve a la drogadicción o a la toxicomanía. Durante un tiempo la psiquiatrización de la toxicomanía fue una constante, pero las corrientes actuales, tanto las psiquiátricas como las psicosociales, parten de planteamientos más amplios que los parámetros referentes a las posibles patologías psiquiátricas o de personalidad.

...«Se impone, pues, en los psiquiatras, al menos los más lúcidos, un mínimo rigor de racionalidad y de objetividad ante el problema de los consumidores de la droga... Es preciso desmitificar el problema y conocerlo en sus términos reales, antes de valorarlo, estigmatizarlo y condenarlo “medicamen-

(3) «La droga en la juventud», Julián Mañas, pág. 20. Ed. Karpos, 1981.

(4) «Toxicomanía, un enfoque multidisciplinario», Freixa, pág. 62, Ed. Fontanella, 1981.

te"... De esta manera los psiquiatras podrán enterarse de la hoy compleja problemática social y psicológica de la droga..." (5).

El punto de partida en el plano sociológico pone de relieve una vez más la inclusión del fenómeno de la droga en el amplio contexto de las relaciones humanas, de los valores sociales; J. Oughourlian considera la toxicomanía como «conducta de intoxicación voluntaria», lo que no presupone una personalidad determinada, sino un comportamiento que puede cambiar, desaparecer, etc., evitando psiquiatrizar abusivamente e ignorar los factores sociales, o hacer del toxicómano una especie de «mutante» (6).

Estos autores centran las motivaciones que llevan al consumo habitual de drogas entre los jóvenes haciendo referencia al perfil de éstos: «suele ser muy joven, frecuentemente marginal, politoxicómano, casi nunca de orientación yatrogénica, insertado en un grupo muy proselitista, frecuentemente haciendo de su adicción símbolo de contestación a las normas sociales establecidas, con predominio de la administración por vía intravenosa, rara vez usa la droga como remedio específico, sino más bien para obtener nuevas experiencias, realizando mezclas incontroladas para «experimentar», etc. (7).

Para González Duro «las motivaciones actuales por las que los jóvenes consumen actualmente drogas son poco o nada intelectualistas o literarias, sino simplemente hedonistas y escapistas: para no aburrirse, para "enrollarse bien", para sentirse mejor, para facilitar la comunicación, para ser amable con los demás, para escuchar me-

yor la música, para "pasar" de casi todo. Son motivos de una cierta juventud vagamente disconforme, pesimista, descreída y desencantada de un mundo difícil que no comprende y que no le gusta, pero que no puede hacer nada para cambiarlo. Es una juventud que vive en una sociedad que ya no es desarrollista y que está en plena crisis económica» (8).

Nos encontramos, por tanto, con una sociedad disfuncional en la que ese gran sector poblacional que hoy se denomina juventud no encuentra su lugar a pesar de la mitificación y del culto actual a la «juventud en abstracto».

Pero si en nuestro estudio se ha tenido muy en cuenta la implicación del sector juvenil para el estudio del fenómeno droga, hemos querido ir más allá pretendiendo investigar sobre las motivaciones que llevan al consumo de las «drogas legales», y más concretamente, a las farmacológicas. Su consumo sabemos se centra en sectores de edades adultas, sometidas también a fuertes tensiones sociales y psicológicas a las cuales nuestra actual cultura ofrece respuestas muy medicalizadas, encuadrándolas dentro del ámbito de la «enfermedad». Este nivel entroncaría directamente con conceptos que hacen referencia a la salud y a la enfermedad y a la actual visión de los mismos; la excesiva burocratización médica y la enajenación del hombre actual respecto a su propio cuerpo puede ser la motivación que subyace en el alto consumo de determinados medicamentos. Ivan Illich en este sentido indica que «todas las culturas tradicionales derivan su función higiénica de la habilidad para equipar al individuo con los medios para hacerle el dolor, tolerable; la enfermedad o la invalidez, comprensible, y la sombra de la muerte, significativa.

(5) «Consumo de drogas en España», Enrique González Duro. Ed. Villalar, 1979.

(6) «Tipología de drogadictos y su rehabilitación», Miguel Angel Ramón, en «La droga en la juventud». Ed. Karpos, 1981.

(7) Ibidem (pág. 194).

(8) «Consumo de drogas en España», González Duro, pág. 245.

La medicalización constituye un prolífico programa burocrático basado en la negación del derecho de cada hombre a enfrentar el dolor, la enfermedad y la muerte... La civilización médica está planeada y organizada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y abolir la necesidad de un arte de sufrir y morir» (9).

Las distintas corrientes y teorías sobre la motivación se centran en aspectos tales como la gratificación, la afectividad (Freud, Jung, Erikson), o sus oponentes, el temor, el abandono como factores sociales asociados a otras personas en el juego de las relaciones sociales con éstas.

De otra parte, otros autores ponen el acento en el aprendizaje de las motivaciones, desde este punto de vista los motivos aparecen porque ciertos estímulos y reforzadores son más comunes que otros y más fáciles de discriminar y de mayor importancia para la sociedad (Skinner, Bandura, Walters).

Nosotros hemos partido del concepto de motivación en un sentido amplio, como el impulso fundamental para el uso y consumo de la droga. La motivación aportada por los encuestados es la motivación verbalizada, expresada por ellos de entre la serie de motivaciones que se les mostraban. La pregunta quedaba reflejada en el cuestionario como «razón por la que empezó y continuó tomándola»; pretendíamos por tanto, discriminar los motivos que llevan a una continuidad, no aquellos que únicamente han sido azarosos o accidentales, sino los que de manera longitudinal en el tiempo han predominado.

Las diecinueve motivaciones que recogimos corresponden desde nuestro punto de vista a la siguiente clasificación que puede establecerse de forma diferenciada en:

a) *Motivaciones de respuesta social:*

En ellas incluimos algunos aspectos que hacen referencia a la situación psicosocial del individuo y a la respuesta que frente a la misma toma la persona. De modo que podemos encontrarnos con un primer grupo de respuestas sociales que quedarían englobadas en:

- Motivaciones de huida:
 - «Estar a disgusto en esta sociedad injusta.»
 - «Escapar a problemas personales.»
- Libertad:
 - «El gusto de hacer lo prohibido.»
 - «Sentirme libre.»
 - «Encontrar un nuevo estilo de vida.»
- Pasividad:
 - «Pasar el rato.»
 - «Porque paso de todo.»

Motivaciones éstas que tendrían como puntos en común un desacuerdo tácito o expreso con la situación psicosocial vivenciada por el individuo que conlleva una respuesta (activa/pasiva) en la que es mediadora la droga que le permite, le hace posible ese tipo de respuesta: huir de la situación vivida como problema, la búsqueda de libertad por la transgresión, que le aporta una situación vivencial diferente, o pasar: tomar la alternativa de la pasividad de la negación de la acción, en una sociedad continuamente en movimiento, cambiante.

Un segundo grupo de motivaciones estarían constituidas por aquellas que giran en torno al logro de una mejor adaptación a las normas sociales establecidas y a la consecución de respuestas adecuadas a las exigencias de las mismas.

- Para estudiar o trabajar mejor.
- Para facilitar el contacto social y la conversación.
- Porque es costumbre social
- Por no ser tenido por raro.

(9) «Némesis Médica». «La expropiación de la Salud». Ivan Illich. Ed. Motriz, 1977, pág. 177.

Un tercer grupo dentro de las motivaciones de respuesta social lo formarían las referencias a la exclusión/inclusión al grupo de pertenencia. Entrarían por tanto a formar parte de la relación individuo-grupo como uno de los aspectos expresados por las siguientes afirmaciones:

- Sentirme rechazado o no aceptado por la familia.
- Sentirme marginado o discriminado en el trabajo.
- Por deseo de ser miembro de un grupo.

b) *Motivaciones experimentales*

Su punto de referencia lo situaremos

en un nivel fundamentalmente individual, como expresión de una situación psicológica personal que hace referencia a la búsqueda del placer, del hedonismo, etc. Búsqueda individualista pero generalizada socialmente como alternativa a la crisis social actual.

Este grupo de motivaciones, cuya forma de manifestación verbal aparece como positiva, puede ocultar no obstante posturas de negación vital muy propias de los toxicómanos, en los que se produce una clara inversión de papeles respecto al hombre ordinario, el cual evita su muerte, «la que él sólo puede fantasmear asistiendo de espec-

Motivaciones verbalizadas según droga consumida

MOTIVACIONES	Total	Inhalables	Cannabis	Antetaminas	Tranquilizantes	Hipnóticos	Alucinógenos	Cocaína	Analgesicos comunes	Analgesicos morficos	Heroína
A) Motivaciones de respuesta social:											
• Estar a disgusto en esta sociedad	2,0	1,1	5,0	3,4	1,2	0,7	8,7	5,5	0,8	0,9	7,3
<i>Huida</i>	8,1	8,5	14,0	16,7	8,1	4,1	24,5	20,0	3,7	8,0	29,5
• Escapar problemas personales	8,1	7,4	11,0	13,3	6,9	3,4	15,8	14,5	2,9	7,1	22,2
• Gusto de hacer lo prohibido	5,4	19,8	13,5	9,1	2,5	1,6	10,8	13,0	2,1	1,7	9,2
• Sentirse libre	2,7	8,6	6,5	4,6	1,4	0,4	7,9	6,7	1,3	—	5,7
• Encontrar nuevo sentido vida	1,4	1,1	3,0	4,6	0,9	0,5	5,0	6,9	0,4	—	6,0
• Pasar el rato	12,6	32,5	32,1	12,4	4,0	1,9	29,5	18,2	5,3	5,4	17,8
<i>Pasividad</i>	15,3	44,3	39,4	19,4	6,5	3,0	41,7	30,3	6,1	9,8	36,0
• Porque «Paso de todo»	2,7	11,8	7,3	7,0	2,5	1,1	12,2	12,1	0,8	4,4	18,2
• Para estudiar o trabajar mejor	7,3	2,4	4,2	17,4	5,3	3,0	3,2	4,8	10,0	—	1,4
• Para facilitar contacto social	1,9	—	4,6	2,5	1,1	0,8	2,4	4,7	0,9	2,9	2,4
<i>Normativa Social</i>	11,9	7,3	14,3	24,3	7,3	4,1	8,3	14,9	12,8	5,5	9,2
• Porque es costumbre social	1,5	2,3	2,6	3,4	0,5	0,1	2,7	3,6	1,4	1,7	4,0
• Por no ser tenido por raro	1,2	2,6	2,9	1,0	0,4	0,4	—	1,8	0,5	0,9	1,4
• Sentirse rechazado por familia	0,6	1,3	1,3	1,5	0,5	0,5	1,2	1,3	0,4	0,9	3,5
• Sentirse rechazada en trabajo	1,1	2,9	1,1	6,1	1,4	5,2	5,0	8,7	0,8	1,6	5,2
• Deseo de ser miembro grupo	1,2	3,7	2,5	2,2	0,3	0,7	1,8	1,6	0,3	—	3,2
B) Motivaciones experimentales											
• Experimentar placer, animarse	16,6	33,9	37,8	25,1	6,9	4,7	47,1	44,1	9,0	28,5	41,0
	32,6	62,7	77,7	46,5	14,9	8,2	83,0	85,4	15,7	42,6	76,0
• Curiosidad, sensaciones nuevas	16,0	28,8	29,9	21,4	8,0	3,5	35,9	41,3	6,7	14,0	35,0
C) Motivaciones Sintomatológicas											
• Calmar los nervios	33,2	2,4	3,3	15,0	69,4	55,6	1,9	1,6	40,3	20,8	4,4
	59,4	2,4	5,5	22,1	113,7	123,4	3,5	5,3	66,6	46,5	7,3
• Dormir mejor	26,2	—	2,2	7,1	44,3	67,8	1,6	3,7	26,3	25,7	2,9
• Enfermedad/dolor	5,1	—	0,1	5,8	4,2	2,7	—	—	9,5	22,2	—

• La aparición de porcentajes que sobrepasan 100 es debido a que la pregunta era de respuesta múltiple.

Tabla 7

Motivaciones prevalentes según droga consumida

	Total	Inhalables	Cánnabis	Anfetaminas	Alucinógenos	Cocaína	Hercina	Tranquilizantes	Hipnóticos	Analgésicos comunes	Analgésicos morficos
Estar a disgusto en esta sociedad	2,0				8,7						
Escapar problemas personales	6,1		11,0	13,3	15,8	13,4	22,2				
El gusto de hacer lo prohibido	5,4	19,8	13,5		10,8	13,0					
Sentirme libre	2,7				7,9						
Encontrar un nuevo estilo de vida	1,4					6,9	6,0				
Pasar el rato	12,6	32,5	32,1		29,5	18,2	17,8				
Porque «paso de todo»	2,7	11,8	7,3	7,0	12,2	12,1	18,2				
Para estudiar o trabajar mejor	7,3			17,4							
Para facilitar contacto social	1,9										
Porque es costumbre social	1,5										
Por no ser tenido por raro	1,2										
Sentirme rechazado familia	0,6										
Sentirme rechazado trabajo	1,1			5,0			5,2				
Deseo de ser miembro grupo	1,2										
Experimentar placer, animarse	16,6	33,9	37,8	25,1	47,1	44,1	41,0				28,6
Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas	16,0	28,8	39,9	21,4	35,9	41,3	35,0				
Calmar nervios	33,2							69,4	55,6	40,3	
Dormir mejor	26,2							44,3	67,6		
Enfermedad-dolor	5,1										22,2

Tabla 8

22

tador a la muerte de otros... El toxicómano, sin embargo, va pluricotidianamente a la búsqueda de la suya, derribando las barreras de lo imaginario y lo real. Pero él sobrevive confundiendo Nirvana y realidad, paraíso y muerte, vida e infinito» (10).

Dos tipos de expresiones recogerían estas motivaciones:

- Por experimentar placer, por animarse.
- Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas.

c) Motivaciones sintomatológicas

En este grupo introducimos los aspectos medicalizados aportados como razones de uso de la droga por los entrevistados. Tres síntomas se han tenido en cuenta: los que hacen referencia a los «nervios», situaciones de tensiones y stress, los referentes al insomnio y por último, la enfermedad en sentido del dolor; «nervios/insomnio» responde

de una parte a la complejidad social dentro de la que el hombre vive y el dolor físico tratado aisladamente en la sociedad como si fuera ajeno a la vivencia cotidiana del hombre y fuera posible su tratamiento fuera de ese contexto.

La expresión en el cuestionario de estas manifestaciones correspondería a:

- Para calmar los nervios.
- Para dormir mejor.
- Por enfermedad-dolor.

Los resultados obtenidos adquieren plena significación cuando los cruzamos por la droga consumida. En las tablas 7 y 8 se recogen las diferentes motivaciones encontradas; en la primera, de un modo general, y en la segunda, recogiendo las motivaciones prevalentes en cada droga en particular.

El análisis de la tabla de motivaciones prevalentes nos lleva a ver cómo se da una cierta graduación en la relación motivación verbalizada-droga utilizada.

(10) «La Toxicomanía». Claude Olievenstein, pág. 39. Ed. Fundamentos.

El uso de inhalables aparece asociado a aquellos que aducen razones de su utilización que se sitúan en la búsqueda de la libertad que esta sociedad les niega; en la pasividad, la negación de la acción social, y en la experimentación, la búsqueda de lo «nuevo».

Los que recientemente han consumido cánnabis, alucinógenos y/o cocaína, se asociarían con las motivaciones ya señaladas y añadirían a ellas la de huida de los problemas que la vida comporta. Una nueva motivación se suma a éstas en la asociación motivaciones/consumo de heroína, motivación ésta que responde a las que hemos agrupado como exclusión/inclusión grupo de pertenencia, lo que ampliaría el perfil motivacional al incluir sentimientos vivenciales más personales (rechazo, marginación, discriminación, etc.) como razones por las que han usado o consumido droga. Aquellos que han utilizado anfetaminas introducen además las motivaciones referentes a la adaptación/éxito social; es decir, persiguen bien una mayor adecuación a la normativa social («costumbre social», «no ser tenido por raro»), bien el éxito en los roles sociales («estudiar o trabajar mejor», «facilitar el contacto social y la conservación»).

Esta graduación y ampliación de motivaciones indicadas de entre los consumidores de las diferentes drogas, da lugar a dos grupos interrelacionados: drogas consumidas, motivaciones verbalizadas, como queda reflejado en el cuadro.

Un grupo estaría constituido por:

Drogas consumidas	Motivaciones verbalizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Inhalables • Cánnabis • Alucinógenos • Cocaína • Heroína • Anfetaminas 	<ul style="list-style-type: none"> • Huida • Libertad • Pasividad • Exclusión/incl. grupo • Normativa social • Experimentación

Tabla 9

Un segundo grupo lo formarían:

Drogas consumidas	Motivaciones verbalizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos comunes • Tranquilizantes • Hipnóticos • Analgésic. morfínicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Experimentación • Calmar nervios • Dormir mejor • Enfermedad

Tabla 10

En este segundo grupo nos encontramos que los que toman analgésicos comunes, tranquilizantes e hipnóticos expresan, como motivos de su ingesta, aspectos sintomatológicos como son «nervios» e «insomnio», claras expresiones del «stress» de la civilización industrial. Y entre los que toman analgésicos morfínicos nos encontramos que las motivaciones se amplían incluyendo por una parte las que denominábamos de experimentación, conectando por tanto con el grupo anterior, y las que hacen referencia a enfermedad que irían directamente relacionadas con aspectos sintomáticos del estado físico personal. Entre los primeros se situarían los que usan alternativamente otras drogas, en especial la heroína.

Los factores sociales de riesgo

Sin embargo, la perspectiva desde la que actualmente el consumo de drogas más se problematiza es el sociológico. En las sociedades industriales modernas, presididas por los criterios de racionalidad y eficacia, la droga no solamente ha variado su función cultural, sino que además en ciertas situaciones se vuelve disfuncional. La intensa alteración de la conducta que determinadas drogas producen, con sus consiguientes efectos sobre el medio productivo (absentismo, accidentes, bajo rendimiento...) y el medio familiar (alto nivel de conflictividad, incomunicación...), así como el alto índice de delincuencia y criminalidad que comporta, hacen que nos encontremos ante una serie de comportamientos diver-

gentes o anómicos, que provocan el rechazo social de la comunidad.

En las «Reglas del Método Sociológico» ya Durkheim demuestra que siempre existe la posibilidad de un comportamiento divergente si se entiende el comportamiento social como un comportamiento regulado, y que las formas de comportamiento anómico quedan condicionadas estructuralmente por el tipo social predominante en cada caso y por su nivel de desarrollo.

La anomia lleva implícito el concepto de integración social. R. Thurnwald señala: «llegaremos a un entendimiento tan sólo cuando nos percatemos que toda sociedad tiene su propio orden que le sirve para orientar su sistema valorativo; de éste resulta también el concepto de lo bueno y lo malo, de lo especialmente condenable o de lo que todavía es admisible, o sea, que el entendimiento depende de que se tengan presentes todas las condiciones de la convivencia». O como señala Parsons, «la anomia y la integración son como el anverso y el reverso de una misma cosa».

La integración social comporta por parte de los individuos una internalización de los valores culturalmente dominantes, la asunción de una serie de roles sociales (estudiante, productor, padre, elector, etc.), la aceptación de unas determinadas pautas de comportamientos y el respeto de las normas e instituciones establecidas. Y cuando el comportamiento de un sujeto social es divergente, se genera un conflicto que, si alcanza un determinado límite, se resuelve mediante la marginalización del sujeto en cuestión.

Desde la perspectiva médica toda droga es considerada dañina en sí misma por los efectos negativos o perjudiciales que, cada sustancia en particular, tenga sobre el organismo humano. De este modo el tabaco, e incluso el café, son tenidos como drogas variando

su calificación respecto a otros, como el LSD o la heroína, en función de su potencialidad de daño sobre la salud corporal y mental de una persona.

Sin embargo, desde la perspectiva sociológica el problema es muy diferente. Muchas drogas no sólo no provocan comportamientos divergentes, sino que incluso siguen, como en las sociedades primitivas, facilitando el ajuste social; pensemos en cómo el alcohol, dentro de cierta medida, facilita las relaciones sociales, o cómo determinados fármacos (barbitúricos o tranquilizantes) relajan una serie de tensiones o angustias que permiten a muchas personas llevar una vida bastante normal y ajustar su conducta según lo que se espera de ella. Ciertamente en las sociedades industriales la función cultural de la droga se ha modificado sustancialmente, sin duda ha perdido sus connotaciones mágico-simbólicas, pero en ciertos casos es tolerada como factor de integración social. El problema surge cuando el hábito del consumo de estas drogas y la incidencia de las drogas potencialmente más peligrosas alteran el comportamiento social más allá de ciertos límites.

Cuando el comportamiento divergente o anómico alcanza un determinado nivel de generalización, siendo el indicador más importante el grado de delincuencia y criminalidad, se produce en la comunidad una intensa reacción social. En primer lugar cunde la alarma, surge el temor de posible victimización y se crean rápidamente una serie de estereotipos sobre el drogadicto: viciosos, delincuentes e, incluso desde un discurso menos ideológico, el de enfermos. El proceso continúa mediante el desarrollo de una actitud de defensa orientada hacia la marginalización del toxicómano; esta conducta social de autoprotección conduce a un control y, en muchos casos, a una exclusión del sujeto social peligroso.

En lo que se refiere a las causas del consumo de drogas, la situación es muy compleja. Si preguntamos a los individuos en cuestión la razón por la que toman drogas, tal como vimos en el punto anterior, nos aparece un amplio abanico de motivaciones (diecinueve de ellas hemos obtenido), con una serie de correlaciones entre determinados tipos de motivaciones y cada droga en particular. Sin duda, la explicitación o verbalización de unas u otras motivaciones por las personas que consumen una o más drogas constituye un primer nivel de conocimiento, el cual, cuando menos, hace referencia a un determinado estado de conciencia del individuo respecto a su actitud ante el hecho de tomar drogas. Evidentemente no es la misma actitud la de los que indican que su motivación para consumir drogas es «evadirse de ciertos problemas», que la de los que dicen «por pasar de todo» o por simple «curiosidad».

Esta verbalización apunta ya a una determinada postura ante cada situación concreta y es en sí misma una primera aproximación a la causalidad del fenómeno en cuestión, el uso de la droga. Sin embargo, presenta dos limitaciones importantes. La primera de ellas es la misma opacidad que en determinados casos tiene la explicitación de una motivación a nivel consciente; por ejemplo, cuando se indica que se toma droga «por pasar de todo» sabemos que hay en el sujeto en cuestión una actitud de escepticismo y apatía, pero esto muy a menudo no dice nada sobre las circunstancias concretas o condiciones objetivas que han conducido a esta persona al estado de ánimo en que se encuentra y de éste al uso de las drogas.

Una segunda limitación consiste en que, una vez instalada la conducta tóxica, las causas que indujeron a los primeros contactos con la droga, o causas precipitantes, pueden ser refor-

zadas e incluso totalmente sustituidas por otras circunstancias que actúan como causas de mantenimiento de la drogadicción. Sobre este particular, Enrique Echeburúa escribe lo siguiente:

«Supongamos que una esposa de mediana edad tiene dificultades matrimoniales y empieza a beber en exceso a fin de aliviar la tensión y preocupación respecto a su matrimonio. Eventualmente se divorcia de su esposo y su ingestión de bebida aumenta. Ha establecido un patrón según el cual la bebida excesiva se vuelve contingente respecto a cualquier suceso emocionalmente angustiante. El intoxicarse alivia su ansiedad y le permite escapar temporalmente a las circunstancias angustiantes. Una vez que la bebida ha alcanzado una frecuencia cotidiana, encuentra que beber por la mañana temprano es reforzante, puesto que alivia la agitación y el malestar provenientes de la bebida de la noche anterior. A través de contactos hechos en los bares, puede relacionarse con otros que beben en exceso. A esta altura el factor precipitante ya no está presente. Su afición a la bebida continúa por otras razones de mantenimiento, como aprobación de los compañeros, aliento, reconocimiento y/o evitación del síndrome de abstinencia» (11).

Y él mismo indica que es conveniente diferenciar entre causas precipitantes y causas de mantenimiento «con vistas a formular una determinada estrategia terapéutica».

A partir de lo dicho hasta aquí, podemos establecer ya que el presente punto tiene dos propósitos específicos: por una parte, contemplar el fenómeno de la drogadicción desde la perspectiva sociológica de los comportamientos divergentes o anómicos; por otra, analizar qué factores potencialmente cau-

(11) «Adquisición y mantenimiento de la conducta de drogodependencia». Enrique Echeburúa. *Drogalcohol*. Volumen IX. 1984. Núm. 1.

sales van asociados a la conducta toxicómana.

Sobre el primer propósito no es necesario añadir nada más a lo ya dicho; sin embargo, respecto al segundo, el análisis de los factores potencialmente causales, cabe hacer dos consideraciones. En primer lugar, que el instrumento utilizado en la presente investigación, la encuesta social, si bien permite trascender las motivaciones verbales y conocer circunstancias más objetivas, no puede llegar a la distinción clínica entre causas precipitantes y causas de mantenimiento. Lo que aquí podemos observar y medir con bastante rigor es la existencia de una serie de situaciones y condiciones asociadas al consumo de drogas, especialmente a aquellas drogas que configuran unos comportamientos divergentes más intensos, las cuales denominaremos factores de riesgo que inducen o refuerzan la conducta toxicómana. Por otra parte, somos de la opinión que, salvo en muy pocos casos, la explicación etiológica no obedece a una sola causa ni a una relación lineal entre ésta y el efecto (el hecho de consumir drogas), sino que más bien se produce una interacción entre una serie de factores diversos que de forma sistémica provocan y retroalimentan la conducta toxicómana.

Mediante veintiocho variables investigamos los factores de riesgo sociados al consumo de drogas. Estas variables corresponden a los siguientes bloques temáticos:

Condiciones de vida o ambientales

- Relaciones familiares.
- Ocupación: estudios-trabajo-paro.
- Relacional: ocio-amigos-vida asociativa.
- Económico: situación y expectativas.

Valoraciones sociales e institucionales

- Valores tradicionales.
- Valores modernos.
- La amistad y la salud.

Actitudes existenciales básicas

- Satisfacción inmediata.
- No sentido de la vida.
- Egocentrismo.
- Incredencia.

Situación psicológica personal

- Agobio-tensión.
- No superar las dificultades.
- Pérdida confianza en sí mismo.
- Insatisfacción-frustración.

La metodología de la encuesta ha sido común para las veintiocho variables: se medía en una escala de cinco posiciones la presencia de cada una de ellas en el consumo de cada droga en particular; de este modo obteniendo las medias y las desviaciones típicas, la matriz de correlaciones y el análisis factorial podemos realizar un análisis comparativo entre las distintas drogas y obtener los factores de riesgo comunes en cada hábito de consumo. Como grupo de control en este análisis, hemos tomado el de los consumidores de analgésicos comunes, y esto por dos razones: en primer lugar, porque son sustancias de consumo muy extendido y afectan a un sector de la población muy amplio perfectamente representativo del conjunto (la edad media del primer consumo de analgésicos tiene un coeficiente de variación muy alto: el 53%); en segundo lugar, porque entre los consumidores de estos productos un sector muy importante (más del 60%) no usan ninguna otra droga, situación muy infrecuente entre los que usan las drogas más duras, por lo que se ve claramente dos hábitos distintos: el de los consumidores de analgésicos comunes que los usan por motivacio-

nes sintomatológicas (dolor, enfermedad, dormir...), y los que toman estas drogas cuyas motivaciones son más complejas y en muchos casos anómicas. Hay que indicar que el análisis comparativo entre los consumidores de cada tipo de drogas no puede ser más puro, ya que en muchos casos se da un policonsumo; no obstante, tomando de forma particularizada los que usan cada una de estas drogas, se observan unas diferencias suficientemente discriminativas.

Obviando el largo proceso de análisis estadístico-informático(*), se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los diferentes factores de riesgo no asocian de manera homogénea con los consumidores de droga en general, sino que lo hacen de forma discriminante según los tipos de drogas de que se trate. Una primera gran diferencia la observamos entre las drogas-medamento o legales y las drogas ilegales. En general, los consumidores de drogas-medamento (analgésicos comunes, hipnóticos y tranquilizantes) no muestran una clara presencia de los distintos factores de riesgo estudiados, excepción hecha de los que toman tranquilizantes e hipnóticos en los que sí se evidencia una presencia del factor psicológico (agobio, tensión e incapacidad para superar las dificultades), lo cual a su vez es coherente con su explicación de motivaciones sintomatológicas (calmar los nervios, dormir mejor, etc.) para usar estos productos. También asocia, aunque no muy fuertemente, con el consumo de estas drogas el sentimiento de frustración de aquellos que se encuentran en paro.

Sin embargo, puede afirmarse, de un modo general, que los consumi-

dores de droga-medamento se hallan en una situación de integración social bastante estable y que, tanto por las motivaciones explicitadas para el consumo de drogas como por la escasa o nula presencia de factores de riesgo, no es predecible en ellos un comportamiento divergente.

2. Por el contrario, sí hay un segundo grupo de consumidores de drogas donde varios de los factores de riesgo analizados están muy presentes y, probablemente, actuando de forma sistémica en la generación y mantenimiento del hábito toxicómano. Dentro de este grupo podemos distinguir dos niveles; uno primero de riesgo menor, e incluso en determinadas cuestiones de cierta normalidad, que serían los consumidores de cánnabis, anfetaminas y cierta parte de los consumidores de analgésicos morfínicos y de inhalables; un segundo nivel, los de riesgo mayor, estaría formado por parte de los consumidores de estos dos últimos productos, los de cocaína y alucinógenos y, muy especialmente, los de heroína.

Los de este último nivel de mayor riesgo muestra, como a continuación vemos, una débil integración social por lo que es predecible en ellos, y así se observa en la práctica un comportamiento anómico.

3. De todos los factores de riesgo estudiados el que más altamente está presente en el consumo de las drogas más peligrosas (heroína, cocaína y alucinógenos), es el de unas actitudes existenciales básicas en su polo negativo: excecpticismo, hedonismo, egocentrismo e increencia; lo cual es coherente a su vez con sus principales motivaciones explicitadas: huida de la realidad y pasotismo. Este factor de riesgo es de radi-

(*) En el citado estudio de EDIS, páginas 177 a 204.

cal importancia, pues significa la configuración de una personalidad muy negativa y marginal de difícil integración social.

4. Consecuentemente con esto, el segundo factor de riesgo (con un índice muy cercano al anterior) es el rechazo de los valores sociales por parte de los consumidores de estas drogas, exceptuando la libertad que se constituye en su paradigma esencial, y la amistad (en un sentido instrumental), el resto de los valores e instituciones sociales tienen para ellos muy poco sentido. Esto explica en buena medida la poca inhibición que muestran en la vulneración de la normativa social.

5. El factor psicológico de malestar y frustración también asocia fuertemente con el consumo de heroína, analgésicos morfínicos, cocaína y, como ya hemos dicho anteriormente, con el de tranquilizantes e hipnóticos. Este factor es también de gran importancia porque sin duda retroalimenta el hábito del consumo de la droga; una vez establecido un patrón de conducta, cualquier situación de ansiedad, incluida la que provoca la abstinencia, se resuelve provisionalmente mediante una nueva toma de la droga.

6. Finalmente, entre las condiciones de vida o ambientales, el factor de riesgo más importante asociado al consumo de determinadas drogas, especialmente las ilegales, es el de las relaciones familiares negativas, principalmente si se unen a una situación de paro. También las situaciones económicas difíciles y la falta de expectativas de mejora tienen relación, en ciertos casos, con el consumo de drogas y son un factor de riesgo, aunque no tan intenso como los anteriores.

En suma, parece quedar claro que el consumo de determinadas drogas, especialmente las de efectos más destructivos y marginadores, es un fenómeno de profunda raíz social. La existencia de determinadas situaciones personales y familiares negativas y, muy especialmente, la configuración de unas actitudes ante la vida y la sociedad egocéntricas e instrumentales, son los principales factores de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de la conducta toxicómana. El rechazo del contexto cultural y la débil integración social de estas personas, junto al apremio de conseguir la droga, explican el comportamiento anómico que se observa en la práctica.

Desde esta perspectiva toda actuación de lucha contra la drogadicción, además de los necesarios tratamientos de desintoxicación y de persecución del tráfico, debe de orientarse a la reinserción social del toxicómano, reconstruyendo su personalidad y su identidad social. La dificultad más importante quizás radique, y esto sería objeto de otro estudio, en las propias contradicciones del mismo sistema social; sin duda, las situaciones objetivamente marginadoras como la falta de trabajo para los jóvenes, la publicidad consumista y hedonista, la caducidad de determinados valores e instituciones, la doble moral, la cotidianeidad de la opresión y la injusticia, etc., son graves dificultades (cuando no el origen de la conducta divergente) para la reinserción social. Por ello nuestro punto de vista es que una lucha integral contra la drogadicción pasa por dos ejes igualmente necesarios, la recuperación del drogadicto uno por uno y cada cual según su problemática específica; y la progresiva transformación de la sociedad misma, por lo menos dentro de unos límites que den verdadero sentido a la integración social y a la pertenencia a una comunidad, desactivando

así muchas de las condiciones objetivas generadoras del comportamiento anómico.

4. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS Y EXPECTATIVAS

Otra serie de datos muy interesantes para completar el perfil básico del programa de las toxicomanías en nuestro país la constituyen los referidos a las consecuencias del consumo de drogas.

embargo, hay que tener en cuenta que en ese colectivo tan amplio se incluyen los que han utilizado cierto tipo de medicamentos como remedio circunstancial en situaciones deficitarias de su salud física o psíquica.

Por ello, el punto de partida se modifica, estableciéndose una primera y fundamental diferencia, pues tan sólo los usuarios de analgésicos comunes se sitúan claramente por debajo de esa media en el nivel de problemática:

La existencia de problemas según el tipo de droga consumida

	Inhalables	Cámbis	Amfetaminas	Tranquiliz.	Hipnóticos	Alucinog.	Cocaína	Analgésicos comunes	Analgésicos morfínicos	Heroína	Total
Sí	22,9	22,2	22,7	25,0	20,1	32,3	41,5	12,8	44,2	63,8	16,3
No	69,4	77,7	77,0	73,2	78,4	66,8	57,5	85,3	54,9	35,5	82,5
NS/NC	7,7	0,1	0,3	1,8	1,5	0,7	1,0	1,9	0,9	0,7	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabla 11

o problemas de ellas derivados, y las expectativas de los consumidores, tales como los intentos de dejar la droga y grado de dificultad, si se está llevando o no un tratamiento, así como las ayudas concretas y las medidas generales que se solicitan. Todas estas cuestiones son de gran importancia para planificar una adecuada actuación en la lucha contra la droga.

Las consecuencias inmediatas del uso de drogas

Al margen de toda otra problemática de tipo social, más general, el uso de una droga cualquiera puede provocar en sus consumidores una serie de dificultades y problemas personales de características muy diferentes, en función del producto utilizado.

En principio, del conjunto de la población que en los últimos seis meses ha empleado alguno de estos productos, indican que su consumo no significa un problema, el 82,5% frente al 16,3% que reconoce lo contrario. Sin

El consumo de cualquier droga que no sea ese tipo de analgésicos, produce por lo tanto un índice de problemática superior al 16,3%. Este nivel se sitúa entre el 20,1% para los que usan fármacos hipnóticos, y el 63,8% entre los consumidores de heroína, lo que permite extraer una nueva conclusión: las drogas más fuertes son también las responsables de una mayor proporción de dificultades, que en el caso de los analgésicos morfínicos alcanza el 44,2%; de la cocaína, el 41,5%, y de los alucinógenos, el 32,3%, además de la heroína, ya citada.

Dentro ya del grupo que admite la existencia de problemas, éstos se concentran fundamentalmente en tres bloques: los que afectan a la salud, los que afectan a la convivencia en el entorno personal y los que se relacionan con la situación económica.

Y según el tipo de droga que se consuma los problemas tienen un perfil diferenciado, como puede observarse en la siguiente tabla:

Clasificación de los problemas según el tipo de droga

	Inhalables	Cánnabis	Anfetaminas	Tranquilizantes	Hipnóticos	Alucinog.	Cocaína	Analgésicos comunes	Analgésicos morfínicos	Heroína	Total
De salud	21,3	29,5	34,9	73,8	83,8	22,3	35,7	75,7	60,6	38,0	57,7
Familiares	42,7	40,4	35,4	23,7	23,5	43,6	35,0	23,6	33,3	32,3	32,0
Económicos para comprar droga	41,7	46,0	46,2	18,2	7,8	51,3	47,6	12,7	19,7	49,1	24,1
Económicos para mis necesidades	16,9	15,6	10,5	8,2	12,9	12,9	15,1	6,3	16,4	15,8	10,5
En los estudios	10,9	5,3	6,5	1,5	1,2	1,3	—	3,2	—	—	3,4
En el trabajo actual ..	—	1,0	0,6	1,7	1,1	—	—	1,7	—	—	1,5
No me permite encontrar trabajo	—	5,7	5,5	0,8	1,8	16,7	13,0	0,8	2,1	10,9	3,4
En las relaciones con otras personas ..	21,5	11,2	10,3	8,1	4,8	11,4	11,4	3,3	5,9	7,5	8,0
Con la ley o la policía	9,2	15,7	21,0	8,8	7,8	18,4	16,0	6,2	7,6	26,9	9,0
NS/NC	—	0,5	0,7	0,4	—	—	—	1,7	4,5	—	0,8

Tabla 12

30

Los problemas más importantes relacionados con el consumo de drogas son los de salud, los familiares y los económicos para comprar la droga. Entre los consumidores de las drogas ilegales, especialmente la cocaína y la heroína cuyo precio es muy alto, los problemas económicos para comprar la droga y los conflictos con la ley o la policía (que también se dan con las anfetaminas, la cánnabis y los alucinógenos) adquieren una gran relevancia. Lo cual nos remite de nuevo a la intensa potencialidad que estas drogas tienen en la generación de conductas divergentes.

Los intentos por abandonar el consumo de drogas

Sobre este tema se investigaron dos cuestiones muy relacionadas: la opinión sobre la dificultad personal que supondría dejar la droga y si han llevado recientemente o están llevando un tratamiento para abandonarla.

Los resultados obtenidos figuran en las tablas 13 y 14.

Hay una mayoría de esta población que, si se lo propusiera, cree que no tendría dificultad en dejar la droga que

consume: el 45,0% lo encuentran fácil, y es también un 45,0% que no encuentra necesario llevar ningún tipo de tratamiento. Se trata fundamentalmente de los consumidores de analgésicos comunes, que así lo afirman en un 47,1% y un 49,1% para ambas cuestiones. Son pues una población que no

La dificultad en el abandono de la droga

	%
Imposible	4,6
Muy difícil	8,4
Algún esfuerzo	17,9
Fácilmente	45,0
NS/NC	24,1
Total	100,0

Tabla 13

Está llevando o ha llevado algún tratamiento para dejar la droga

	%
Lo estoy llevando	2,0
No lo llevo pero me gustaría	4,5
No lo creo necesario	45,0
No me interesa	20,9
NS/NC	27,6
Total	100,0

Tabla 14

Lo encuentran muy difícil	Tipo de droga consumida	Están llevando tratamiento o quieren llevarlo
51,5%	Analgésicos morfínicos	20,2%
39,5%	Heroína	36,5%
26,8%	Cocaína	22,8%
26,0%	Hipnóticos	12,0%
25,0%	Tranquilizantes	12,3%

Tabla 15

puede considerarse drogadicta en el sentido estricto de la palabra. Sin embargo, hay que constatar también, que el 57,0% de consumidores de cánnabis, y el 52,7% de inhalables creen que tampoco tendrían dificultad en dejar su uso.

En el otro extremo, se sitúan los que encuentran en ello mayor dificultad, incluso insalvable. Son el 13% del total, y con toda seguridad y mayor motivo, los que tendrían que recurrir a tratamiento o a ayuda extrema para, si quisieran, poder dejarlo. Sin embargo, tan sólo un 2,0% está llevando o ha llevado un tratamiento, lo que supone que un 11,0% se encuentra sumamente «enganchado» y no hace nada por remediarlo. Hay entre ellos, no obstante, un 4,5% que aunque no lo lleve le gustaría intentarlo, con lo que resultaría un 6,5% en una disposición favorable para abandonar el consumo.

Las mayores dificultades se les presentan a los consumidores de analgésicos morfínicos, heroína, cocaína, hipnóticos y tranquilizantes, es decir, de tres fármacos y dos drogas ilegales. No se encuentran una gran proporción de consumidores de fármacos entre los que podrían dejar la droga con algún esfuerzo, lo que equivale a reconocer un fuerte grado de dependencia entre los usuarios de este tipo de productos (tal como se vio anteriormente).

Los que utilizan productos ilegales y anfetaminas matizan más su respuesta, y suponen que su abandono les costaría algún esfuerzo. Los porcentajes oscilan entre el 23,1% de consumidores de anfetaminas, y el 36,5%

de heroína. Si a estos últimos se añade el 39,5% que admitirá su extrema dificultad en abandonarla, resulta que más del 75,0% de los que la usan reconocen esa dificultad en mayor o menor grado, lo que convierte a esta droga en la más difícil de abandonar, seguida de los analgésicos morfínicos.

Por lo que respecta al tratamiento, los porcentajes más altos se encuentran entre los consumidores de las drogas más fuertes, aunque tan sólo lleguen al 10,2% entre los que usan analgésicos morfínicos, y al 9,0% de los de heroína, es decir, únicamente uno de cada diez de estos consumidores está intentando dejarlo, cantidad bastante irrelevante dada la magnitud del problema.

Un análisis comparativo entre estos dos grupos minoritarios revela una proximidad entre los que encuentran más dificultad en el abandono de la droga, y los que se encuentran mejor dispuestos al tratamiento, coincidiendo exactamente en ambos casos, las drogas consumidas (tabla 15).

Las diferencias son menores entre los consumidores de drogas ilegales que entre los consumidores de fármacos, es decir, hay una actitud más positiva hacia el tratamiento entre aquéllos que entre éstos, debido sin duda al fuerte grado de dependencia de estos productos y la aguda problemática que conlleva.

En el Plan Nacional sobre Drogas (12) se indica que en el conjunto de ser-

(12) Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1985. Página 21.

vicios asistenciales y comunidades terapéuticas se está atendiendo a unas 10.000 personas y que la demanda potencial, excluyendo el problema del alcohol, ascendería a un mínimo de 30.000 a 40.000. Estas cifras son muy coherentes con los porcentajes de consumidores que en nuestro estudio indicaron que estaban llevando un tratamiento y los que desearían hacerlo, y que como hemos visto, son principalmente consumidores de las drogas que crean fuerte dependencia y en muchos casos policonsumidores.

Ayudas y medidas en la lucha contra la droga

La percepción que los consumidores de drogas tienen respecto a las ayudas más eficaces, a nivel personal para dejar la droga, son los siguientes:

Dónde se ayuda más a dejar la droga

	%
Médicos generales	7,1
Centros especializados	37,8
Médicos privados	4,0
Comunidades terapéuticas	6,9
La familia	11,2
Los maestros	3,4
Asociaciones ex-drogadictos	12,2
Organizaciones juveniles	4,6
NS/NC	12,8
Total	100,0

Tabla 16

La droga consumida condiciona la preferencia por las diferentes opciones en cada tipo de consumidor, estableciéndose una vez más la diferenciación entre los que utilizan fármacos y los de las otras drogas de uso ilegal.

Los que tienen un problema por exceso de consumo de fármacos, ponen su esperanza con prioridad en los médicos. Es el caso del 14,3% de los que toman hipnóticos, y el 16,5% de consumidores de analgésicos morfínicos. Estos últimos y los consumidores de heroína se pronuncian, en más del

45%, en favor de los centros especializados.

Los consumidores de otros tipos de drogas se decantan más bien por opciones de carácter asociativo y de equipo. Prefieren los grupos reducidos de esfuerzo compartido, en que la ayuda proviene de personas que se perciben más cercanas, en contraste con los grandes centros que pueden resultar más despersonalizados.

Lo más citado son las asociaciones de ex-drogadictos, por las que se pronuncia el 28,4% de consumidores de heroína, el 25,9% de alucinógenos, el 21,4% de cocaína y el 18,0% de adeptos entre los que emplean heroína y anfetaminas; por último figuran las asociaciones juveniles, de tan poco peso a nivel global, pero las preferidas para el 14,9% que usa inhalables, y el 9,0% que emplea cánnabis y alucinógenos.

Medidas generales a tomar en la lucha contra la droga

	%
Represión de los traficantes de drogas	32,0
Represión de los consumidores de drogas	2,4
Campañas de información en los medios de comunicación sobre las consecuencias de las drogas	9,8
Despenalización de las drogas	4,9
Mejorar las condiciones de vida (trabajo, ocio, etc.)	21,3
Crear estímulos y motivar a la gente	6,1
Educación sobre la droga en las escuelas	7,8
Más centros de asistencia y tratamiento	4,6
Programas de orientación y asistencia familiar	2,3
NS/NC	2,3
Total	100,0

Tabla 17

La familia es citada también con porcentajes significativos, por el 14,9% de consumidores de inhalables, y el 15,1% de consumidores de heroína, lo que da una idea del peso que to-

davía tiene entre estos sectores, que, por otra parte, son los más jóvenes.

La última referencia obligada es la que se hace de las medidas de orden general que habría que tomar en una política adecuada para solucionar el problema, según la opinión de los consumidores (tabla 17).

Agrupadas según su carácter, resultaría:

- Un 34,4% de medidas represivas, contra traficantes fundamentalmente.
- Un 27,4% que propugna una mejora de la sociedad y la creación de estímulos que inciten a la integración.
- Un 19,9% de medidas de tipo formativo, informativo y orientativo.

Quedarían, además, un 4,9% de partidarios de la despenalización, y un 4,6% de la creación de nuevos centros.

Está claro que hay que actuar sobre los factores patógenos sociales que influyen en las actitudes, en los prejuicios, y finalmente, en la marginación; y en este sentido todas las medidas propuestas parecen necesarias en mayor o menor grado.

Es evidente que un mayor control en el tráfico y la distribución de las drogas ilegales contribuiría para contrarrestar en lo posible este fenómeno. Las medidas represivas en sí no son suficientes, según la 35 Asamblea de la OMS, pero sin embargo, se reconoce que es absolutamente necesaria una actitud dura en este terreno.

Habría otro paso en la prevención de este problema, y es el que se refiere a una mayor formación e información de toda la población con respecto a estos temas, mediante la cual se provoque el rechazo del consumo, pero que al mismo tiempo ayuden a aceptar la realidad de los consumidores, evitando con ello la marginación a que se ven expuestos.

La educación para la droga habría

que empezar en las escuelas, en donde a veces sólo se informa, pero no se prepara para una maduración posterior. Por ello habría que iniciar primeramente a aquellas personas a quienes se acude en busca de ayuda que son, en teoría, las que deberían dirigir las campañas de prevención y transmitir las hacia los sectores más débiles de la población, como los niños, los jóvenes, los ancianos, las amas de casa y los sectores más incultos y peor preparados. La formación habría de comenzar, pues, por los propios médicos y maestros, las familias, y en general, todo el personal sanitario y asistencial que en muchos casos se encuentra muy deficientemente preparado. Los medios de comunicación, las asociaciones de vecinos, las escuelas de padres, e incluso el servicio militar son algunos de los vehículos que se podrían utilizar con estos fines.

Lo que se pretende, en última instancia, es la reinserción social del toxicómano, primero en el plano personal ayudándole a poner en marcha lo que quedó anquilosado a través de años de uso de la droga, favoreciendo el dominio de sí mismo y enseñándole a tolerar las frustraciones y llevar las carencias que deja el abandono del consumo. En el plano social, se trataría de su capacitación para desarrollar un trabajo que le permita ganarse la vida y lograr una autonomía para que pueda hacer frente a sus necesidades, pero sobre todo lo más importante sería una ayuda para que pueda reconstruir su identidad personal y social e integrarse en la comunidad. Ciertamente, como ya dijimos en el apartado de motivaciones y factores de riesgo, esto comporta también el compromiso de un progresivo cambio social que vaya desactivando algunas de las circunstancias potencialmente inductoras de la drogadicción y de la marginación subsecuente.

BIBLIOGRAFIA

Consecuencias sociológicas del alcoholismo.

ALONSO TORRENS, F.J.
DOCUMENTACION SOCIAL, MADRID, N.º 35 (1979). PÁGS. 53-67.

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de enseñanza media y formación profesional.

CALAFAT, A. Y COLS.
DROGALCOHOL VII: 117-127 (1982)

Juventud y droga en España.

CIDUR-EDIS:
DIRECCION GENERAL DE JUVENTUD Y PROMOCION SOCIOCULTURAL. MINISTERIO DE CULTURA. MADRID, 1980.

Situación de Navarra con respecto al uso de drogas.

CORTAIRE, R.; BASTERRA, J.; VARO, JR.
DROGALCOHOL VI: *41-151 (1981)

La notion de risque, Issue de l'étude des deviances de l'adolescent.

DAVIDSON, F.; CHOQUET, M.
ARCH. FR. PEDIAT. 37, III-VIII (1980).

Patterns of multiple drug use among adolescents referred by a juvenile court.

DODSON, WE, ALEXANDER, D.F. Y COLS.
PEDIATRIA, 47: 1 033 I 036 (1977).

The drug use index: A measure of the extent of polydrug usage.

DOUGLASS, F.M.; KHAVARI, K.A.
INT. J. ADICT. 13: 981-993 (1978)

Three types of extreme drug users identified by a replicated cluster analysis.

DOUGLASS, F.M.; KHAVARI, K.A.; FARBER, P.D.
J. ABNORMAL PSYCHOL., 89: 240-249 (1980).

El alcoholismo en la ciudad de Vitoria

E.D.I.S.
CAHIAS, 1978.

Consumo de drogas en Andalucía.

E.D.I.S.
JUNTA DE ANDALUCIA, 1984.

La población española ante las drogas.

E.D.I.S.
MADRID: DOCUMENTACION SOCIAL, 1981.

El alcoholismo en Andalucía.

E.D.I.S.
CAJA DE AHORROS DE GRANADA, 1961.

Juventud y droga en la ciudad de Salamanca.

E.D.I.S.
CAJA DE AHORROS DE SALAMANCA, 1981.

El fenómeno de la droga.

FREIXA, J.:
MADRID, SANAT, 1982.

Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario.

FREIXA, J.:
BARCELONA: FONTANELLA, 1983.

Dejar la heroína.

FUNES J. Y ROMANI, O.
CUADERNOS TECNICOS DE TOXICOMANIAS.
MADRID, 1985.

Consumo de drogas en España.

GONZALEZ DURO, E.
MADRID, VILLALAR, 1979. 327 PAGINAS.

Las drogas en Alava.

GUTIERREZ FRAILE, M.
SERVICIOS PSIQUIATRICOS. DIPUTACION FORAL DE ALAVA. RESIDENCIA PROVINCIAL SANTA MARIA DE LAS NIEVES. VITORIA, 1981.

Farmacología de las principales drogodependencias en nuestro país.

GUTIERREZ MARTI, R.
ANALES DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO. BARCELONA, N.º 4 (1977). PÁGS. 173-183.

Extent of drug abuse: An international review with implications for health planners.

HUGUES, P.H.; CANAVAN, K.P.; JARVIS, G.; ARIF, A.
WORLD HEALTH STATISTIC QUARTERLY, VOLUMEN 36. 394-497 WHO GENEVE 1983.

A hierarchy of drug use in adolescence: Behavioral and attitudinal correlates of a substancial drug use.

HAMBURG, B.A. Y COLS.
AM. J. PSYCHIAT. 132: 1 155-1 163 (*1975).

Estudio epidemiológico Hta. Navarra-82.

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA DE NAVARRA.
(PENDIENTE DE PUBLICACION).

The abuse of multiple drugs. Definition, classification and extent of problem.

KAUFMAN, E.
AM. J. DRUG ALCOHOL ABUSE, 3: 279-292 (*1976)

The polydrug assesment scale: A psychometric techique for the indirect measurement of drug use.

KHAVARI, K.A.; DOUGLASS, F.M.
J. CONSULT. CLIN. PSYCHOL. 6: 1.566-1.568 (1978).

Multiple drug abuse involving nonopiate non alcoholic substances.

KORNBLITH; A.B.
A) I. PREVALENCE. INT. J. ADDICT, 15: 197-232 (1981).
B) II. PHYSICAL DAMAGE, LONG-TERM PSYCHOLOGICAL EFFECTS AND TREATMENT APPROACHES AND SUCESS. INT. J. ADDICT, 15: 527-540 (*1981).

Dependencia liability of the benzodiazepines.

LADEWIG, D.
DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCY, 13: 139-149 (1984).

Investigación epidemiológica aplicada a la prevención y asistencia de las toxicomanías (drogodependencia) en la provincia de Vizcaya.

MARQUINEZ, F. Y COLS.
GACETA MEDICA DE BILBAO, 28: 635-652 (1981); 29: 229-240 (1989); 29: 491-530 (1982).

Validez y fiabilidad de un cuestionario utilizado para estudiar el uso de drogas entre estudiantes mexicanos de enseñanza media.

MEDINA MORA, ME. Y COLS.
BOLETIN DE ESTUPEFACIENTES XXXIII: 65-75 (1981). NACIONES UNIDAS. NEW YORK.

Pautas de actuación con los niños consumidores.

MENDOZA, R.; RUEDA J.M.; CUADERNOS DE PEDAGOGIA 1981 N.º 73. PÁGS. 24-25.

Bases psicológicas y pedagógicas de la prevención del abuso de las drogas a través de la educación.

MENDOZA BERJANO, R.; SAGRERA PEREZ, M.I. Y VEGA FUENTES, A.:
UNIVERSIDAD DE BARCELONA 1978. (TESIS OF LICENCIATURA), 650 PÁGS.

Estudio de los hábitos de consumo de alcohol en la población adulta española.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA.
MADRID, 1984.

Prevención de las toxicomanías y Educación.

ONATE GOMEZ, P.
DIRECCION GENERAL DE ACCION SOCIAL. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. ASAMBLEA DE MADRID DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA.

Prog. Neuro-Psichopharmacol. PECKNOLD, J.L. Y COLS.

BIOL. PSYCHIAT, 6: 517-522 (1982).

Benzodiazepine dependence.

PIETURSON, H.; LADER, M.H.
BRIT. J. ADDICT, 76: 133-141 (1981).

Ecología humana y salud.

SAN MARTIN, H.
PRENSA MEDICA MEXICANA (1983).

Epidemiología del alcoholismo en España.

SANTODOMINGO CARRASCO, J.
DOCUMENTACION SOCIAL, MADRID, N.º 35 (1979). PÁGS. 9-25.

Los comportamientos frente al alcohol, tranquilizantes y estimulantes en la población activa de la ciudad de Zaragoza.

SEVA DIAZ, A.: ET AL.
ZARAGOZA: CAJA GENERAL DE AHORROS DE LA INMACULADA CONCEPCION, 1972. 92 PÁGS.

Voluntary inhalation of industrial solvents.

SHARP, C.W.; CARROLL, L.T. (EDS).
NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE. WASHINGTON, D.C. (1979).

Patterns of multiple drug use in scholl.

SINGLE, E. Y COLS.
J. HEALTH SOR. DEHAV, 15: 344-357 (1974)

Gradual withdrawal of diazepam after long-term therapy.

TYRER, P.; OWEN, R.; DAWLINGS, S.
LANCET 1/8339 (1.402-1.406) 1983.

Métodos standard de detección y estudio clínico de alcohólicos.

VARO, J.R.; MADOZ, V.; AGUINAGA, M. URZAINQUI, M.

VII JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL. DIPUTACION FORAL DE NAVARRA, PAMPLONA. 1979.

La edad escolar y el uso de drogas. Prevención y educación sanitaria.

VARO, J.R.; AGUINAGA, M.; CORTAIRE, R. I JORNADAS DE MEDICINA E HIGIENE ESCOLAR. DIPUTACION FORAL DE NAVARRA, PAMPLONA. 1983.

El consumo de drogas. En encuestas sobre la juventud de Navarra.

VARO, J.R.; AGUINAGA, M.

FUNDACION BARTOLOME DE CARRANZA. PAMPLONA, 1983

El consumo de drogas en La Rioja.

VARO, J.R.; AGUINAGA, M. Y COLS. ESCUELA DE ASISTENTES SOCIALES DE LOGROÑO. CAJA DE AHORROS DE ZARAGOZA. ARAGON Y RIOJA. LOGROÑO. 1984.

Delincuencia y drogas.

VEGA, A.; DE LA GARZA, F.; GUIRALDE, A; PACHON; C.; BALLOR, J.A.; BARCENA M.

ICE UNIVERSIDAD DE BARCELONA (1982).

Solvent abuse by children and young adults: a review.

WATSON, J.M.

BRIT. J. ADDICT. 75: 27-36 (1980)

Multidrug use. Supplementary perspectives.

WHITEHEAD, P.C.

INT. J. ADDICT. 9: 185-204 (1974)

Santiago de Torres*

Vocal Asesor del Gabinete del Ministro de Sanidad y Consumo

Los programas de tratamiento con metadona en España

RESUMEN

Se presenta la evolución del uso de la metadona en España desde el año 1980 a 1986. Se analiza el incremento de su prescripción como expresión de un déficit asistencial a otros niveles, y se hace una referencia al uso no terapéutico y su derivación hacia circuitos de uso ilícito. Se contempla el desarrollo de la normativa legal al respecto y la modificación que ha supuesto su aplicación en los últimos meses, ordenándose de forma correcta tanto la prescripción como la dispensación.

Finalmente, se realiza una descripción de las características más relevantes de los pacientes que han sido tratados por este sistema.

Changes in the use of methadone in Spain

SUMMARY

Changes in the use of methadone in Spain between 1980 and 1986 are discussed. The increase in its being prescribed is analyzed as an expression of a deficiency in assistance at other levels, with reference being made to its nontherapeutic use and its shift toward areas of illegal use. The development of corresponding legal norms is discussed, as well as modifications involving their application during recent months, with both prescriptions and dispensing having been placed under proper control.

Finally, a description is given of the most relevant characteristics of patients who have undergone treatment with this system.

LA utilización de metadona para el tratamiento de toxicómanos dependientes de opiáceos ha constituido en nuestro país un motivo de debate y confrontación, en el que han participado no tan sólo profesionales que se dedican a la asistencia de toxicómanos, sino también en ocasiones, de forma muy activa, asociaciones de familiares de afectados y otras instituciones y entidades que de forma más o menos directa están vinculadas a este fenómeno.

Es obligado reflexionar sobre la magnitud de la polémica y sobre la errática distribución territorial que se ha hecho en nuestro país de la utilización de la metadona, no observándose una relación directa entre poblaciones con un índice de toxicomanía elevado y poblaciones con un número muy importante de pacientes en programas de mantenimiento. Es, por tanto, menester afirmar que en nuestro país han confluído alrededor del uso de la referida sustancia factores y elementos claramente exógenos a la misma y a su potencial utilidad terapéutica.

No constituye la finalidad de este artículo el cuestionarse sobre si la meta-

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

dona es útil o no en el tratamiento de dependientes a opiáceos ni hacer una pormenorizada revisión de las experiencias clínicas que existen desde Lexington hasta la actualidad. Para ello se han publicado ya diversos y variados trabajos (1, 2, 3). La finalidad última consiste en revisar la situación en nuestro país, a tenor de las diversas disposiciones legales que se han desarrollado y la implicación que el desarrollo del Plan Nacional sobre Drogas haya podido tener en ordenar este fenómeno (4).

Evolución del uso de metadona

La metadona no fue introducida en la farmacopea hasta el año 1946 y se utilizó inicialmente para tratar abstinencias causadas por la supresión de la administración de morfina en personas con uso crónico. A los pocos años de su introducción empezaron a detectarse importantes consumos de metadona. Así, en Bélgica, en 1954, el 25% de los farmacodependientes lo eran a la metadona, y en Alemania Federal en el mismo año se calcula que lo era el 23%.

En 1964, Dole y Nyswander empiezan a utilizarla en forma de mantenimiento (5), entendiéndolo que era preferible a la dependencia a la heroína la dependencia a una sustancia que, como la metadona, tiene una buena absorción por vía oral y, en consecuencia, puede obviarse la vía parenteral, y que posee un tiempo de vida media que permite una administración suficientemente espaciada. A partir de esa fecha, y hasta la actualidad, el uso de metadona en programas de mantenimiento ha sufrido oscilaciones diversas, contabilizándose en decenas de miles los pacientes que han estado o están en la actualidad englobados en los referidos programas. Independientemente de la valoración que cada centro o cada profesional es-

pecializado en la materia realice de sus ventajas, lo que acepta la inmensa mayoría es que si no existe una terapia coadyuvante de otro tipo (ya sea psicoterapia individual, grupal, familiar o programas de reinserción) los porcentajes de éxitos son escasos, y al mismo tiempo que para aumentar el porcentaje de éxitos o de retención en programa se debe definir de forma detallada el perfil del paciente que puede beneficiarse de ese tipo de tratamiento.

Situación de la asistencia a los toxicómanos en España hasta 1983

Resumir de forma concisa lo que ha sido la evolución de la asistencia a los toxicómanos en nuestro país desde que se inició en la década de los 70 el incremento de consumo de ciertas drogas hasta el año 1983, en que se promulga la primera Orden Ministerial (6) que intenta ordenar la prescripción y dispensación de metadona, no es tarea fácil.

En primer lugar, hay que situarse en un momento político de cambio a todos los niveles, y un inicio de reforma de la Administración del Estado, reestructurando y definiendo las competencias de las diversas Administraciones y creando otras nuevas.

En ese marco empieza a extenderse en nuestro país un fenómeno desconocido en la práctica (conocido por referencia de otros países) consistente en la drogodependencia a diversas sustancias por parte de sectores de la juventud y, fundamentalmente, por sus consecuencias más relevantes, la dependencia a la heroína. Ante este nuevo fenómeno, las diversas Administraciones no tienen capacidad para dar una respuesta concisa y nítida que pudiese, si no solucionarlo, sí al menos disminuir sus consecuencias. Ante este hecho, un conjunto de institucio-

nes y entidades varias inician una respuesta puntual de diversas características, que intenta dar soluciones a los problemas más acuciantes y urgentes, y algunas Administraciones, en su inicio mayoritariamente las locales, estructuran pequeños servicios y recursos específicos, destinados a atender la nueva demanda social. No es por tanto extraño que una organización que tiene como uno de sus objetivos la asistencia de toxicómanos por medio de comunidades terapéuticas abra más centros en España en cinco años que en el país de origen desde su fundación hasta la actualidad.

Hay que reconocer que se trata de un período en el que ante el importante déficit de recursos asistenciales públicos todo era considerado válido y, en consecuencia, no existía la preocupación hoy latente de ordenar el sector y evaluar la eficacia de los diferentes sistemas utilizados.

En este marco, y ante la falta de una norma que regulase los tratamientos de metadona, ésta es utilizada mediante la solicitud por parte del paciente del correspondiente carnet de extradosis, que regulaban los Colegios de Médicos y que en su origen estaban orientados, fundamentalmente, a pacientes oncológicos que recibían opiáceos de forma continua. A través de este sistema, se empezaron a realizar por medio de la asistencia médica del sector privado numerosos programas o pseudoprogramas de mantenimiento con metadona (durante una temporada, también con tilidina). Programas de mantenimiento que, salvo excepciones, consistían tan sólo en la prescripción de la correspondiente receta, sin ninguna clase de terapia coadyuvante o reforzadora de la finalidad última del tratamiento. El desarrollo de este método asistencial fue errático, y en algunas ciudades se expansionó de tal forma, que pasó a constituir el primer sistema de trata-

miento de elección por parte de los toxicómanos, por delante incluso de los drug-free.

Como consecuencia de todo ello, empezó a circular metadona por circuitos extraterapéuticos, creándose un verdadero mercado negro de la misma, los beneficios del cual eran utilizados en ocasiones para la adquisición de heroína.

Orden Ministerial de 23 de mayo de 1983 (6)

El Ministerio de Sanidad y Consumo estableció por primera vez, mediante una Orden Ministerial, una normativa relativa a la prescripción, uso y consumo de metadona para el tratamiento de toxicómanos dependientes de opiáceos. La referida O. M. hace referencia a la necesidad de realizar para cada paciente un plan terapéutico individual, haciendo responsables de su aprobación a los Servicios correspondientes de Salud Pública. La finalidad última de la O. M. era determinar la necesidad de englobar el uso de la metadona en un plan terapéutico más amplio, en el que la metadona fuese considerada como una herramienta técnica más que como un método terapéutico «per se».

Al mismo tiempo, al contemplar la fórmula farmacéutica de solución extemporánea como forma de administración y la necesidad de acudir cada cuatro días a retirar las dosis correspondientes, se intentaba poner una barrera a la desviación al mercado ilícito de metadona. La aplicación de esta norma resultó muy diversa: así, mientras en determinadas ciudades sirvió para frenar el incremento de los pacientes en programa e introdujo elementos de control y de rigor en los que ya se estaban realizando, en otras no repercutió de forma notoria y el problema del mal uso de la metadona prosiguió de forma inalterada.

Hay que reconocer que en el año 1983 eran también escasos otros recursos diferentes, y los que existían obligaban a los pacientes, deseosos de ser asistidos, a soportar largas esperas, y, en consecuencia, en algunos lugares la metadona seguía constituyendo el único sistema posible de asistencia.

Orden Ministerial de 31 de octubre de 1985 (7)

La evolución de la situación y la experiencia acumulada desde el año 1983 obligó a elaborar una nueva Orden Ministerial que situase el problema al nivel de las exigencias del momento, y sobre todo que concretase algunos de los aspectos que la práctica cotidiana había puesto de relieve. Hay que observar que en el momento de la promulgación de esta segunda Orden Ministerial ya había sido aprobado por el Gobierno el Plan Nacional sobre Drogas (4); Plan que contiene en el capítulo de la asistencia un conjunto de orientaciones globalizadoras en la línea de ofertar al conjunto de la población toxicómana unos servicios públicos de atención. En este marco, por consiguiente, era factible replantearse los sistemas de prescripción y dispensación de metadona, porque era el momento de conseguir que los programas de mantenimiento ocupasen su lugar dentro de una diversidad de ofertas asistenciales públicas.

En primer lugar, las principales innovaciones que introduce la O. M. atañen a la definición de las competencias en la regulación de estos programas: así, establece que debe crearse en cada Comunidad Autónoma una Comisión Paritaria Administración Central-Administración Autonómica, que vele por el buen cumplimiento de los preceptos contemplados en la normativa, y eso porque, en el caso de la metadona, la custodia y disposición de la misma es

competencia de la Administración Central, en la medida en que se trata de un estupefaciente, pero en lo concerniente a la dispensación, es de competencia autonómica, en tanto que actividad asistencial.

Actualmente, están ya constituidas las Comisiones Paritarias en todas las Comunidades Autónomas, y se han revelado como un instrumento eficaz para ordenar los diversos conflictos que en cada una de ellas existía en relación a esta cuestión.

En segundo lugar, la Orden determina de forma clara que la dispensación de la sustancia debe realizarse «in situ», es decir, que debe consumirla el paciente en centros determinados, no pudiendo llevarse a su domicilio, al menos durante los tres primeros meses de tratamiento. Con esta medida, se intenta impedir el desvío de metadona al tráfico ilícito y, al mismo tiempo, asegurar que la dosis prevista por el terapeuta sea correctamente administrada.

En tercer lugar, se contempla un anexo que desarrolla, de forma pormenorizada, el plan terapéutico individual que debe constar, como mínimo, de las siguientes previsiones:

- a) Evaluación de la situación física, psíquica, familiar, laboral y social del sujeto que vaya a ser tratado.
- b) Evaluación de la historia de la drogodependencia del sujeto desde su inicio hasta el momento de acudir al tratamiento. Deberá incluir el diagnóstico de la toxicomanía actual.
- c) Plan de tratamiento con la estimación prevista de la duración del mismo, pautas de dosificación, pautas de asistencia psicosocial y controles analíticos.
- d) Datos de identificación del paciente.
- e) Aceptación, en su caso, del contrato terapéutico.

En cuarto lugar, la Orden Ministerial se completa con una Resolución de la Dirección General de Salud Pública (8) en la que se dan unos criterios de dosificación de la sustancia y de características de los pacientes que pueden beneficiarse de estos tratamientos. Entre éstas se indican la necesidad de ser mayor de 18 años, presentar una dependencia de al menos tres años de opiáceos, ausencia de patología psiquiátrica grave, la no concomitancia con poli-toxicomanías graves y garantizar el haber realizado previamente, al menos, dos tratamientos libres de drogas. Finalmente, considera como criterio de inclusión la presencia de complicaciones orgánicas graves.

En definitiva, la O. M. de 31 de octubre de 1985 determina y concreta de forma mucho más exacta todos los elementos que deben tenerse en cuenta para realizar debidamente un programa con metadona.

Los programas con metadona en España

Ha quedado suficientemente reflejado el hecho de que el uso de metadona expresaba, en cierto sentido, un déficit asistencial a otros niveles. La evolución del número de pacientes en programa indica que el fenómeno está en proceso de normalización.

En septiembre de 1985 (es decir, con anterioridad a la promulgación de la segunda Orden Ministerial) el número de toxicómanos en tratamiento era de 5.233, pasando exactamente a 1.887 en mayo de 1986, y esta reducción se ha realizado gracias al trabajo que han efectuado algunas de las Comisiones Paritarias que han desarrollado un estudio y un estricto seguimiento de los pacientes en programa.

En algunas ciudades de alta incidencia del fenómeno, está previsto habilitar centros públicos de dispensación

de metadona, con la finalidad de cumplir el desarrollo de la normativa. Entendiendo que debe crearse únicamente en aquéllas en las que el número de usuarios de metadona sea elevado. En la actualidad, la experiencia funciona en dos poblaciones, y se piensa ponerla en práctica en siete más. Se entiende que el paciente que ha sido considerado como candidato a este tipo de asistencia por parte del centro asistencial, y una vez aprobado su protocolo por la Comisión Paritaria correspondiente, debe acudir diariamente al centro de dispensación, donde se le suministra la sustancia —que ingiere «in situ»— y en donde se realizan los correspondientes análisis de orina para comprobar la abstinencia a otras drogas. Se es consciente de que se trata de un recurso temporal, que en el futuro mediato deberá ser integrado de forma plena en los diversos centros que asisten a los toxicómanos, pero que en la situación actual es menester contar con esta clase de servicios, para poder avanzar hacia una normalización de un método que en nuestro país se había hipertrofiado.

Descripción de los pacientes usuarios de metadona

En Madrid y Barcelona se han realizado sendos análisis de la población que ha sido tratada con metadona, lo que ha de permitirnos ir concretando las características del paciente que más puede beneficiarse de este tipo de recursos.

En el caso de Barcelona (9), se realizó una revisión de los expedientes que se encuentran en la Dirección Comisionada del Ministerio de Sanidad y Consumo de la que se extrajeron los siguientes datos: desde octubre de 1983 hasta agosto de 1985 habían realizado tratamiento 1.011 pacientes, con una media de edad de 25,4 años, siendo el

69,7% varones. Del total de 1.011 pacientes, 99, 15 y 2 reiniciaron un segundo, tercer y cuarto tratamiento, respectivamente. La duración del primero fue de un mes en el 56,1% de los casos, de tres meses en el 32,6%, de seis meses en el 12,9% y de doce o más en el 2,7%.

Entre los motivos de finalización del tratamiento, en el 64,4% de los casos no se pudo distinguir entre abandono del tratamiento y falta de información. El 13,1% fueron dados de alta médica y al 2,4% se les denegó la autorización. Un 20,2% continuaban en tratamiento en el momento en que se realizó la revisión. No se encontró relación entre la permanencia en tratamiento y el sexo y edad; sin embargo, sí se encontró relación significativa entre el equipo asistencial y la permanencia en tratamiento y motivo de alta ($p < 0,01$).

En la ciudad de Madrid (10) se ha realizado un estudio de los pacientes asistidos en la Dirección Provincial de Sanidad y Consumo, durante el período de tiempo comprendido entre octubre de 1985 y marzo de 1986 y los datos ofrecen algunos elementos de reflexión. Así, de los 311 pacientes en tratamiento, en el momento de instaurar el sistema de administración «in situ», tan sólo prosiguieron 24, es decir, el 7,7% de los que se encontraban en tratamiento. A partir de enero de 1986, iniciaron tratamiento por el nuevo sistema 149. La dosis media de metadona paciente/día ha sufrido una drástica disminución desde la entrada en vigor de la O. M. última.

Octubre	1985	44,1 mg. día/paciente.
Noviembre	1985	38,4 mg. día/paciente.
Diciembre	1985	29,3 mg. día/paciente.
Enero	1986	15,7 mg. día/paciente.
Febrero	1986	11,5 mg. día/paciente.
Marzo	1986	9,2 mg. día/paciente.

Las causas de abandono de tratamiento «in situ» fueron por falta de

asistencia al centro en el 44,3% de los casos, y la rescisión del contrato terapéutico por presencia de drogas en la orina en el 18,1% de los casos. Del estudio de estas dos muestras podemos deducir que el sistema está todavía en fase de experimentación y susceptible de mejora; pero hay que reconocer que en la medida en que se dispone de protocolos y sistemas de administración «in situ» el fenómeno tiende a ordenarse.

Conclusión

Sin entrar en la polémica sobre si la metadona es útil terapéuticamente, hay que observar que la administración de la misma (entendida como una técnica asistencial más de las que disponemos) debe realizarse en unas condiciones determinadas, prefijando de antemano la tipología de los pacientes a los que puede ser de mayor utilidad. Asimismo, hay que insistir en la necesidad de realizar tratamientos coadyuvantes de otro tipo que vayan orientados a la supresión a largo plazo de todo tipo de dependencia.

En lo concerniente a nuestro país se ha observado una disminución progresiva del número de pacientes, a medida que se han ido estableciendo unas normativas concretas y a medida que se van ofertando alternativas asistenciales. En definitiva, nos encontramos con una situación muy desigual de unas poblaciones a otras, pero la dirección que se ha tomado nos permite considerar que en el futuro próximo el uso de metadona en España perderá la carga de conflictividad que aún le queda y se analizará como un instrumento terapéutico más. En ese sentido, el desarrollo y aplicación de las directrices que emanan del Plan Nacional sobre Drogas, así como las que se han establecido en las diversas CC.AA., permi-

ten considerar la asistencia a los toxicómanos en claro proceso de normalización y, en consecuencia, podemos dar por finalizada una etapa en la que la polémica suscitada en torno al uso de la metadona ha primado por encima de otras consideraciones.

En la nueva fase que se está iniciando, mediante los sistemas de evaluación de los programas asistenciales, podremos realizar un análisis más sereno y riguroso de los diversos métodos terapéuticos, análisis que no ha de contaminarse por factores ajenos al método en sí.

BIBLIOGRAFIA

- (1) GEARING, F. R.; SCHWEITZER, M. D. «An Epidemiologic evaluation of long term methadone maintenance treatment of heroin addiction.» *Am. J. Epidem.* 100-101-110. 1974.
- (2) CUSHMAN, P. «Detoxification of rehabilitated methadone patients: frequency and predictors of long term success.» *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* 1; 393-408. 1977.
- (3) ZINBERG, N. E. «The crisis in methadone maintenance.» *N. Engl. J. Med.* 296; 1000-1002. 1977.
- (4) Ministerio de Sanidad y Consumo. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Madrid, 1985.
- (5) DOLE, V. P.; NYSWANDER, M. E. «Methadone Maintenance a theoretical perspective.» *Natl. Inst. drug abusers monogr.* sec. 30; 256-261. 1980.
- (6) Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden de 23 de mayo de 1983, por la que se regulan los tratamientos con metadona. B.O.E. de 28 de mayo de 1983.
- (7) Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden de 31 de octubre de 1985, por la que se regulan los tratamientos de deshabituación con metadona, dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos. B.O.E. de 9 de noviembre de 1985.
- (8) Ministerio de Sanidad y Consumo. Resolución de 22 de noviembre de 1985, de la Dirección General de Salud Pública, sobre dosificación y criterios de aplicación de los tratamientos de metadona a toxicómanos dependientes de opiáceos. B.O.E. de 27 de noviembre de 1985.
- (9) BALLUS, M. R.; MONTEIS, J.; SANCHEZ, C. J.; LLINARES, J.; DOLERA, M. «Análisis de la dispensación de Metadona. Evolución de las admisiones y duración del tratamiento.»
- (10) RIERA SANCHEZ, M.ª M. «Estudio comparativo entre los sistemas de administración de metadona a enfermos heroínómanos.» Tesina para optar al título de Diplomado en Sanidad. Madrid, junio 1986.

Víctor Martí *
Psicólogo

Drogodependencias: El Proyecto Joven de Barcelona, una estrategia en Promoción de la Salud

RESUMEN

El presente trabajo describe un programa de prevención inespecífica dirigido fundamentalmente a la población juvenil de una gran ciudad, concretamente Barcelona, y desarrollado desde una perspectiva de promoción de la salud. Resalta aquellos aspectos básicos, tanto en lo que afecta a objetivos como a metodología, que pueden servir de punto de referencia para su aplicación a otras realidades urbanas.

Drug addiction: The Barcelona Youth Project, a Health Care strategy

SUMMARY

This study describes a program of general prevention basically directed toward the young people of a large city, specifically Barcelona, one developed from a health care perspective. Emphasis is placed of certain aspects that can serve as a reference point for their application to other urban realities, both in regard to objectives as well as methodology.

RESULTA difícil recordar desde cuándo la humanidad repite el dicho popular de «más vale prevenir que curar». Pero ¿cómo hacerlo?

Ciertamente, el fenómeno de las drogodependencias, por sus dimensiones y características, se nos presenta de una forma relativamente nueva. ¿Habrán entonces que crear todo un tejido social nuevo para hacerle frente? ¿Con nuevas escuelas y otros centros o casas de juventud?, ¿y con un cuerpo de nuevos profesionales específicos para ello? o ¿es quizás a partir de una me-

jor formación e integración de los interlocutores y recursos ya existentes que podremos dar una respuesta?

Es cierto, el problema está en la calle, y existe una demanda social de intervención a distintos niveles.

A menudo desde diferentes sectores se pasa a la acción, y se interviene sin valorar previamente que ya desde hace tiempo existen unos programas, unas instituciones, unos profesionales que nos anteceden y que debemos incluir a la hora de dar una respuesta a un fenómeno como el de las drogodependencias. Nos referimos a los recursos de la enseñanza, de la juventud, Servicios Sociales, la Sanidad, etc.

El propósito de este artículo no es dar unas aportaciones teóricas inéditas, en cada uno de sus apartados, puesto que a menudo partiremos de lo

(*) Miembro del «Grup IGIA». Esta Asociación tiene un contrato de prestación de servicios con el Área de Juventud y Deportes del Ayuntamiento de Barcelona.

Dirección científica:
Rda. General Mitre, 148, entresuelo 3.º.
BARCELONA 08022.

que algunos dijeron o realizaron en otras ocasiones, sino que pretendemos dar cita en estas páginas a algunos principios y experiencias sobre: prevención, salud, política juvenil; y ver de qué manera todo ello puede y debe tener una relación directa cuando nos estamos planteando un programa de prevención de las drogodependencias en el marco comunitario.

Para ello, un análisis de lo que es y de lo que nos propone el Proyecto Joven de la ciudad de Barcelona*, desde una perspectiva de promoción de la salud, puede ilustrar unos objetivos y un estilo de trabajo con la comunidad. Pero antes haremos una breve referencia a cómo entendemos la prevención de las drogodependencias y una revisión de algunos conceptos y principios básicos en promoción de la salud.

1. ACERCA DE LA PREVENCIÓN

El fenómeno de las drogodependencias, y las consecuencias que de ellas se derivan, no lo podemos aislar del resto de problemas de salud que hoy nuestra sociedad tiene planteados.

Es por ello, y por las características del fenómeno que nos ocupa, que la respuesta a dar debe ser lo suficientemente amplia y diversificada para un programa global de prevención.

El término prevención, según el diccionario, significa anticipar, preceder, imposibilitar con medidas anticipadas. Dentro del campo médico clásico, se entiende por prevención todas aquellas acciones previas que, basadas en el conocimiento de la etiología de la enfermedad, llevan a evitar la aparición o el desarrollo ulterior de ésta.

(*) El objeto del Proyecto Joven es establecer un programa global y coherente de servicios del Ayuntamiento a la juventud de Barcelona que dé respuesta a todos y cada uno de los distintos aspectos que configuran la realidad que viven los jóvenes de la ciudad.

La interrupción del curso de la historia natural de la enfermedad sólo es factible mediante el ejercicio de medidas o acciones preventivas, que sólo serán efectivas si se basan en el conocimiento de la multiplicidad de variables que interjuegan en el proceso de la enfermedad.

Así, pues, si entendemos la toxicomanía como la resultante de la interacción entre un individuo, una sustancia y un contexto sociocultural determinado, en un proceso que es dinámico y cambiante, no podemos hablar de unas relaciones causa-efecto, sino de un conjunto de factores de riesgo cuya confluencia puede culminar en una dependencia a las drogas.

De este modo, el factor sustancia no es siempre el más decisivo, contrariamente a lo que han venido diciendo algunos medios de comunicación o determinados sectores de la población. La existencia del fenómeno de las drogodependencias tiene que ver con su oferta y su demanda.

Hay que establecer medidas enérgicas para la reducción de la oferta, pero a la vez los profesionales de la salud y/o de la juventud debemos estar especialmente atentos y reflexivos en los factores que inciden en la demanda, en el por qué se establece determinado tipo de relación con algunas sustancias-legales o ilegales, las dificultades o problemas que ellas ocultan a nivel personal, familiar y social. Y es a partir de la articulación de estrategias y recursos con una acción permanente para la disminución de los factores originantes o de riesgo, que entendemos la tarea de prevención. Si bien es cierto que el abuso de drogas afecta a distintos grupos de población (por edad, clase social, etc.), y que, por tanto, no es patrimonio exclusivo de la juventud, sí que por las características de su etapa evolutiva —la ADOLESCENCIA— y de cómo le afectan los condicionantes

del entorno, es un sector de población que debemos privilegiar en nuestros planes de actuación cuando hablamos de prevención.

La adolescencia es una etapa crítica del proceso evolutivo del individuo, que se inicia al final de la etapa infantil con una serie de cambios a nivel orgánico y que durará hasta la incorporación a la etapa «adulta». Es una interrupción de la «tranquilidad del crecimiento» característica del final de la infancia para entrar en una crisis vital y existencial, que sorprende tanto al que la sufre como a las personas que lo rodean. Es un período, largo o corto, pero pasajero, de desequilibrio y de sustituciones rápidas que afectan a la propia integridad. Su desarrollo no es ordenado porque no obedece a reglas simples y no tiene en cada caso una evolución previsible. La relación con la familia también sufre alteraciones, manteniendo a la vez una fuerte vinculación y dependencia de ella. A ello le acompaña una actitud de recelo e intolerancia de lo que le pueda llegar del mundo adulto, generando en el adolescente una situación de vulnerabilidad a nuevos estímulos y nuevas situaciones.

Con este panorama de «tormenta» y «fantasía», lo difícil es saber cuándo y cómo debemos intervenir.

Expertos de distintos países europeos como Francia, Inglaterra, o Italia, de dilatada experiencia en el campo de las drogodependencias coinciden en subrayar la importancia de la no intervención directa, específica y puntual, en adolescentes, sino la necesidad de disminuir las causas que intervienen en la demanda a partir de sus grupos naturales y de socialización, como la familia, la escuela, equipamientos juveniles, etc..., cualificando éstos y los modelos o agentes que juntamente con ellos interactúan. En este sentido, las intervenciones centradas en los jóvenes deben ubicarse, no tanto en

una campaña de tipo «antidroga», sino en una política más global de prevención, en una política integral de juventud y en la potenciación de un estilo de intervención no asistencialista con respuestas preconcebidas, sino que contemple instrumentos de observación, autoobservación y crítica. La prevención puede ejercerse en distintos momentos, con objetivos y metodologías diferenciadas en función de la etapa en que se encuentra el fenómeno que queremos evitar y la población a la que nos dirigimos: prevención primaria, secundaria y terciaria.

Estos tres niveles de intervención, que si bien son separados teóricamente, en la práctica resultan dinámicos, en un continuo interjuego. Una población que ha sido previamente informada y sensibilizada (prevención primaria), que toma conciencia de sus problemas de salud y de cómo afrontarlos, cuando se le plantean tareas de reinserción (prevención terciaria), éstas serán mucho más eficaces en la medida que ya se dispone de toda una red anteriormente sensibilizada.

Distintos organismos internacionales afirman que si queremos disminuir progresivamente la curva de afectación en nuestro país, inevitablemente debemos articular estrategias de prevención mixta (oferta y demanda), potenciando las de prevención primaria y de nivel local.

Si entendemos la prevención primaria como un concepto comunitario, ella misma puede actuar tanto hacia la reducción de la oferta como la disminución de nuevos casos, intentando reducir el riesgo de que aparezca cualquier tipo de drogodependencia, entendida ésta como una situación de pérdida de salud.

Las tareas de información y sensibilización hacia la comunidad o grupos específicos deben contemplar la utilización de los canales de comunicación más naturales y efectivos, así como las

características propias de cada grupo, sus intereses, preocupaciones, costumbres, hábitos, etc.

De modo que cuando nos planteamos hacer prevención en el terreno de las drogodependencias, nuestros objetivos no se limitan a evitar que distintos grupos de población hagan un abuso de determinadas sustancias, sino que «debemos incidir en cambios estructurales de los estilos de vida de la población, cuyo objetivo final es el aumento de la salud y el índice de la calidad de vida».

Debemos entender que el planteamiento que aquí se hace, de un trabajo en la perspectiva de prevención primaria de tipo inespecífico ligado directamente a la promoción de la salud, no excluye, en absoluto, programas específicos para población de alto riesgo u otros grupos que así se considere. Sobre estos programas, en esta ocasión no vamos a tratar, pero muchos de los criterios que aquí señalamos son igualmente válidos.

Revisemos a continuación algunos conceptos y principios básicos sobre promoción de la salud, basándonos en las aportaciones de algunos documentos de trabajo de la OMS u otros organismos (1, 2, 3, 4, 5, 6).

El avance de estos conceptos nos facilitará el análisis del Proyecto Joven en los términos anunciados.

2. CONCEPTOS Y PRINCIPIOS EN PROMOCION DE LA SALUD

La inadecuada o confusa utilización de algunos de ellos nos sugiere la necesidad de clarificar y consensuar aquellos términos esenciales para nuestro trabajo, pero en ningún momento estas definiciones representan la última palabra. La promoción de la salud es un concepto que está evolucionando y que indudablemente estará sujeto a modificaciones posteriores.

2.1. *Qué entendemos por salud*

La salud ha sido definida por la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la mera ausencia de enfermedad o dolencia. En el contexto de la promoción de la salud, se considera a la salud no tanto como un estado abstracto, sino como la capacidad de realizar al propio potencial personal y de responder positivamente a los retos del ambiente. En esta perspectiva la salud se ve como un recurso para la vida cotidiana y no como el objetivo de la vida. Es, pues, un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas.

Los recursos básicos para la salud son los ingresos, la vivienda y la comida. La mejora de la salud tiene su base en estos aspectos fundamentales, pero también disponer de información y de habilidades personales; requiere asimismo un entorno que promueva y que facilite oportunidades de poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades; necesita, finalmente, condiciones que favorezcan la salud en los ambientes económico, social y físico.

Esta inseparable relación entre la gente y su entorno constituye la base para una concepción socioecológica de la salud, básica para el concepto de promoción de la salud.

2.1. *Promoción de la salud*

Es el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y, por tanto, mejoren su salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que, para poder fomentar la salud, hay una necesidad básica de cambiar tanto las condiciones de vida como la manera de vivir, de modo que debemos combinar la elección personal con la responsabilidad social.

Así, pues, la promoción de la salud es un concepto positivo que atrae la atención hacia las posibilidades de desarrollar estilos de vida conducentes a la salud, mientras que la prevención de tipo específico reclama actividades que tiendan a evitar ciertas conductas que se interpretan como peligrosas para la salud, no incluyendo o sin darnos el sentido de cómo abordar las condiciones culturales y sociales de vida de una comunidad determinada.

«La promoción de la salud ha sido sintetizada a través de los siguientes principios generales de actuación:

- Implica trabajar con la población, no sobre la población, para que así ésta participe de forma eficaz y concreta.
- Se dirige a las causas de la salud, tanto a las inmediatas como a los subyacentes.
- Equilibra la preocupación por el individuo y por el medio.
- Realiza las dimensiones positivas de la salud.
- Afecta y debe implicar a todos los sectores de la sociedad.
- Incluye tanto la acción organizada como la espontánea en relación a la salud.
- Combina métodos y enfoques diversos pero complementarios: la comunicación, la educación, la legislación, medidas fiscales, el cambio organizativo, el desarrollo comunitario y las actividades locales espontáneas contra los riesgos para la salud.
- Lleva consigo el fortalecimiento de las redes comunitarias y de las ayudas sociales, basándose en el reconocimiento de la importancia de las fuerzas sociales como determinantes de los valores y conductas que inciden en la salud.»

La promoción de la salud depende, en esencia, de la participación activa de una población bien informada en el proceso de cambio. Para ello, una

herramienta crucial es la educación para la salud.

«Un programa eficaz de promoción de la salud debe basarse en una clara comprensión del papel de los diferentes factores que juegan en el desarrollo y mantenimiento de un determinado estilo de vida y salud y los factores que influyen sobre la habilidad para cambiar una determinada forma en otra que lleve más a la salud.» (Cita del «Presupuesto por programas propuesto para 1985-1989-OMS»).

Dada la significación que tiene el concepto «estilo de vida» en el estado de salud del individuo, veamos a continuación que se entiende por ello.

2.3. *Estilo de vida, y cada uno con el suyo*

El término «estilo de vida» a menudo se ha usado equivocadamente como sinónimo de conducta.

Si bien la conducta es parte de la vida, está claro que la vida va mucho más allá y que está relacionada con la historia del individuo, su entorno inmediato y entorno global, las tradiciones, creencias, valores, trabajo y ocio, relaciones, vivienda, etc. Al mismo tiempo, estilo sugiere una cierta elección ante la variedad limitada de posibilidades. De modo que el término «estilo de vida» incluye una rica variedad de sistemas de comportamiento en función de la variable individual, familiar y social.

No existe, pues, un único estilo de vida conducente a la salud, sino que los estilos de vida normalmente se suelen considerar en el contexto de las experiencias individuales y colectivas, así como en la relación con las condiciones de vida.

El estilo de vida de un individuo está compuesto por sus reacciones corrientes y por los patrones o modelos de comportamiento que ha desarrollado durante sus procesos de socialización,

a través de estructuras mediadoras como la familia, la escuela, las asociaciones juveniles «formales» o «espontáneas», las organizaciones religiosas, las fábricas, etc.

El estilo de vida, como estructura mediadora, es un concepto teórico con importantes consecuencias pragmáticas y estratégicas tanto para la promoción de la salud como para la prevención específica de las drogodependencias, evidentemente; sin embargo, como interacción social, representa un concepto de mediación entre la estructura social y los grupos sociales.

Así, pues, queda claro que si nos proponemos potenciar unos estilos de vida compatibles con la salud, debemos actuar tanto sobre el individuo como sobre los factores del entorno global que le están influyendo.

En todo programa preventivo y en especial de promoción de la salud, existen unos principios básicos, que ya se han ido mencionando, pero quisiéramos aquí resaltar algunos de ellos por su especial importancia tanto en lo metodológico como por los objetivos que se proponen. Principios que, a su vez, han vertebrado el Proyecto Joven de Barcelona.

2.4. *El conocimiento de la realidad*

Una premisa básica, anterior a cualquier tipo de intervención, es el análisis y valoración de la realidad existente en la población sobre la que queremos incidir, tanto a nivel de necesidades como de recursos disponibles.

Es por ello que hemos ido insistiendo en los programas de ámbito local, más allá de algunos programas delimitados a nivel general.

En municipios donde se contempla la descentralización de sus servicios, priorizamos el distrito como marco de actuación, por ser éste mucho más cercano a la realidad del ciudadano y donde se deberían coordinar y rentabilizar

los distintos recursos implicados en un plan de prevención.

Incluso en algunos distritos de las grandes ciudades, como es el caso de Barcelona, constatamos que éstos dejan de ser un referente válido de la realidad del distrito, ya que éstos están integrados por diferentes zonas o barrios, con características, necesidades y equipamientos absolutamente distintos entre sí. A menudo en estos casos, se requerirá un tratamiento diferenciado.

Esta aproximación sobre el terreno y hacia sus colectivos y líderes comunitarios nos conduce al siguiente apartado.

2.5. *Participación*

Las vías de solución sobre los problemas de salud de una población, abuso de las drogas, por ejemplo, deben ser definidas en una comunidad y un territorio, con una relación de participación entre la población y los profesionales. De esta relación nace al análisis de los problemas concretos y el diagnóstico de salud de la comunidad, con la comunidad.

La trascendencia de la participación en el trabajo comunitario o incluso con pequeños grupos no es nada nuevo. Ya en el preámbulo de la constitución de la OMS se afirmaba «la opinión informada y la cooperación activa por parte del público son de la mayor importancia para la mejora de la salud del pueblo», y asimismo se ha ido repitiendo en diversos informes y resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, así como de otros organismos afines.

Una muestra de la vigencia de este principio en distintos ámbitos de nuestra sociedad es la actual política de participación y gestión social que se está potenciando para los consejos escolares y tantos otros campos (cultural, deportivo, juvenil, sanitario, protección civil, etc.).

El término «participación de la comunidad» también evoluciona y actualmente se prefiere «compromiso de la comunidad»; el matiz es claro, debemos buscar mecanismos y procesos que capaciten a la gente a comprometerse activamente y adquieran responsabilidades para algunas decisiones y actividades junto con los profesionales que corresponda.

Esta participación y compromiso a nivel individual y comunitario en los procesos de planificación, ejecución y evaluación de programas han conseguido una mayor eficacia tanto en los programas de prevención de determinadas enfermedades, como en programas más generales.

Por ejemplo, en el marco de una «Campaña de Promoción de la Salud y Prevención de las drogodependencias» (RUBI - Barcelona - Abril 1986), se organizó una semana de debates, exposiciones y otras actividades sobre: «ALTERNATIVAS PARA LA JUVENTUD» (12) ¿Qué sentido hubiese tenido, si desde un principio no se hubieran comprometido en el proyecto, el conjunto de colectivos y agrupaciones juveniles del municipio, junto al equipo técnico-sanitario que coordinaba la Campaña, además del resto de Areas implicadas?

El inicio, permanencia y fortalecimiento del diálogo e intervención entre profesionales y no profesionales no es fácil. Factores como la disponibilidad, lenguajes y funcionamientos distintos, expectativas y exigencias diversas, serán objeto de trabajo para un acercamiento, a fin de conseguir una transparencia bidireccional de tecnología entre el sistema técnico profesional y la gente. Esto aumentará la zona de interfase donde las necesidades sentidas y las necesidades establecidas epidemiológicamente se superponen y proporcionan una base para el real trabajo en equipo.

En el ejemplo del párrafo anterior ya

dejábamos entrever el siguiente principio a partir de la necesidad de «implicar al resto de Areas Municipales» en un proyecto común...

2.6. *La Acción Intersectorial y su coordinación*

A menudo, ante problemáticas tan complejas como las drogodependencias, u otras, también vinculadas a la promoción de la salud, donde los factores desencadenantes y las necesidades son múltiples, vemos la conveniencia de articular distintas acciones en distintos frentes, dando así un enfoque global a los programas.

Por razones estratégicas, organizativas, o incluso financieras, muchas acciones colectivas respecto a la salud, y una vez más el de las drogas es un ejemplo, necesitan ser tomadas con otros sectores. Tal es el caso de la implicación, a distintos niveles, de determinados Ministerios de un Gobierno para un «Plan Nacional sobre Drogas» como sucede en el Estado español, Francia u otros países; o a nivel municipal las existentes o lamentablemente inexistentes comisiones para la prevención, asistencia y reinserción de las drogodependencias, etc.

Esta política de planificación, gestión y evaluación intersectorial que hemos ejemplificado de forma «horizontal», también debe contemplarse a nivel «vertical» a partir de una cooperación Local, Provincial, Comunidad Autónoma y Estatal, en función de las características del programa a realizar.

En la práctica, cuando ya existen unas dinámicas sectoriales iniciadas, hay una tendencia a seguir los propios programas por separado, protegiendo así cada sector, sus «califatos», duplicando y obviando servicios a la comunidad. Nos encontramos entonces ante unas correlaciones de poder e influencia económicas y políticas complejas,

donde los criterios técnicos no acostumbra a prevalecer y los proyectos quedan eternamente bloqueados.

Aquí tendría sentido recordar el «Más vale prevenir, que curar» y evitar ciertas iniciativas que después son difícilmente reconvertibles.

Una necesidad de primer orden en los programas en que inciden distintos sectores es la COORDINACION. El objetivo, desde el comienzo, debe ser asociar todos los posibles recursos y canales de intervención y lograr la coordinación.

«Los mecanismos de coordinación varían desde órganos más formales a reuniones regulares para compartir información. La iniciativa para establecer y usar regularmente diferentes mecanismos coordinadores descansa en su mayor parte en las autoridades a los niveles central, regional o local, pero también pueden ser responsabilidad de una organización no gubernativa. La experiencia de algunos países sugiere que la coordinación multisectorial se realiza mejor por la comunidad que por los organismos centrales. Esto es especialmente cierto cuando se está desarrollando a nivel local una mezcla de recursos gubernamentales y privados para la salud.» (Cap. III, Documento básico para las discusiones técnicas de la 36 Asamblea Mundial de la Salud, 1983.)

El término «Coordinación» no debería equivaler a control, pero sí que constatamos la conveniencia de la elección de una autoridad única, para un buen seguimiento y cumplimiento de dichos programas.

Cuando hablamos de coordinación también nos estamos refiriendo al trabajo multi e interdisciplinar. Es decir, que, a partir de un objetivo común, por ejemplo los jóvenes, o un barrio de alto riesgo, distintas disciplinas y estrategias profesionales (educadores de calle, maestros, monitores de casas para

la juventud, asistentes sociales, médicos, psicólogos, etc.) realizan un trabajo global.

En muchas poblaciones, el problema no es tanto la falta de recursos, como la falta de coordinación y trabajo conjunto.

2.7. A propósito de la evaluación

La evaluación de las intervenciones dirigidas a la prevención primaria debe contemplarse a largo plazo, debido a que se pretende modificar algunas situaciones de larga evolución y ello requiere un tiempo considerable; no obstante en cualquier proyecto nos podemos fijar unos objetivos a corto, medio y largo plazo, evaluables en estos mismos intervalos de tiempo; a partir de indicadores tanto cuantitativos como cualitativos.

La dificultad es creciente cuando en las distintas actividades se van implicando cada vez más sectores; en consecuencia, se hace más difícil su seguimiento.

Para ello debemos elaborar un diseño que nos permita, de forma central, gestionar, vigilar y evaluar el impacto de las intervenciones realizadas. De manera que los que toman decisiones tengan elementos para definir y redefinir las políticas a iniciar.

«Pronto en la realización de los planes surgen preguntas: ¿Cumplen los servicios y programas los objetivos y prioridades establecidos por la comunidad? ¿Es adecuada la tecnología a sus circunstancias? La propia gente puede responder mejor; el primer nivel de evaluación debería por tanto reflejar las opiniones de la comunidad. Esta postura es quizás una separación de las políticas convencionales, pero la experiencia sugiere que la participación en la evaluación ha sido un catalizador de la acción social incluso más poderoso que la participación en las funciones

administrativas o gestoras de ejecución» (6).

A ello podemos añadir la ventaja que representa la rapidez de retroalimentación sobre los programas o servicios prestados. Este nivel de evaluación puede resultar muy gratificante para la población, y aunque los medios sean mínimos en términos de resultados específicos, suelen ser poderosos desde el punto de vista de las actitudes y la conducta de la comunidad y, finalmente, de la realización con éxito de los programas.

En cuanto a la eficacia que tienen los programas y cuáles son los cambios que ocurren en la comunidad, el mismo documento a que antes hacíamos referencia dice:

«Aunque este tipo de evaluación requiere un conocimiento técnico, es importante sin embargo que se coloque bajo el control de la comunidad implicada. Hay tres razones para esto: una es el reconocimiento de los beneficios que se derivan de la participación en la evolución y el refuerzo que proporcionan para el compromiso continuo, otra razón es una comunicación más efectiva entre la gente y el personal sanitario. Una tercera es que los criterios elegidos tienen más probabilidad de ser importantes para los objetivos y necesidades de los receptores, tal como ellos lo perciben. Esto compensa con mucho las desventajas de usar métodos que son menos sofisticados o rigurosos» (6).

En materia de criterios, es de prever que, el hecho de comprometer a la comunidad en la valoración del progreso, es muy probable que centre la atención en criterios de calidad de vida.

A medida que se vigila el progreso de los programas de prevención u otros, emergen nuevas necesidades y se identifican recursos no usados y susceptibles a la vez de ser incorporados.

Esto, deseablemente, llevaría a la co-

munidad a una nueva etapa en el continuo de la planificación, acción y evaluación.

Para el tema de la evaluación en la bibliografía recomendamos algunos trabajos generales (7) y otros específicos (8, 9, 10, 11).

A continuación, y para terminar esta revisión de conceptos y principios en promoción de la salud, recordaremos sintéticamente, cómo el concepto de educación sanitaria ha evolucionado en la OMS, para que podamos reflexionar en qué medida los planteamientos de la prevención de las drogodependencias no podrían seguir un camino similar.

«Las partidas de educación sanitaria tal como los ha articulado la Asamblea Mundial de la Salud en los últimos 30 años ha desviado el énfasis:

- de la planificación centralizada a la descentralizada;
- de objetivos particulares/enfermedades específicas/a diversos;
- de producir un alfabetismo sanitario y habilidades en apoyo de programas específicos a promover un enfoque «educativo» global a los problemas;
- de enfocarse en el cambio individual de la conducta a una preocupación por factores organizativos, económicos y ambientales que conducen a estilos de vida sanos, la autoconfianza y la acción política para promoción de la salud» (5).

De todo lo dicho hasta ahora, se desprende la conveniencia de programas de intervención con la juventud para la promoción de la salud y que comprendan aspectos tan amplios y diversos como: la enseñanza, la sanidad, la cultura y tiempo libre, el trabajo, el urbanismo, la legislación, etc., para que así en su globalidad, contribuyan a potenciar estilos de vida, donde la autonomía, la creatividad y la participación en

la dinámica social sean elementos determinantes.

3. ANALISIS DEL PROYECTO JOVEN DESDE UNA PERSPECTIVA DE PROMOCION DE LA SALUD

Veamos ahora, en función de los criterios anteriormente descritos en qué medida el Proyecto Joven de Barcelona lo podemos concebir como una estrategia en la promoción de la salud.

No entraremos en una descripción y análisis minucioso de la experiencia, sino que resaltaremos aquellos aspectos básicos, en referencia a sus objetivos y metodología, que pueda ser de interés para su generalización en otras realidades.

3.1. *Diversidad y globalidad de sus objetivos*

Los 275.000 jóvenes barceloneses de edades comprendidas entre 15 y los 24 años forman una realidad muy heterogénea y plural para la cual no valen propuestas genéricas, sino que debemos tener presentes que estamos hablando de un sector social al cual debemos acercarnos conociendo y teniendo en cuenta su diversidad.

Tal como hemos enunciado, «el objeto del Proyecto Joven es el de establecer un programa global y coherente de servicios del Ayuntamiento a la juventud de Barcelona que dé respuesta a todos y cada uno de los distintos aspectos que configuran la realidad que viven los jóvenes de la ciudad».

Se entiende el Proyecto Joven como un objetivo y, también, como un medio: «objetivo, porque se concreta en un conjunto pormenorizado de actuaciones y líneas de trabajo, y como medio, porque ha querido servir para implicar a los jóvenes de la ciudad, al menos a todos aquellos que lo desearan, en la elaboración de la política que desde la

administración de su Municipio se ha de hacer en relación con ellos mismos» (19). En este campo, tanto el estilo de trabajo y la participación de los interesados, como los contenidos de las actividades, son muy importantes y definen una forma de intervención, en este caso, de hacer prevención.

Los objetivos se proyectan hacia una multiplicidad de ámbitos determinantes en la calidad de vida del joven:

- Estudio.
- Mundo laboral.
- Ocio y cultura.
- Sanidad.
- Comunicación e información.
- Asociacionismo.
- Aspectos legales.
- Etc.

3.2. *Metodología Diversificada*

Se plantearon tres grandes campos y formas de trabajo:

1. Un ámbito de *Estudios* (18), para elaborar un diagnóstico de los jóvenes de la ciudad. Con una metodología diferenciada en función del tipo de estudio se constituyeron ocho equipos de investigación: Valores Básicos, las Conductas socialmente problemáticas, Información, Cultura, Enseñanza, la Administración, Trabajo y Paro, y Asociacionismo. La síntesis de todos ellos fue realizada por el sociólogo Raimón Bonal-Fundación Bofill.

El tema de la drogodependencia se contempla en el estudio: «Las Conductas socialmente problemáticas», dirigido por J. Funes Artiaga e integraban el equipo C. González Zorilla y P. Fransoy Molina.

Según sus propios autores, el estudio:

«No es una investigación, al menos en el sentido estricto. Tampoco es una simple recogida de datos, ni un simple conjunto de ideas conocidas. Se trata,

quizás, de algo que cabalga entre las dos cosas. Pero se trata sobre todo, de un trabajo, el más riguroso posible, elaborado para dar origen a un programa de actuación.»

El estudio, en el que se han revisado un centenar de documentos, trata algunos temas como: los jóvenes y la Justicia, la escuela y la sociedad, el consumo de drogas (dimensiones, población juvenil, realidad e incidencia de los servicios de atención), el medio social, el perfil del joven problematizado, etc. A pesar de que el estudio se centra en la realidad de Barcelona, las aportaciones de sus autores, pensamientos, pueden ser de interés o «representativas» para profesionales de otro territorio.

2. *La Consulta.* Se realizó a través de un proceso amplio y complejo, dirigido a los jóvenes y otros sectores de la población, lo cual ha permitido recoger sus aportaciones a través de diferentes canales.

3. *El diálogo con la propia Administración,* en sus distintos niveles: Intra-municipal, Provincial, Autonómica y Central.

El resultado que ofrecen estos tres apartados responden a una única finalidad: una visión global de los jóvenes de la ciudad.

Del modo en que se ha planteado el trabajo, ninguno de estos apartados tendría sentido por sí solo si no son contemplados globalmente.

3.3. *Carácter participativo*

Si hay un elemento que identifica al Proyecto Joven de Barcelona y el trabajo en Promoción de la Salud, es su voluntad eminentemente participativa.

Si nos proponemos incidir en los estilos de vida existentes entre los jóvenes, debemos partir del protagonismo y la participación de estos mismos y de los grupos que los constituyen.

En el proceso del Proyecto Joven, además de la participación individual y colectiva de los jóvenes, también se ha potenciado la de la comunidad en general, la política, la de la Administración y la de la misma Área de Juventud.

a) *La participación de los jóvenes*

Desde el Ayuntamiento se optó por que el Consejo de la Juventud de la ciudad coordinara el Proyecto Joven juntamente con el Ayuntamiento, entendiéndose que era el interlocutor más válido para un proyecto de este tipo, reconociendo de antemano, que si bien muchos jóvenes de la ciudad no están presentes en el Consejo, sí que éste es el colectivo representativo más vertebrado y con capacidad operativa para la tarea encomendada.

La voluntad de la consulta ha sido la de posibilitar la participación del máximo número de jóvenes y de todas las tipologías posibles de la ciudad. A pesar de todas sus dificultades, se calcula que han participado, a distintos niveles, unos 116.000 jóvenes.

LA CONSULTA se canalizó en cuatro grandes apartados:

1. *Consulta a los Jóvenes asociados.* A partir de un trabajo continuado del que se hizo cargo el Consejo de la Juventud.

2. *Consulta colectiva.* Para llegar a aquellas nuevas formas de asociacionismo más informal y menos vertebrado y que ha ido tomando mucha fuerza entre los jóvenes de Barcelona. Se dirigió la consulta a 13 grupos homogéneos según su actividad básica:

- Estudiantes de enseñanza media.
- Estudiantes universitarios.
- Cooperativistas.
- Asalariados estables.
- Sin ocupación.
- Encarcelados.
- Otros...

Y otro listado de 33 según sus realidades específicas:

- Animadores culturales para jóvenes.
- Artesanos.
- Discotequeros.
- Excursionistas.
- Jóvenes con conductas disociales.
- Literatura.
- Usuarios Casas de Juventud.
- Toxicómanos.
- Deportistas.
- Otros...

La consulta se dirigió a ellos y a profesionales o entidades afines a cada grupo...

3. *Consulta Territorial.* Para un mejor acercamiento a la realidad cotidiana del joven, a través de los Consejos de Distrito. No preocupaba que un mismo joven fuera consultado por distintos canales, se trataba de recoger el máximo de inquietudes y sugerencias. De esta consulta también se hizo cargo el Consejo de la Juventud.

4. *Consulta Individual.* Se envió por correo un boleto con dos preguntas a 275.000 jóvenes comprendidos entre 15 y 25 años: contestaron 21.000. Dos formas más de participación individual eran el Teléfono Abierto y el Buzón Abierto.

b) *La Participación de la Comunidad.* A nivel ciudadano se creó un órgano consultivo llamado Comisión Ciudadana Consultiva, integrada por: representantes del Ayuntamiento y de las fuerzas políticas que están presentes en el propio Consejo de la Juventud y entidades o movimientos en representación del mundo económico-social, Colegios Profesionales, así como entidades de diverso tipo.

c) *La Participación Política.* Tanto el Consejo Plenario Municipal, como las diferentes Comisiones Técnicas de las tres Tenencias de Alcaldía, deberían

tomar decisiones cuantas veces sea necesario.

d) *La Participación de la Administración.* Los jóvenes de Barcelona son los del Área Metropolitana, y éstos representan el 70% de todos los de Cataluña, igualmente los Servicios ofertados son utilizados de forma muy plural por todos ellos; una vez más, vemos la necesidad de establecer mecanismos de coordinación y apoyo entre las diferentes administraciones implicadas. Por esta razón, el Proyecto Joven estableció un diálogo con el Gobierno Central, la Generalitat, Diputación, Corporación Metropolitana, otros Ayuntamientos y el propio Ayuntamiento de Barcelona.

La finalidad de este diálogo era intentar no omitir o duplicar servicios, y establecer mecanismos de coordinación permanente, a menudo difíciles.

e) *La Participación de la misma Área de Juventud.* Aunque el Proyecto Joven está concebido como un proyecto global del Ayuntamiento, un riesgo y una realidad es el papel específico que ha jugado el Área como impulsora y realizadora.

A través de un proceso de debate interno, con técnicos especialmente dedicados a la consulta, con programas de Servicio y de Departamento que contemplaban el Proyecto Joven, el tema ha sido prioritario durante todo el curso 1984-85, y ha condicionado el 1986 por sus resoluciones.

Una vez obtenidos los resultados del Proyecto Joven, se redactó un primer borrador de programa y se abrió un proceso de enmiendas en el que se ofreció participar a los mismos grupos de la primera fase.

3.4. *Política Intersectorial; trabajo interáreas*

Teniendo en cuenta que la finalidad del Proyecto Joven es hacer un programa global de política de juventud des-

de el Ayuntamiento y no aisladamente desde un Area, es obvio que se hacía indispensable sistematizar todas las posibilidades de coordinación con el resto de Areas.

Hubo un trabajo previo de recabar información sobre los servicios que ofrecían las Areas respecto a: Cultura y Tiempo libre, Servicios Municipales Generales, El Joven y la Ciudad, Enseñanza y Formación, Salud y Salud y Calidad de Vida.

Con este material de trabajo se convocaron las «Primeras Jornadas Municipales de Política Juvenil». En ellas los representantes de las Areas implicadas trabajaron a nivel de Plenarios y de Comisiones.

3.5. *Unas propuestas de salud y juventud*

El carácter globalizador de las propuestas de actuación a las que se llegó, pensamos que responden a los objetivos planteados en un principio.

El redactado definitivo del Proyecto Joven, está estructurado en forma de puntos pragmáticos, y éstos fueron aprobados por el Pleno del Ayuntamiento de Barcelona, celebrado el 26 de junio de 1985.

Por su extensión y por responder a la realidad concreta de la ciudad de Barcelona, no haremos la transcripción literal de los 72 puntos. Aquellos que estén interesados en la lectura de las 72 propuestas programáticas de forma íntegra, pueden dirigirse a la *Oficina del Proyecto Joven*. Area de Juventud y Deportes. AYUNTAMIENTO DE BARCELONA.

En su lugar citaremos algunos de sus enunciados, a fin de transmitir las líneas generales del programa (19).

A. ENSEÑANZA

1. Impulsar la reforma de la enseñanza media.

2. Fomentar la participación de los estamentos directamente implicados en la gestión de los centros.

3. Información en la escuela.

4. Programa de urgente escolarización, sobre todo en los barrios más desatendidos de cada distrito.

5. Dinamización cultural.

6. Asesoría y orientación profesional a los profesores.

7. Relacionar más estrechamente a las tres Universidades con la vida de la ciudad.

8. Continuar profundizando en la mejora de calidad de las escuelas municipales.

9. Creación de un Centro que recoja las experiencias innovadoras en el campo de la enseñanza y actúe como difusor de las mismas.

11. Avanzar en la línea de abrir los centros escolares durante el horario no lectivo.

B. TRABAJO Y PARO

13. Hay que pedir a las Administraciones competentes que hagan un programa de intervención global sobre el paro juvenil.

14. Potenciar la Ponencia de Desarrollo Económico.

15. Profundizar en los Planes de Ocupación Juvenil insertos en la política municipal de desarrollo económico.

17. Potenciar la recuperación del artesano y los oficios.

18. Estudiar la posibilidad de creación de talleres ocupacionales con carácter eminentemente formativo para adolescentes.

19. Potenciar en las oficinas del INEM un servicio especializado de acogida y orientación dirigido a los jóvenes.

C. CULTURA Y DEPORTES

20. Fomentar la cultura: participación y creatividad.

21. Completar la red de «Casals de Joves».

22. Dinamizar las subculturas urbanas.

23. Facilitar el acceso y el uso de las producciones culturales ciudadanas a todos los jóvenes de Barcelona.

25. Nuevos espacios para la creación y la exposición de todo lo que está unido a la cultura.

29. Hacer realidad el lema «deporte para todos»; hacer que la actividad física y el deporte se conviertan en algo cotidiano en la vida de los jóvenes barceloneses.

30. Ampliar la actual dotación de instalaciones deportivas públicas de la ciudad.

31. La posibilidad de los Juegos Olímpicos como motor en el desarrollo de la actividad deportiva de la ciudad.

D. PARTICIPACION Y ASOCIACIONISMO

32. Promoción del asociacionismo juvenil.

33. Nuevos criterios para subvenciones y aplicación de convenios juveniles.

34. Conocimiento y difusión del tejido social juvenil.

36. Participación y organismos de coordinación juvenil.

37. Línea de apoyo con locales a las entidades juveniles y grupos de jóvenes.

E. SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Por la especificidad y significación de algunas propuestas de este ámbito, citaremos íntegramente algunas de ellas:

40. Ofrecer a través del IMAE y del IMS (Instituto Municipal de la Salud) programas de formación permanente para los profesionales que trabajan con jóvenes y adolescentes, de forma que puedan incorporar en su quehacer co-

tidiano elementos de promoción de la salud. Este plan de formación contemplará aspectos específicos de este sector de población, para completar de esta manera los conocimientos técnicos adquiridos durante la formación básica. Entre estos profesionales hay que incluir a los Cuerpos de Seguridad y especialmente a la Guardia Urbana, incidiendo también en sus programas de formación básica con el fin de sensibilizar y modificar las actitudes y actuaciones en torno a las diversas realidades juveniles y temas que requieren una especial atención (prostitución, extranjeros, drogodependencias, delincuencia juvenil...).

41. El Ayuntamiento de Barcelona quiere proponer al Gobierno y al Parlamento español, el establecimiento de la mayoría de edad penal a los 18 años y la elaboración de una ley que contemple un tratamiento específico para los jóvenes hasta esta edad.

42. Realización de programas de animación sociocultural para los jóvenes presos con el fin de aumentar la calidad de vida del joven en los establecimientos penitenciarios; evitar la ruptura con el entorno social, posibilitando al joven preso recursos y alternativas concretas que favorezcan este proceso, mediante programas realizados de forma coordinada entre los diferentes departamentos municipales (Servicios Sociales, Juventud...), las otras administraciones públicas y las entidades privadas. En este sentido hay que potenciar la colaboración y el establecimiento de convenios con la Conselleria de Justicia de la Generalitat, con el fin de concretar la gestión y la financiación de las actividades.

43. Creación de una Comisión Municipal de Intervención en la problemática de la disociación juvenil con el fin de planificar, programar y evaluar de forma global, todas las intervenciones que se lleven a cabo en este ámbito de la

ciudad de Barcelona. Es necesaria una coordinación racional entre los diferentes departamentos municipales de Servicios Personales, con el fin de establecer marcos coherentes de actuación; programar alternativas en los diferentes niveles de intervención (primaria, secundaria y terciaria), estableciendo las líneas de coordinación con la Administración del Estado (sobre todo por lo que respecta a los Cuerpos de Seguridad y a la Administración de Justicia) y con la Administración Autonómica (por lo que respecta a los departamentos de Servicios Sociales, Justicia, Enseñanza y Juventud).

44. Por la amplitud del problema de las drogodependencias, por la dispersión aún existente entre los diferentes niveles y ámbitos de la Administración y con el objetivo de racionalización, eficacia, ahorro y coordinación, el Ayuntamiento de Barcelona se propone avanzar en dos líneas:

— Creación de una Comisión Municipal de Intervención en el campo de las drogodependencias bajo un responsable único que planifique, programe y evalúe las intervenciones a realizar desde las diferentes Áreas Municipales implicadas (Sanidad, Servicios Sociales, Juventud, Protección Ciudadana, Enseñanza...) tanto a nivel de prevención, inespecífica y específica, como de tratamiento y reinserción. Esta Comisión tendrá capacidad decisoria y uno de sus objetivos será la elaboración, en un plazo de ocho meses, de un Plan Global de Intervención Municipal de las toxicomanías incluyendo este ámbito en los programas y proyectos municipales.

— Impulsar la unificación de criterios de actuación de todas las redes que intervienen en el tratamiento de las toxicomanías (Generalitat, Diputación, Ayuntamiento, Cruz Roja y otras entidades privadas), así como una coordinación institucional de recursos am-

pliando las posibilidades de ofrecer un tratamiento médico y psicosocial, que tenga en cuenta la situación concreta de cada toxicómano.

45. En el marco de las competencias internas y del trabajo coordinado por la Comisión, el Ayuntamiento desarrollará un programa para ampliar más canales habituales de socialización, en especial la institución escolar y los equipamientos de tiempo libre en la prevención de las toxicomanías dentro del amplio marco de promoción de la salud. Este programa tendrá que apoyarse con programas de formación permanente, elaboración de material y servicios de asesoría de los profesionales que actúan como modelos sociales ante los adolescentes y los jóvenes.

Asimismo y como un instrumento necesario para completar una red única en este campo, se propone la posibilidad de crear un Centro de Día y aumentar los recursos asistenciales de reinserción urbana para toxicómanos, incluyendo el tratamiento médico dentro de la red sanitaria general. En la asistencia al toxicómano hay que dar especial importancia a los aspectos psicosociales de estructuración de la personalidad. Hay que tener en cuenta la intervención en otras drogas además de la heroína, que cada vez tienen mayor incidencia en la población infantil y adolescente-juvenil, como por ejemplo, las colas.

46. Formalizar la existencia de la Comisión Municipal de la Sexualidad vinculada a las Áreas de Juventud, Sanidad, Enseñanza y Servicios Sociales.

47. El Ayuntamiento impulsará el desarrollo del plan ya existente de integración de personas disminuidas en los ámbitos escolar, laboral y ciudadano.

48. En muchas ocasiones una actuación o un equipamiento aislado no es suficiente para dar un servicio de calidad que pueda resolver aquellas situa-

ciones problemáticas que a menudo se presentan. Por este motivo habrá que reforzar la red municipal de Servicios de Atención a la Infancia y la Juventud (SAIJ), con el fin de consolidar equipos multidisciplinares en cada distrito de la ciudad que trabajen en programas de prevención específica e inespecífica, integrados por profesionales de diferentes ámbitos de los Servicios Personales (Servicios Sociales, Juventud, Sanidad, Enseñanza, Cultura, Deportes) dependientes de cada Consejo de Distrito. Esto supone reforzar la red de trabajadores sociales dedicados a la infancia y a la juventud (educadores de calle, animadores socioculturales...) que realizan un trabajo en los equipamientos comunitarios, Centros Cívicos, Centros de Servicios Sociales, Casas de Juventud, Centros Abiertos, Aulas Taller...)

49. Hay que reforzar y regularizar la red de equipamientos socioeducativos de carácter intermedio como Aulas Taller, Centros Abiertos y programas Ocupacionales dirigidos a un amplio sector de población. Es necesario también apoyar las alternativas de carácter sustitutorio (familias, residencias, colectivos...) para atender a los jóvenes y adolescentes en situación de conflicto social; se propone estudiar y crear, en el caso que se considere viable, un Centro de Acogida y Ayuda Transitoria.

50. Atención y tratamiento de las problemáticas de salud mental de los jóvenes y adolescentes, potenciando la red de servicios de asistencia primaria comunitaria (CAPS, Centros de Higiene Mental, EAP) y apoyando los servicios de urgencia. Hay que garantizar la asistencia a los problemas psicológicos de los adolescentes y de los jóvenes derivados de la propia etapa evolutiva o de situaciones conflictivas específicas, incorporándola a la red pública que habría que clarificar y dar a conocer. Como paso previo habría que inventa-

riar los servicios existentes, revisar el tipo de servicios que se ofrecen, conocer la población y su alcance, tanto por lo que respecta a las dimensiones de la problemática como a la forma de abordaje y a condiciones de trabajo.

51. Profundizar en el Plan de Integración de la Población Gitana.

52. Crear un servicio que dé respuesta a las necesidades de información, acogida y formación de los jóvenes extranjeros.

F. INFORMACION

53. Centro de Información y Asesoría Juvenil que contemplará los ocho ámbitos aprobados por la Comisión Estatal de Centros de Información Juvenil: Social, Salud y Calidad de vida, Educación, Trabajo, Formación Permanente, Extranjeros, Tiempo Libre, Cultura y Asociacionismo. La polivalencia de ámbitos es una característica fundamental.

54.

- Puntos de información ciudadana.
- Quiosco de información en cada distrito.
- Creación de puntos multiplicadores de la información.

55. Necesidad de un Centro de Información Móvil de ciudad.

56. Convenios con las entidades especializadas en la información dirigida a los jóvenes.

57. Creación de un Gabinete de Estudios Juveniles (Observatorio Metropolitano).

- Conocimiento de la realidad.
- Evaluación permanente.

G. JOVEN Y CIUDAD

60. El Ayuntamiento se propone continuar y ampliar la información sobre la realidad ambiental en sus niveles de contaminación, limpieza, etc.

62. En diversas fases de la consulta,

los jóvenes han expresado sus opiniones sobre la necesidad de cerrar el metro más tarde los viernes, refuerzos puntuales en la zona universitaria...)

63. De la Consulta y de los estudios del «Proyecto Joven», se desprende la preocupación de los jóvenes por el acceso a la vivienda. Proceder en el plazo de 12 meses al estudio de algunas medidas que faciliten el acceso de los jóvenes a la vivienda y a la elaboración de un plan de actuación conjunta con otras administraciones públicas.

H. ORGANIZACION Y LEGISLACION

65. La nueva estructura municipal de Juventud.

A) Una Comisión Municipal de Juventud.

B) Oficina del «Proyecto Joven».

C) Trabajo Interáreas.

D) Instituto Municipal de Juventud.

E) Distritos.

67. Es voluntad del Ayuntamiento de Barcelona proceder a la descentralización efectiva de los Servicios de Juventud a partir del 1 de enero de 1986.

71. Conveniencia de establecer y dar prioridad a una política de servicios específicos dirigida a la franja de edad comprendida entre los 12 y 16 años.

72. Servicio Militar-Servicio Civil.

3.6. *Mecanismos de seguimiento y evaluación*

Una de las propuestas del Proyecto Joven contemplada en el capítulo de Organización y Legislación, es la de configurar una nueva estructura municipal de Juventud que contemple a la vez un tratamiento horizontal de esta realidad y que permita una mayor eficacia en su desarrollo global. Este nuevo modelo pasa por los siguientes grandes ejes (20):

A) Una Comisión Municipal de Juventud presidida por el Teniente de Alcalde de Servicios Personales, con el

Concejal de Juventud como Vicepresidente y formada por los Coordinadores de las Areas de Servicios Personales. Su función será la de realizar el seguimiento de la aplicación y desarrollo de las líneas de trabajo del «Proyecto Joven» y tratar todos aquellos temas que necesiten una visión global y horizontal en cuestiones de juventud. Existirá una coordinación especial con el Director de Servicios de Desarrollo Económico.

B) Oficina del «Proyecto Joven» para realizar el seguimiento técnico permanente de la aplicación de las líneas básicas del «Proyecto Joven», adscrita a la Comisión Municipal de Juventud.

C) Trabajo Interáreas. Debido a la experiencia de trabajo entre las diferentes Areas en el marco del «Proyecto Joven», se continuará este proceso bajo la dirección de la Comisión Municipal de Juventud.

D) Instituto Municipal de Juventud. Constitución de un organismo autónomo local para la gestión de servicios específicos de juventud del Ayuntamiento de Barcelona, partiendo del estudio y delimitación de sus competencias en relación al proceso de descentralización que permita agilizar la gestión de los servicios centrales de alcance ciudadano. Su constitución se realizará una vez acabado el proceso de descentralización.

E) Distritos. Bajo la responsabilidad de las directrices políticas, incluida la división de Servicios Personales de cada Consejo de Distrito, se desarrollará con los trabajadores necesarios una política de Juventud en su ámbito territorial.

4. SITUACION ACTUAL

- Actualmente el Proyecto Joven se encuentra en el primer año de aplicación de sus líneas de trabajo.

- Esta nueva etapa culmina en junio del 86, en que el Concejal de Juventud informará al Plenario Municipal sobre el estado de aplicación del Proyecto Joven.
- Para el seguimiento técnico de las 72 líneas programáticas, se ha procedido a un sistema complejo de sistematización y registro de la información, responsabilizando a los distintos Departamentos del Area de Juventud de aquellos puntos más próximos a sus competencias de trabajo, junto con la *Oficina del Proyecto Joven*.
- Para una mejor difusión y rentabilización del volumen de información de que dispone, se prevé:
 - Edición de los estudios realizados.
 - Archivo y reordenación de los resultados para su uso y consulta.
 - Traducción del libro del Proyecto Joven.
 - Fichas de seguimiento por temas, etc.
- La concepción del Proyecto Joven de Barcelona, como una herramienta de participación, se plantea en dos líneas de continuidad:
 - Consulta individual (tarjetas, boletos, encuestas, teléfono...).
 - Comisión Ciudadana Consultiva.
 - Contactos bilaterales entidades-Oficina del Proyecto Joven.

El Proyecto Joven también «caduca»

Si debemos partir siempre, del análisis de la realidad, más aún de aquella que se define a sí misma como cambiante: la JUVENIL.

«En este sentido y el propio Proyecto así lo reclamaba, se define la crea-

ción de un Observatorio sobre la realidad juvenil creyendo que la información no puede ir desligada del estudio permanente de una realidad como es la del joven.

Este observatorio tendrá como función principal realizar el estudio sistemático y periódico en una doble línea de actuación: conocimiento del mundo juvenil mediante la conexión de sus datos provenientes de los diferentes ámbitos (laboral, escolar, sanitario, judicial, asistencial, cultural...); realización de estudios propios y también la evaluación permanente de las actuaciones de los jóvenes. Supone pues la voluntad de fijar la atención más allá de los problemas puntuales y trabajar con una óptica a más largo plazo» (21).

5. CONCLUSIONES

- Entendemos las drogodependencias como un estado de pérdida de salud (psicológica, física y social) y como tal, las deberemos tratar.
- Es prioritario articular programas de prevención primaria de tipo inespecífico con objetivos a corto, medio y largo plazo, evaluables.
- Los programas de tipo específico y los inespecíficos son absolutamente complementarios. Debemos priorizar uno u otro en función de los objetivos y de la población a que nos dirigimos.
- En los programas o actividades entendidas como preventivas o alternativas a las drogas, y dirigidas a jóvenes u otros grupos, es positiva la colaboración de profesionales formados y sensibilizados en temas de salud y drogodependencias, con el fin de procurar evitar intervenciones contradictorias o contrapreventivas.
- La intervención en el campo de

las drogodependencias desde una política global de juventud o de promoción de la salud, actualmente aún resulta difícil por distintos motivos:

- A. Falta de apoyo y financiación de los programas.
 - B. Desconexión de los programas específicos, etc.
- Carácter intersectorial de la salud. Ni la salud ni la promoción de la salud son prerrogativas de un solo grupo; es interés común de todos los que trabajan por el desarrollo cultural y socioeconómico.
 - Las consecuencias del fenómeno de las drogas no suponen sólo un problema del que lo padece directamente. Hay que buscar la participación, apoyo y compromiso tanto del tejido político como del social, para la salud y las actividades correspondientes.

- Deberíamos ir normalizando progresivamente el estilo de nuestra intervención, respondiendo más a una demanda «elaborada» y menos a la urgencia.
- Tender a que los servicios estén allá donde surgen las necesidades y que todo programa de actuación responda a las características y necesidades de la zona destinataria.
- En el trabajo comunitario deberíamos evitar generar falsas expectativas a la población acerca de la participación.
- Finalmente, decir que la voluntad de este artículo es la de contribuir a que profesionales de distintos ámbitos de la «salud», juventud, especialistas en drogodependencias y representantes del tejido social, reflexionemos, discutamos y articulemos estrategias diversificadas y coherentes de prevención.

63

BIBLIOGRAFIA

- (1) «Documento informativo sobre conceptos y principios en promoción de la salud»
OMS. OFICINA REGIONAL PARA EUROPA. COPENHAGEN. 1984.
- (2) Suplemento Revista «Salud», n.º 15. Noviembre 1985.
CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO. JUNTA DE ANDALUCÍA
- (3) «Regional Strategy for Attaining Health for all by the year 2000»
OMS. OFICINA REGIONAL PARA EUROPA. SEPTIEMBRE. 1982
- (4) «Towards a Definition of Health Education and Health Promotion»
CATFORD, J. NUTBEAM.
HEALTH EDUCATION JOURNAL. VOL. 43. 1984
- (5) «Promoción de la salud y estilos de vida, perspectiva de la Of. Reg. Eurp. de la OMS»
PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA. TRABAJADO PRESENTADO EN LA 11ª CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE EDUCACION SANITARIA POR EBERHARD WENZEL. 1982
- (6) «Nuevas políticas para educación Sanitaria en atención primaria de salud.»
DOCUMENTO 36 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. 1983
- (7) «La evaluación en la educación sanitaria»
J. M. ANTO.
AJUNTAMENT DE BARCELONA. UNIVERSITAT INTERNACIONAL MENENDEZ PELAYO. 1983
- (8) «Health education planning a diagnostic approach.»
GREEN, L. W. ET AL.
- (9) «Education pour la Santé dans les milieux du travail: élaboration d'une nouvelle méthodologie en Italie.»
BRIZIARELLI, L. STURLESE.
REVUE INTERNATIONALE D'EDUCATION POUR LA SANTE. 1981.
- (10) «Evaluation: obstacles and potentialities»
BASIG, L.
INT. J. HEALTH EDUC. 142. 1980
- (11) «Critères d'évaluation en matière de participation sanitaire.»
JANCIOS, M.
REVUE INST. D'EDUC. POUR LA SANTE. 22. 1979
- (12) «Pla Municipal per la prevenció, assistència, i reinserció de les drogodependències a Rubí.»
CENTRE D'ORIENTACIO SANITARIA. AYUNTAMIENTO DE RUBI. FEBRERO. 1986
- (13) «Drogodependencia.»
MATERAZZI, M. A.
ED. PAIDOS. BUENOS AIRES. 1984
- (14) Documentación del Seminario «Juventut i Promoció de la Salut.»
AYUNTAMIENTO DE BARCELONA. FEBRERO. 1985
- (15) «Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de salud.»
INFORME COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS. GINEBRA. 1983.
- (16) Revista «Entrejóvenes.»
MONOGRAFICO PROYECTO JOVEN N.º 3-6. JULIO-AGOSTO. 1985. BARCELONA

(17)

Revista «Entrejóvenes».

MONOGRAFÍA GOBERNAR LA DROGA N.º 1 MARZO 1985. BARCELONA

(18)

«Ambito de estudios».

PROYECTO JOVEN DE BARCELONA 3 VOLÚMENES AYUNTAMIENTO DE BARCELONA JUNIO 1985

(19)

«Documento definitivo del Proyecto Joven de Barcelona»

AYUNTAMIENTO DE BARCELONA JUNIO 1985

(20)

«Líneas de actuación del Proyecto Joven».

AMBITO ORGANIZACIÓN Y LEGISLACION JUNIO 85

(21)

Documento n.º 1 «Aplicación de las líneas del Proyecto Joven».

OFICINA DEL PROYECTO JOVEN MARZO 1986

(22)

La Prevención Inespecífica: «El Proyecto Joven de Barcelona».

MARTI CARRASCO, V.

COMUNICACION PRESENTADA A LAS XII JORNADAS DE SOCIODROGALOGÍA PALMA DE MALLORCA NOVIEMBRE 1985

Milagros P. Oliva*

Redactora de «El País»

Los medios de comunicación social, ante las drogodependencias

RESUMEN

El problema de la droga ha merecido una destacada atención por parte de los medios de comunicación en los últimos diez años. El análisis del tratamiento informativo que los medios de comunicación en su conjunto han dispensado a esta compleja realidad social revela un proceso de distorsión que se inicia en las propias fuentes que facilitan las noticias y se consume en el proceso periodístico, de tal modo que la visión final que se ofrece del problema no se corresponde con la realidad que la sustenta. Esta distorsión se produce, en primer lugar, por las muy especiales condiciones sociales y políticas en que se encuentra el país durante el período de la transición a la democracia y, en segundo lugar, por los profundos cambios que se están operando en los medios de comunicación de masas.

Social communications media vis-a-vis drug addiction

65

SUMMARY

The drug problem has deservedly been the focus of attention by the media during the past ten years. An analysis of the treatment the media as a whole have given to this complex social reality reveals a process of distortion beginning at the news sources themselves, and which is completed in the journalistic process, in such a way that the final view of the problem is out of touch with reality. First of all, this distortion is produced by the very distinctive social and political conditions in which the country has found itself during the period of transition to democracy; secondly, it is due to the profound changes that are taking place in the mass communications media.

LA droga ha ocupado en los últimos diez años un espacio privilegiado en los medios de comunicación de masas. Es, seguramente, el fenómeno social que mayor atención informativa ha acaparado, en una proporción que sólo el SIDA lleva camino de superar. Y no es casualidad que sea precisamente el SIDA el que haya desplazado el problema de la droga en el espacio informativo de la Prensa espa-

ñola. Como veremos más adelante, se trata de dos problemas que reúnen prácticamente todas las exigencias precisas para convertirse en un «boom» informativo. La droga y el SIDA son, en realidad, el paradigma de un fenómeno altamente preocupante: la cada vez mayor capacidad de distorsión que tienen los medios de comunicación de masas.

Pero, ¿por qué razón la droga, y después el SIDA, ocupan tantas y tantas páginas en los diarios, tantos minutos de emisión en la radio y la televisión?, ¿son acaso los problemas más graves

(*) Dirección científica:
Zona Franca, Sector B, calle D.
BARCELONA 08004.

que tiene la sociedad? ¿Y si lo son, su gravedad está en proporción con el espacio informativo que ocupan? Parece evidente que el problema de las drogas ha merecido una atención especial por parte de los medios de comunicación, una atención de la que no han gozado otros problemas sociales de igual o mayor gravedad. Y no es demagogia citar, por ejemplo, el problema del paro, porque afecta a muchísimas más personas, a muchísimos más jóvenes y puede tener graves consecuencias individuales, entre ellas la propia drogadicción. También en el ámbito sanitario podríamos citar numerosas enfermedades de alta incidencia sobre la población y hábitos cotidianos de graves repercusiones sobre la salud.

La respuesta a las preguntas que antes formulaba no está sin embargo en el análisis de la realidad objetiva, la realidad previa al fenómeno informativo, sino en el propio proceso comunicacional y, sobre todo, en los contenidos del magma informativo sobre la droga.

La primera cuestión que llama la atención es que cuando los medios de comunicación hablan de drogas, no se refieren a todas las drogas, sino únicamente a una parte de ellas, las llamadas drogas ilegales. Y se refieren a ellas en términos de fenómeno social indeseable, dejando de lado otros tipos de drogadicción, como el alcoholismo y el tabaquismo, socialmente aceptados, cuyo coste social es muy superior, por su extensión y gravedad, al de las llamadas drogas ilegales. Lo que ocurre es que ese coste social no se traduce tan mecánicamente en miedo, como en las drogas ilegales, y por tanto, no es susceptible de tanta utilización ideológica y política.

Con esta afirmación no quiero disminuir un ápice el rechazo social que en mi opinión merecen las drogas ilegales. Lo que quiero resaltar es que al hacer

esta distinción en su tratamiento informativo entre drogas indeseables y drogas toleradas, los medios de comunicación se convierten en legitimadores de un cierto planteamiento hipócrita de la cuestión.

DROGA, DELITO, INSEGURIDAD CIUDADANA

Hecha esta primera aproximación formal al problema, lo que interesa ahora es saber con qué contenidos se divulga la información sobre la droga, en cuyo genérico se incluirán únicamente las drogas ilegales. Lo primero que salta a la vista al analizar los titulares de las informaciones relativas a la droga es que esta palabra aparece indisolublemente unida al concepto de delincuencia y ésta al de inseguridad ciudadana. Es suficiente un somero repaso de los titulares para ver qué tipo de encadenado conceptual se produce: un problema social (la droga), es asimilado a un concepto de orden jurídico moral (la delincuencia), y ambos, a un concepto estrictamente político (la inseguridad ciudadana).

El encadenado droga-delito-inseguridad ciudadana es absolutamente predominante, marginando totalmente otros aspectos del problema no menos importantes, como el sanitario, el psicológico, el social, etc. Se ofrece, de esta forma, una visión sesgada y parcial de un problema que tiene precisamente una gran complejidad social.

Este es un planteamiento común prácticamente a toda la Prensa occidental, tal vez con algunos matices que no hay tiempo ahora de explicar. En el caso de la Prensa española, que es precisamente el motivo de esta reflexión, resulta sumamente interesante estudiar la evolución del tratamiento informativo que ha recibido el tema de la droga desde que apareció con cierta relevancia, hacia 1975, hasta la aproba-

ción del Plan Nacional sobre Drogas. De un período de diez años, los siete u ocho primeros se caracterizan porque el tratamiento que recibe la droga en los medios de comunicación es absolutamente homogéneo.

El análisis de contenido de los titulares de Prensa demuestra que aproximadamente un 60% de las veces, la palabra droga está asociada a las palabras ATRACO, ASALTO, TIROTEO y MUERTE, por este orden de frecuencia. Otro 35% de las informaciones asocian la palabra droga a los conceptos de SOBREDOSIS, ADULTERACION y MUERTE. En ambos casos, la cadena conceptual desemboca en el daño que la sociedad considera más grave: la muerte.

Efectivamente, se han producido muchos atracos y muchas muertes y no defiendo en absoluto que deban ignorarse. Pero parece que estas asociaciones dramatizan excesivamente el problema. Es obvio que debe hablarse de lo que sucede, y estas cosas suceden, pero deben tratarse en su justa medida. Lo más preocupante en este caso es la unidireccionalidad, la parcialidad conceptual, la significación de una parte del problema a costa del olvido de los restantes aspectos, no menos importantes y en cualquier caso necesarios para una comprensión global de la realidad que se pretende describir.

LA ESPIRAL DE LA MAGNIFICACION

La evolución del tratamiento informativo de los titulares de Prensa revela otro mecanismo de los medios de comunicación que explica cómo se forma la espiral de la magnificación. Cuando un problema se considera lo suficientemente importante como para merecer un espacio informativo, está condenado a perdurar, a no ser que se trate de un hecho absolutamente aislado y pun-

tual que no tenga seguimiento posible. Si los medios de comunicación consideran hoy que un determinado tema es lo suficientemente importante como para merecer dos, tres, cuatro o cinco columnas en sus páginas, crean en el receptor una expectativa sobre ese problema que mañana se habrá de satisfacer. La propia coherencia formal exigirá un seguimiento adecuado.

Cuando ya se ha hablado hasta la saciedad de atracos y muertes por sobredosis, llega un punto en que las noticias comienzan a repetirse, y eso es algo que no pueden permitirse los medios de comunicación. De modo que, para satisfacer la expectativa previamente creada, para ser coherente con el tratamiento informativo dado inicialmente al problema, será preciso ir más allá, buscar nuevas aristas al problema. Y efectivamente, siempre es posible encontrar nuevas aristas cuando el material que se manipula es una realidad social compleja. ¿En qué dirección? La misma, precisamente, que seguían los encadenados anteriormente mencionados.

En el encadenado social de droga-delito-inseguridad, el nuevo eslabón será el tráfico internacional, al que se asociará inmediatamente la palabra mafia, hasta el punto de que esta organización de origen italiano monopolizará las informaciones relacionadas con el tráfico, desplazando otros grupos que operan con importantes redes, desde los sudamericanos hasta la llamada «conexión oriental».

También en la vertiente individual se prolonga el encadenado conceptual. La relación droga-sobredosis-muerte será el referente principal, pero de un problema que ya no se circunscribirá únicamente a la juventud, la parte más preciada de la sociedad, sino que amenazará el futuro mismo de esa sociedad. La droga llega a la escuela. Este es el mensaje que se repite en un alud

de noticias alarmistas sobre el consumo de droga entre los escolares.

Es cierto que se ha detenido a algunos traficantes merodeando los colegios y que se han practicado algunas detenciones. Pero hay un momento, entre 1981 y 1982, en que, leyendo los titulares de prensa sobre la droga, el lector tiene la impresión de que la heroína se reparte en las escuelas como se repartía la leche en polvo durante los infelices años cincuenta. Titulares como «Droga: del chupete al caballo» o «Los profesores repartían droga a sus alumnos» o «La droga se extiende por las escuelas... yugoeslavas», etc., etc., son tremendamente frecuentes. El caso de un niño de doce años de Barcelona que es adicto a la heroína merece una atención desorbitada en los medios de comunicación, porque éste es precisamente el caso que confirma y legitima una dinámica informativa previa construida sobre bases poco ciertas. Vemos pues, que a medida que transcurre el tiempo, se añaden al problema las nuevas aristas que permiten mantenerlo en la cresta de la ola informativa, y que lo único que hacen es ahondar aún más la distorsión.

UN EDIFICIO CONCEPTUAL DE CIMIENTOS POCO SOLIDOS

El problema es especialmente grave si se tiene en cuenta que todo este enorme edificio conceptual se sustenta sobre unos cimientos de muy dudosa solidez. Porque ¿en qué datos demostrados se basan esas informaciones?

Analicemos la primera de las asociaciones conceptuales que da lugar al proceso informativo: la relación droga-atraco. Para contestar esta cuestión me remitiré al llamado informe Socías, encargado por el Ayuntamiento de Barcelona a un equipo dirigido por el ex al-

calde de la ciudad, Josep Maria Socías Humbert en el cenit de la campaña política sobre inseguridad ciudadana, en 1982. El informe afirma taxativamente que las estadísticas sobre criminalidad, y especialmente las referidas a la criminalidad urbana, no tienen en España, en ese momento, ninguna fiabilidad. Y cita entre otras causas de distorsión estadística el hecho de que se contabilicen como delitos los simples atestados policiales.

No sólo el problema de la droga, sino el edificio entero de la supuesta inseguridad ciudadana se ha basado en datos absolutamente inciertos. Dice el informe Socías: «El discurso dominante sobre el aumento de la delincuencia y de la inseguridad ciudadana no se sustenta siquiera en un conocimiento fiable de la realidad que invoca. Más bien al contrario. Podemos afirmar que nos encontramos ante un auténtico caos estadístico. Las estadísticas sobre delitos resultan generalmente imprecisas y poco fiables, engloban realidades de naturaleza muy diferente y diluyen los escenarios naturales en un ficticio escenario nacional, representando en exceso ciertas conductas delictivas y no reflejando adecuadamente otras.»

Y añade el informe Socías: «Lo más grave no es la poca fiabilidad de las estadísticas, sino el carácter global y centralizador con que son presentadas a la población. La difusión de estadísticas de evolución del delito contribuye a la generalización de un miedo difuso al delito.»

Este planteamiento es perfectamente extensible al problema de la droga, a la que se culpa de ser la causa de tan elevado porcentaje de delitos. El receptor del mensaje informativo se verá absorbido por una dinámica de miedo que él no controlará. El receptor del mensaje sentirá miedo a ser víctima de la violencia, tanto si vive en la más apacible población rural como si se en-

cuentra en el barrio periférico más degradado de la urbe más conflictiva.

Analicemos ahora el sustrato real en que se basan las informaciones sobre la droga relativas al segundo encadenado conceptual, el de la vertiente individual. Es cierto que se producen muertes por sobredosis. Y creo que debe hablarse de ellas. Pero desde luego no en los términos en que lo hacen determinados medios de comunicación.

La mayor parte de las veces predomina en la presentación de la noticia los aspectos más degradantes del suceso: «lo encontraron con una jeringa enganchada en el brazo, estaba desnuda en una habitación en un hostel dedicado a citas amorosas, lo descubrieron caído junto a la taza del water de un bar, fue hallado en cucullas, en un rincón de un solar abandonado...» Morbo. Esta y no otra es la razón por la cual aparece siempre en la Prensa la reseña, pequeña y vergonzante, de muerte por sobredosis y en cambio no aparece, a no ser que sea un fin de semana falto de noticias, el accidente de tráfico que ha costado la vida a dos, tres o más personas. Y es que, en esa balanza distorsionada con que se miden las noticias, pesan más las muertes por sobredosis que las muertes del asfalto. Y estoy hablando en todo momento de la Prensa en su conjunto, en la globalidad de los medios de comunicación. Porque hay excepciones, ciertamente. Pero lo que cuentan no son las excepciones, sino la generalidad, que es la que conforma el flujo conceptual que dejará impronta sobre la opinión pública.

DISTORSION EN LA FUENTE INFORMATIVA

Hemos visto que se produce una distorsión y que, además, esa distorsión no está basada en datos objetivos, sino en una apreciación poco fiable de la

realidad. ¿Por qué sucede esto? ¿Qué camino sigue la información para que se produzca esta distorsión?

El análisis del tratamiento informativo del problema de la droga en España revela que la primera distorsión se produce ya en las fuentes informativas. Todo el montaje comunicacional a que me he referido antes, con cientos y cientos de reportajes, noticias, gaceticillas y sueltos se ha construido prácticamente sobre una sola fuente informativa: LA POLICIA.

El 80% de las informaciones aparecidas en los diez años mencionados antes procede de fuentes policiales. Y ese 20% aproximadamente de informaciones cuya fuente no es la Policía se concentra prácticamente en los tres últimos años, cuando comienzan a aparecer en la Prensa noticias sobre la droga cuyas fuentes son profesionales y asociaciones relacionadas con los aspectos sanitarios y sociales del problema, es decir, médicos, educadores, asistentes sociales, psicólogos, sociólogos, etc. A medida que aumenta la pluralidad de las fuentes se observa en el tratamiento informativo un cambio. Comienzan a resaltarse otros aspectos hasta entonces ocultos, como los sanitarios, el problema de la rehabilitación y la reinserción social de los drogadictos, etc. Pero éste sólo es apreciable significativamente a partir de 1983.

La distorsión, sin embargo, no es atribuible exclusivamente a la parcialidad de las fuentes informativas. En todo caso, es responsabilidad de los medios de comunicación no limitarse a una sola fuente, contrastar pareceres y, en definitiva, dar un enfoque lo más completo y objetivo posible del problema.

EL TERRITORIO INFORMATIVO

Los medios de comunicación de masas están sujetos a una dinámica, en

mi opinión, altamente preocupante, por la que cada vez es mayor la tendencia a distorsionar la realidad, cualquiera que sea el problema social que aborden. Para comprender los mecanismos que actúan en esa dinámica informativa es preciso tener en cuenta, en primer lugar, que los medios de comunicación de masas actúan conjuntamente, que constituyen un todo homogéneo del que ninguna de sus partes, por importante que sea, puede considerarse de forma aislada. Esto es lo importante. Cada medio tiene un poder de difusión determinado, pero su capacidad de persuasión se multiplica geométricamente en la medida en que actúa de forma concurrente con los demás medios de comunicación. La nuestra es una sociedad multimedia. No importa, pues, a efectos de este análisis, cómo trata un medio cualquiera al problema de la droga. Lo que importa es el tratamiento conjunto. Los propios medios tienen distribuidos los papeles en función de sus posibilidades tecnológicas y de sus respectivas cuotas de mercado.

La Prensa escrita ejerce el papel de líder de opinión. Ella es la que sienta las bases del enfoque. La radio cumple el papel de extensión de la difusión. Es muy frecuente que las emisoras lean literalmente las noticias que aparecen en la Prensa y, especialmente en los espacios no informativos, los diarios son utilizados como fuente de temas. La TV. se reserva el papel de la universalización y de la persuasión. Es más lento, y llega más tarde, especialmente en los temas intemporales, pero cuando la TV. aborda un tema, lo estruja, lo agota, y normalmente lo hace siguiendo el enfoque inicialmente marcado en la Prensa. También en este caso existen excepciones, pero no son relevantes. Es muy difícil que un programa vaya a contracorriente. Y los medios de comunicación son una corrien-

te muy poderosa para sus propios realizadores.

La segunda consideración a tener en cuenta es que se trata de medios de comunicación de masas. De masas. Es decir, que tienen la voluntad de dirigirse a un público amplio, no particularizado, y heterogéneo. Para hacer llegar a ese público tan heterogéneo realidades cada vez más complejas, los medios de comunicación se ven obligados a ejercer el papel de filtros de la realidad, aplicándole un tratamiento homogeneizador de los mensajes. Pero para homogeneizar, primero es preciso simplificar, y de las simplificaciones surgen las distorsiones. En el caso de la droga, primero se la identifica con delincuencia y luego se concluye que todos los drogadictos son delincuentes.

LA ESPIRAL DE LA ACTUALIDAD

El potencial difusor de los medios de comunicación de masas es tal, que cualquier problema que aborden queda automáticamente magnificado, por el simple hecho de ser objeto de su atención. Y no olvidemos que, en este caso, se está magnificando una realidad previamente simplificada y homogeneizada. Una noticia es importante por el simple hecho de ser publicada. La más irrelevante de las anécdotas puede adquirir categoría de asunto de Estado si los medios de comunicación de masas ejercen sobre ella todo su potencial magnificador. Además, en cuanto un hecho noticioso entra en la rueda informativa, queda atrapado en una dinámica de la que difícilmente podrá escapar, puesto que si hoy se considera lo suficientemente importante como para ser publicado, mañana y pasado mañana habrá que seguir hablando de ello.

Esta dinámica sería menos distorsionante si los medios de comunicación no tuvieran, a pesar de ello, la gran cre-

dibilidad de que gozan, en términos generales, ante la opinión pública. Los medios de comunicación no sólo ocultan su poder de distorsión, sino que se ofrecen a sí mismos como garantes de la realidad que distorsionan. Pensemos en el prestigio de la letra impresa en sociedades de reciente desarrollo. Y no hablemos ya del poder y la credibilidad de que goza la televisión, que se presenta ante el espectador como un testigo imparcial de la realidad. La televisión no sólo dice la verdad: Es la verdad. ¡Quién ha de poner en duda aquello que ve con sus propios ojos! El espectador no se da cuenta de que sus ojos ven a través del eje parcial de una cámara guiada por otro eje oculto.

Con esta credibilidad como garantía, los medios de comunicación actúan sobre la opinión pública como:

Conformadores de conciencias, porque la gente se forma su opinión de las cosas a partir de la información que recibe.

Orientadores de conductas, porque depende de la información que reciba, el receptor se verá impelido a actuar de una o de otra forma. O a no actuar, que a veces es el objetivo subyacente de muchas estrategias.

Deformadores de la realidad, puesto que presentan al espectador un retazo distorsionado de la realidad y pretenden hacerle creer que lo que percibe es toda la realidad, tal cual es.

Los medios de comunicación actúan además sobre poblaciones desinformadas, cuando no mal informadas, de modo que normalmente su acción sirve para REMACHAR, JUSTIFICAR y LEGITIMAR perjuicios ya existentes. No olvidemos que la mayor parte de los medios de comunicación tratan la información como una mercancía que ofrecer al mercado. Sólo este hecho ex-

plica la existencia de medios de comunicación totalmente amarillos o sensacionalistas.

Ocurre, sin embargo, que las reglas de la competencia y el mercado, que rigen prioritariamente para los medios sensacionalistas, afecta también a los medios que se reclaman «serios». Es interesante comprobar cómo la aparición de medios semi-sensacionalistas en España modificó inmediatamente los contenidos de los medios denominados «serios». Esto ocurre porque los medios de comunicación constituyen un sistema integrado, un conjunto de interdependencias.

LA COMPETENCIA POR EL ESPACIO

A ello hay que añadir que los medios de comunicación en su conjunto son cada vez más universales, de modo que con el mismo espacio informativo han de cubrir cada vez un territorio mayor. Hoy el territorio informativo es TODO el mundo, en el sentido más literal del término. Lo que ocurre hoy en cualquier otra ciudad española, habrá de pugnar con lo que sucede en cualquier otra ciudad remota del mundo para merecer el privilegio de ocupar el limitado espacio informativo de siempre.

Al crecer el territorio informativo, crece la competencia por el espacio de cada día. Y se impone, necesariamente, una selección. Las propias características de los medios determinan ya qué criterios se seguirán. Ganarán la batalla por el espacio aquellas noticias que presentan mayor ESPECTACULARIDAD general, aunque sucedan en el lugar más remoto y no afecten a casi nadie. O aquellas que tengan mayor capacidad de IMPACTO INDIVIDUAL, las que por su componente sentimental o emotivo, o a veces también por su morbosidad, sean capaces de llamar la atención del pobre receptor, que por

otra parte se encuentra materialmente sumergido en un marasmo de noticias. Y como la presión informativa sobre el receptor crece constantemente, no sólo por la competencia entre los distintos medios, sino también por la voluntad totalizadora de los medios en su conjunto, cada vez se necesitan mayores dosis de espectacularidad o impacto individual para conseguir un momento de su atención. La televisión es el broche de este proceso comunicacional. Raro es el «Telediario» que no nos obsequia con una imagen espeluznante: la persona que se arroja desde un décimo piso, el asesinato en directo de un industrial japonés. Asesinatos como éste ocurren cada instante. La diferencia es que éste ha sido cometido en presencia de una cámara, y por eso, esa imagen, que de otro modo hubiera pasado inadvertida, recorrerá todo el mundo filmado. La noticia es, pues, la imagen, no el suceso.

Parece una caricatura, pero no lo es a efectos de comunicación de masas. El que considere que se escapa de este esquema es porque no es un espectador, sino un receptor crítico, distanciado y cualificado. Y éstos no son, precisamente, los destinatarios de la industria de las conciencias. Y habría que ver también si realmente se escapa.

CONVERTIR LA REALIDAD EN UN ESPECTACULO

Simplificando, todo este proceso conduce a una consecuencia: la creciente teatralización de la realidad, hasta el punto de convertirla en un espectáculo de consumo. Como dice Furio Colombo en su libro «TV: la realidad como espectáculo», se pasa de la ficción a la realidad sin solución de continuidad. Los reportajes informativos como el «Vivir cada día» adoptan la técnica del cine y el cine adopta la del do-

cumental. Ej., cuando el «Vaquilla» fue detenido en Barcelona, hace unos meses, TVE ofreció la noticia en su informativo del mediodía con imágenes de la película «Perros callejeros» que el conocido delincuente había protagonizado. TV3 emitió, en pleno «boom» de los trasplantes, una película sobre la implantación de un corazón artificial a una niña. A pesar de que antes de emitirla se advirtió a los espectadores que era una ficción, muchos creyeron que se trataba de un espacio documental que reproduciría un suceso real.

La clave del proceso comunicacional es la espectacularidad y los medios de comunicación se convierten, de alguna forma, en actores del espectáculo, y los receptores, en simples espectadores.

Como dice Furio Colombo, se pasa de la democracia participativa a la democracia visiva, de la participación representativa a la participación por delegación. Los líderes ya no tienen pueblo ni territorio, son líderes telemáticos. Y, en el anverso de esta compleja situación, los protagonistas reales de la realidad han de recurrir cada vez más a las técnicas de la teatralización para conseguir llamar la atención de los medios de comunicación y lograr una pequeña porción de ese bien tan apreciado que es el espacio informativo. Se han de disfrazar de espectáculo. De modo que cuando una organización no puede movilizar a cientos de miles, millones de personas en la calle, única garantía de merecer la atención de los medios de comunicación, entonces han de entrar en el juego diabólico de la espectacularidad, y esos protagonistas se ven impelidos a colgarse de un cable, andar con las manos o vestirse de indio para llamar la atención. Este es el origen de que las manifestaciones ecologistas, ahora bastante nutridas, tengan tanta afición al esperpento. No es casualidad, tampoco, que en las manifestaciones de los gays, como

las de cualquier otro movimiento más o menos marginal, haya tanta teatralidad. Con lo que, sin darse cuenta, lo que se está haciendo es dar más variedad a la función. La función que orquestan los medios de comunicación. Si alguien cree que esto que estoy ex-

plicando es exagerado, se engaña. Es, seguramente, una explicación deliberadamente caricaturizada, porque la distorsión está tan inmiscuida en la vida cotidiana que es difícil ser consciente de ella.

Documentación

La política judicial en materia de drogas en Holanda

Coloquio franco-holandés sobre la lucha contra la toxicomanía organizado por el Instituto neerlandés el 10 de mayo de 1985 en París.

PARA comprender bien la idea fundamental de la política judicial en materia de drogas en Holanda, hay que tener en cuenta dos características específicas:

1. la distinción que hace la ley entre las drogas que presentan un riesgo inaceptable y las demás drogas; y

2. el principio de oportunidad aplicado por el Ministerio fiscal en el derecho penal.

- 1.

La antigua Ley del Opio de 1928 no establecía diferencia alguna entre las distintas categorías de estupefacientes, y la posesión, la fabricación, el tráfico y la importación o la exportación de droga eran castigados con una pena de cárcel de cuatro años o más o con una multa de veinte mil florines o más. Al imponer la pena, el juez tal vez aplicase criterios diferentes según se tratase de la posesión de una pequeña cantidad de droga para consumo personal o de tráfico de droga a gran escala, pero para la ley no se establecía diferencia alguna.

Hasta principios de los años 70 no había prácticamente problemas de toxicomanía. Con excepción de algunos morfínomanos que se encontraban sobre todo en los ambientes médicos, y

algunos chinos opiómanos que formaban parte de la comunidad china tradicional de Amsterdam, no se planteaba ningún problema de consumo alarmante de estupefacientes en los Holanda. Los excesos se manifestaban principalmente en los campos de alcohol y de los somníferos. Después, la ola de heroína procedente de los Estados Unidos llegó a Holanda y esa misma comunidad china de Amsterdam jugó el papel de proveedor de droga. Como Amsterdam se convirtió al mismo tiempo en el punto de encuentro de jóvenes marginados procedentes de todos los países de Europa occidental —que se caracterizaban por el rechazo de la autoridad establecida, por el consumo del cánnabis asociado al movimiento «hippie» y «flower-power» y por las manifestaciones contra la guerra de Vietnam— se creó, bastante súbitamente, un grupo bastante heterogéneo de jóvenes consumidores de droga, entre los cuales circulaba todo tipo de drogas, en una subcultura de ilegalidad con fuerte atractivo para muchos jóvenes.

Durante esos primeros años, se pusieron de manifiesto unos cuantos hechos:

— el efecto de drogas como la heroína, las anfetaminas, el LSD (y sólo más tarde, la cocaína) era mucho más

nocivo que el de los productos del cánnabis (hachís y marihuana);

— el hecho de penalizar a los consumidores (persiguiéndolos primero y castigándolos después severamente) raramente lograba el objetivo deseado, a saber: detener el consumo de drogas;

— por otra parte, habida cuenta de los enormes márgenes de beneficio, la amenaza penal no era suficiente para disuadir a los grandes traficantes de drogas.

Consecuentemente, la ley holandesa sobre el opio se modificó completamente en 1976. La nueva ley establece una distinción entre las drogas que presentan un riesgo inaceptable, que figuran en la lista I aneja a esta ley, y las demás drogas, es decir, únicamente los productos del cánnabis, que figuran en la lista II. Para ambas categorías, la ley establece además una distinción entre el hecho de importar y de exportar deliberadamente, el hecho de fabricar, transformar, vender y transportar deliberadamente, y el hecho de poseer deliberadamente drogas. En este último caso, todavía se prevé una distinción según sean las cantidades de droga que se posean para consumo personal. Para expresar esta distinción, utilizamos en el lenguaje común los términos de «droga dura» y «droga blanda». La importación y la exportación de droga dura se castiga con una pena de cárcel de doce años y/o con una multa de 250.000 florines; el tráfico nacional y la producción de droga se castigan con ocho años de cárcel y/o con multa de 100.000 florines; la posesión deliberada conlleva una pena de cuatro años de cárcel y/o multa de 50.000 florines, mientras que la posesión de una pequeña cantidad de droga dura destinada a consumo personal puede castigarse con una pena de un año de cárcel o con una multa de 20.000 florines. Por regla general, los jueces han definido

el concepto de «pequeña cantidad» la que se sitúa entre medio gramo y un gramo como máximo.

Por lo que respecta a las drogas blandas, la importación y la exportación se castigan con penas de cuatro años de cárcel y/o con multa de 50.000 florines, y el tráfico nacional, así como la posesión, con dos años de cárcel y/o con una multa de 20.000 florines. Cabe destacar que la posesión de una pequeña cantidad de droga blanda (según la ley, 30 gramos máximo) sólo se castiga con un mes de detención o con una multa de 10.000 florines y que este acto es el único calificado de infracción y no de delito. En su momento, hubo incluso una corriente política bastante importante que quería legalizar los productos del cánnabis. Pero la convicción de que era preciso reconocer a los productos del cannabis cierto efecto nocivo para la salud pública y el deseo de seguir participando en la Convención única sobre estupefacientes de 1961, concertada en Nueva York, finalmente predominaron en el Parlamento.

El objetivo de la nueva ley es claro: castigar con mayor severidad a los traficantes de drogas duras, evitar la instrucción de causa penal contra los jóvenes consumidores (con frecuencia ocasionales), con las consecuencias que ello implica para su situación en el mercado del empleo, y tratar de establecer una separación entre el circuito de las drogas duras y el de las drogas blandas.

2.

En Holanda, el fiscal de la Reina tiene el derecho de renunciar a las actuaciones penales «por motivos de interés general». Así pues, el Ministerio fiscal puede decidir no entablar acciones penales, o hacerlo menos intensivamente, para determinadas causas o catego-

rías de causas penales. El ministro de Justicia es políticamente responsable de las decisiones del Ministerio público, lo cual permite el control parlamentario. La ley prevé asimismo que la víctima de un delito pueda presentar ante el Tribunal de apelación una denuncia porque el procurador de la Reina no haya entablado acciones penales para el caso en cuestión. En ese caso, el Tribunal puede dar orden de iniciar las acciones penales. Pero apenas se hace uso de esta posibilidad.

En la práctica, sucede lo siguiente: en lugar de iniciar acciones penales, a menos que existan razones para no hacerlo, como ocurría antaño, el principio actual consiste en no entablar acciones penales, salvo si lo requiere el interés general. Es evidente que se persiguen los delitos graves con prioridad a las faltas menores. Dado que la policía, el Ministerio público y la Magistratura no tienen suficiente personal para entablar indagaciones y acciones para todos los actos punibles, el principio de oportunidad permite establecer prioridades. Esta misión se confía, en general, a los cinco fiscales generales, y a escala local, de distrito, pueden aportarse modificaciones en función de las circunstancias locales. De esta manera se puede lograr cierta armonización de la política relativa a las indagaciones y a las acciones penales en el conjunto del país, promulgando directrices aplicables a determinadas categorías de delitos. Ese fue el caso de la conducción en estado de ebriedad, de la ley relativa a las armas de fuego, del fraude consistente en obtener ilegalmente un subsidio de desempleo, de las emisoras clandestinas y, en 1976, de la ley sobre el opio.

Las directrices se refieren en general a los puntos siguientes:

1. las prioridades para las investigaciones;

2. la aplicación o no de la detención preventiva;

3. las modalidades de resolución del caso por el Ministerio público (archivo definitivo, renuncia condicional a las acciones, multa, transacción de multa o citación) y

4. las penas a pedir por el tribunal competente.

De conformidad con lo dispuesto en la ley relativa a la publicidad de los actos de Administración pública, las directrices son publicadas y, por consiguiente, puestas en conocimiento de todos.

Las directrices relativas a la ley sobre el opio indican que se concede prioridad absoluta de investigación a los hechos relacionados con drogas duras que no sean para consumo personal, es decir, en primer lugar, la importación y la exportación de dichas drogas y, en segundo lugar, el tráfico interior. La segunda prioridad concierne a la importación y la exportación de drogas blandas, y luego el tráfico interior de dichas drogas. El consumo de drogas blandas es objeto de la menor prioridad. Estas directrices indican además cuáles son las penas mínimas que debe solicitar el fiscal de la Reina (la ley holandesa sólo indica un mínimo general de un solo día) y en qué caso hay que aplicar la detención preventiva. La cantidad de droga dura para consumo personal se ha fijado en 1/2 gramo o en una dosis de LSD.

Es interesante comprobar que estas directrices introducen el concepto muy controvertido de proveedor doméstico de cánnabis. Un proveedor doméstico es una persona que vende productos derivados del cánnabis en un centro juvenil, que goza de la confianza del equipo de dirección de dicho centro (del que a menudo forman parte los jóve-

nes) y que sólo puede suministrar droga a los clientes habituales. Siempre y cuando dicho proveedor no haga pública ostentación de la venta ni la provoque de algún otro modo, la policía y la justicia lo toleran aunque está cometiendo actos punibles. Pero si el proveedor da una lamentable publicidad a estas prácticas —como ocurrió en el caso bien conocido de Enschede— el Ministerio público interviene con el fin de evitar cualquier efecto de magnetismo en otros jóvenes. Este ejemplo pone de manifiesto de qué modo las directrices de la política relativa a las investigaciones y a las acciones penales pueden matizarse y realizar así las intenciones del legislador. En efecto, el objetivo era doble: por un lado, desmitificar un poco el consumo del cannabis haciéndolo menos atractivo para los consumidores potenciales y, por otro lado, impedir que ciertos grupos de jóvenes vulnerables —que son difícilmente accesibles y a menudo se rebelan contra la sociedad y sus padres (con frecuencia concurre el consumo del alcohol)— entren en contacto con las drogas duras, aún más nocivas y más generadoras de dependencia, separando de este modo artificial el mercado de las drogas duras y el de las drogas blandas.

Este doble objetivo ha llevado a Holanda a un resultado tangible: el porcentaje de consumidores habituales de cannabis con edades entre 13 y 25 años ha disminuido en diez años, pasando del 15% al 2%, y casi todos los centros juveniles que tienen un proveedor doméstico cierran categóricamente sus puertas a las drogas duras y a los toxicómanos que tienen dependencia de ellas.

Las evoluciones recientes

Tras la entrada en vigor, en 1976, de la nueva ley, se han infligido penas

muy fuertes según las normas holandesas a los traficantes de drogas. Ya no son excepcionales penas de 10, 11 y 12 años. La capacidad total de los establecimientos penitenciarios está ocupada al 40% por traficantes de drogas, lo que ha contribuido a la escasez de plazas carcelarias que existe actualmente en Holanda.

La evolución en lo que respecta a la cocaína es inquietante; en las investigaciones, se concede tanta atención a esta droga como a la heroína. Con miras a la cooperación internacional, se han instalado agentes de enlace en varios países de producción y de tránsito.

Como hemos comprobado que los organizadores del tráfico de drogas eluden los peligros y que los enormes beneficios de este tráfico permanecen intactos, hemos tomado las medidas siguientes:

- Se ha aumentado la multa que penaliza la importación de drogas duras; actualmente se cifra en 1 millón de florines.

- En virtud de una reciente disposición legal, el juez está autorizado a confiscar a los condenados el beneficio que les haya producido el delito.

- Cada vez se solicita con más frecuencia a las autoridades fiscales que intervengan cuando se descubran bienes suntuarios en los domicilios de traficantes de drogas.

- Un nuevo proyecto de ley —actualmente en estudio en el Parlamento— prevé castigar cualquier acto que prepare la criminalidad en materia de droga y ampliar el poder jurisdiccional del juez holandés a toda persona que, en cualquier lugar del mundo, esté implicada en cualquier forma de criminalidad en materia de droga que esté orientada hacia Holanda.

Se trata, pues, de dos disposiciones bastante únicas en el derecho penal holandés que tienen como objetivo alcanzar a los «peces gordos» y que demuestran hasta qué punto el Gobierno holandés se toma en serio el problema de la droga.

— Se ha propuesto al Parlamento que ratifique el protocolo que modifica (1972) la convención única sobre estupefacientes.

— Se ha puesto un gran empeño en intensificar la cooperación dentro del grupo Pompidou del Consejo de Europa. En el terreno penal, nuestra principal preocupación consiste en incrementar las posibilidades de congelar, incautar y confiscar, también en otros países, las enormes ganancias procedentes del tráfico de drogas, ya que estamos convencidos de que, en definitiva, sólo la supresión de las ventajas financieras puede conseguir que el tráfico de drogas sea menos atractivo de

lo que lo es actualmente. La supresión de barreras jurídicas internacionales goza, en este aspecto, de absoluta prioridad.

Señoras y señores: les acabo de ofrecer una breve panorámica de la política judicial en Holanda en materia de estupefacientes. Espero haberles convencido de que se trata de una política inteligente y no de una política de «laisserfaire». Tengan la seguridad de que la voluntad de atacar los problemas de la droga y sobre todo del tráfico —aunque las formas de esta acción tal vez no cuenten con la plena y total adhesión de todos ustedes— está en el centro del interés en Holanda y forma parte de las prioridades absolutas de la policía y del Ministerio público.

En el breve espacio de tiempo que me ha sido concedido, espero haberles dado suficiente materia de reflexión y estoy convencido de que ésta será fructífera.

Doctor P. A. Roorda

Asesor en materia de toxicomanía del Ministerio de Justicia

Organización de los sistemas sanitarios y sociales de ayuda a los toxicómanos en Holanda

Coloquio franco-holandés sobre la lucha contra la toxicomanía organizado por el Instituto neerlandés el 10 de mayo de 1985 en París.

HOLANDA tiene 14 millones y medio de habitantes, de los cuales 15 a 20.000 son heroínómanos.

Durante los primeros años del consumo de heroína, en 1972-1976, los heroínómanos se encontraban sobre todo en las tres grandes ciudades holandesas: Amsterdam, Rotterdam y La Haya. Durante ese período, su número aumentó rápidamente. Posteriormente, los problemas se han extendido al conjunto del territorio. Hoy en día, prácticamente no hay pequeña ciudad o pueblo grande que no conozca alguna «escena» de toxicomanía. En estos últimos tiempos, el crecimiento del número de toxicómanos parece haber disminuido. El consumo de heroína se ha estabilizado poco a poco. Además de la heroína, que parece ser la droga preferida por la mayoría de los toxicómanos, las anfetaminas se consumían en gran cantidad al principio de los 70. Posteriormente, este consumo se ha reducido mucho.

Hoy en día asistimos a un importante ascenso de la cocaína. A menudo se utiliza en combinación con la heroína, pero cada vez también con más frecuencia como droga principal. El incremento del consumo de cocaína susci-

ta una creciente inquietud. Es cierto que la cocaína es una droga que, consumida con moderación, no plantea excesivos problemas, pero que, en caso de exceso, conlleva peligros en dos aspectos: complicaciones psiquiátricas y criminalidad agresiva.

El consumo de cánnabis está ampliamente extendido, pero raramente se producen excesos que conduzcan a problemas médicos, lo que no significa que no haya que tomar en serio el cánnabis como droga.

El consumo y el abuso del alcohol ha aumentado sensiblemente durante los últimos años, sobre todo entre los jóvenes. La dependencia del alcohol a una edad temprana puede presentar, en sus consecuencias psíquicas y sociales, grandes similitudes con la dependencia de la heroína. También se produce el paso de una dependencia a la otra, lo que a veces permite reunir en un único centro el tratamiento de diferentes formas de dependencia.

En Holanda, la organización de la ayuda a los toxicómanos se caracteriza por la diversidad y la complejidad. A grandes rasgos, podemos señalar cuatro orígenes, a saber: la justicia, los municipios, los hospitales psiquiátricos y la iniciativa privada.

La Justicia

Cabe destacar el importante papel que ha jugado la Justicia en la evolución de la ayuda a los toxicómanos. Siempre ha existido una estrecha relación entre la Justicia y los problemas del alcoholismo, ya que el alcohol juega un papel importante en la criminalidad o en la incitación a cometer delitos.

La relación entre exceso en la bebida y delito plantea grandes problemas a la magistratura cuando ésta debe enjuiciar una causa en la que el delincuente es además un alcohólico. Esto explica que la magistratura haya solicitado la creación de estructuras de consulta a cargo de especialistas de la ayuda, así como posibilidades de tratamiento de los delincuentes alcohólicos. Así pues, existe en cada distrito un instituto de rehabilitación subvencionado por el Ministerio de Justicia y destinado exclusivamente a los alcohólicos. Al hacer su aparición la heroínomanía, era lógico que esos institutos se hicieran también cargo de esta nueva categoría de drogados. Desde entonces, esos institutos se denominan «Centros de Consulta y de Ayuda de Alcohólicos y Toxicómanos» (*Consultatiebureaus voor alcohol en drugs-CAD*).

Los Centros de consulta y de ayuda a alcohólicos y toxicómanos

Estos Centros que, en su origen, eran pequeños institutos que contaban únicamente con algunos miembros, se han convertido, en 10 ó 15 años, en grandes empresas que emplean de 80 a 400 personas y que cuentan con «antenas» en otras ciudades y pueblos. Actualmente existen más de 60 Centros repartidos en el conjunto del territorio. En Holanda son pocas las localidades en las que una persona que tenga problemas con el alcohol y las drogas deba desplazarse más de 20 km. para asistir al centro de consulta más próxi-

mo. Esta distribución equidistante en el conjunto del territorio es la consecuencia directa del origen judicial de los centros de consulta.

Pero, evidentemente, la toxicomanía no depende, en primer lugar, de la responsabilidad de la justicia. El hecho de que exista una estrecha relación entre la criminalidad y la toxicomanía no es óbice para que la mayor parte de la ayuda a los toxicómanos se lleve a cabo en lugares en los que la justicia no tiene nada que ver. Cada vez resultó más evidente que esta ayuda debía ser competencia del Ministerio de Sanidad. Tras largas negociaciones, se elaboró una estructura en virtud de la cual el Ministerio de Sanidad es responsable de los centros de consulta que conservan su misión con respecto a la Justicia. Dichos centros de consulta están subvencionados al 60% por el Ministerio de Sanidad y al 40% por el de Justicia.

En principio, era una solución maravillosa que garantizaba plenamente la continuidad de la ayuda, y ello independientemente de que los toxicómanos tuvieran o no cuentas con la justicia.

Naturalmente, se han producido tensiones a propósito de la combinación de las tareas, es decir, como especialistas de la ayuda y como colaboradores de la justicia. Estos problemas se han resuelto, en parte, encargando diferentes misiones a diferentes personas, pero la razón principal de la buena colaboración actual es que los magistrados y los especialistas de la ayuda se dan cuenta de que están actuando —mucho más de lo que habían pensado inicialmente— con la misma finalidad en beneficio de los mismos clientes. Aunque la estructura inicial está actualmente algo amenazada por las restricciones presupuestarias, esperamos que esta combinación de ayuda y de rehabilitación única en su género se mantenga a pesar de todo.

Todos los centros de consulta y de ayuda a los alcohólicos y toxicómanos tienen, en principio, la misma misión. Sólo difiere la ejecución en función de la situación local. En las grandes ciudades, los centros de consulta tienen una gran variedad de institutos especializados que a veces son bastante autónomos y ofrecen una amplia gama de posibilidades de tratamiento.

Los centros de menor dimensión tienen una estructura más sencilla. La mayoría disponen de servicios especializados para los alcohólicos y toxicómanos, que están separados tanto en lo que respecta a los locales como al personal.

Los municipios

En Holanda tratamos por todos los medios de descentralizar los servicios de acción sanitaria. Actualmente, las alcaldías vienen obligadas a organizar en sus municipios las estructuras de ayuda a los toxicómanos. Las consecuencias son de dos tipos: la política seguida en los distintos municipios no es uniforme y la distribución de especialistas entre los grandes y los pequeños municipios tiende a ser desigual, lo que conduce a la desigualdad de la calidad de los planes de ayuda. Por el contrario, la descentralización ofrece la ventaja de que la ayuda municipal puede adaptarse mejor a las circunstancias locales que si estuviese centralizada. Pero, en particular las grandes ciudades, tienen a veces alguna dificultad en darse cuenta de que las medidas que proponen tienen repercusiones en el resto del país. El suministro regular de la heroína, propuesto por la alcaldía de Amsterdam pero rechazado por el Gobierno, es un ejemplo que ha hecho correr mucha tinta.

Los municipios ofrecen posibilidades de ayuda muy diversas, sobre todo en el campo de la ayuda ambulatoria. Los servicios municipales de acción médi-

co-social juegan un papel importante, pero existen también institutos que se ocupan principalmente de los aspectos sociales de la ayuda a los toxicómanos, así como de su reintegración en la sociedad y de su alojamiento.

La iniciativa privada

En todo el país existen instituciones privadas activas a nivel local o nacional; en general se ocupan principalmente de los aspectos sociales. Muchas de ellas son muy abiertas, lo que significa que los toxicómanos no tienen reparos en recurrir a sus servicios. Existen asimismo instituciones que se dirigen a determinadas categorías de clientes, tales como minorías étnicas o que tienen todo un programa determinado por una religión.

Estas instituciones están subvencionadas por los poderes públicos, pero la subvención corre a cargo del municipio o del Estado, según el tipo de trabajo y el campo de acción de dichas instituciones.

Los hospitales psiquiátricos

Hasta ahora, siempre ha sido la psiquiatría la que se ha encargado de los toxicómanos. Esto explica que la primera carga del problema de la toxicomanía la hayan soportado los psiquiatras, tanto en Holanda como en la mayoría de los demás países. Pero muy pronto resultó evidente que las estructuras psiquiátricas normales eran inadecuadas para el tratamiento a gran escala de los toxicómanos. Esta es la razón por la que varios centros psiquiátricos han creado comunidades terapéuticas que, desde el punto de vista de la organización, forman parte de dichos centros, pero tienen una existencia en gran parte autónoma. Sólo en caso de graves trastornos psiquiátricos se admite al toxicómano en un verdadero hospital psiquiátrico.

Tras este breve esbozo de la estructura externa de la organización de la ayuda, me gustaría pasar a presentarles a ustedes la estructura interna. Es más interesante saber lo que hacen los encargados de la asistencia que saber cómo están organizados. Pero ante todo querría hablarles de la filosofía que ha adoptado Holanda en materia de ayuda a los toxicómanos que, en mi opinión, difiere en algunos aspectos de la filosofía francesa.

No hay divergencia de opinión en cuanto al hecho de que los toxicómanos difieren entre sí de manera notable. Difieren, por ejemplo, en la edad, en el tipo de droga y el tiempo que llevan consumiéndola, en la situación social y étnica y en el estado psíquico. El orden en que enumero estos factores no es casual; se debe a que en Holanda tendemos a atribuir mayor importancia a los aspectos sociales que a los aspectos psicológicos del consumo de drogas. En Francia —en mi opinión— ocurre más bien al contrario. El imponer, por decirlo de algún modo, la ayuda a grupos que la necesitan, está en la tradición holandesa. Cuando la sociedad considera que es preciso ayudar, piensa también que aquellos a los que se trata de asistir están más o menos obligados a aceptar la ayuda que se pone a su disposición. Se pasa a la sociedad, como quien dice, por una criba para saber dónde más se puede intervenir. Al menos en el aspecto político y colectivo. Tomados individualmente, los holandeses no son ni más ni menos serviciales que los demás ciudadanos del mundo; pero la colectividad pone el máximo empeño en alcanzar lo inaccesible. Es un punto de vista que tiene sus aspectos simpáticos, pero que también puede conducir a un quijotismo ineficaz. En Holanda tenemos tendencia a proteger a un vagabundo —lo quiera o no— de su propio modo de vida. En Francia adoptan, me pare-

ce a mí, una actitud más realista y menos paternalista.

Nosotros nos dimos cuenta rápidamente —tanto en la práctica como en la política— de que, para una población tan variada de consumidores de drogas y de toxicómanos, era imposible aplicar un único método asistencial, sino que era preciso prever una gran variedad de tratamientos. ¿Qué variedad de tratamientos y en qué proporción? Tuvimos que averiguarlo experimentando altos y bajos. Felizmente, las leyes en nuestro país están concebidas de tal suerte que dejan gran libertad de acción a los especialistas de la ayuda. Esto ha permitido examinar a fondo las posibilidades de tratamiento y de ayuda, siendo la norma la responsabilidad profesional de los encargados de la asistencia. Inicialmente, se produjo una fuerte controversia entre los distintos métodos de tratamiento que culminó en manifestaciones callejeras con pancartas, en las que se oponían los partidarios de las comunidades terapéuticas a los partidarios del suministro de metadona. Afortunadamente, esta querrela se ha apaciguado.

Ya hace tiempo que se ha impuesto la idea de que existe una indicación terapéutica para innumerables métodos. Ahora nos damos cuenta de que la selección, con y para el paciente, del método de tratamiento más indicado para él en ese momento, es el factor primordial que tenemos que dominar. Y en este aspecto tenemos aún mucho que aprender.

La variedad de métodos es amplia: desde la psicoterapia intensiva hasta el suministro de morfina, desde el suministro de metadona hasta la comunidad terapéutica creada por la Fundación Synanon; se ha probado todo. Las dificultades iniciales de la mayoría de los métodos han sido múltiples y a veces graves, pero ahora ya se han superado en buena parte.

A grandes rasgos, se puede decir que existen dos orientaciones principales de la ayuda: los métodos centrados en el tratamiento de la toxicomanía y los métodos que no pretenden suprimir la toxicomanía, sino que la aceptan como un hecho y se limitan a proporcionar cuidados al toxicómano tal como está.

Para definir estas orientaciones, se emplean en inglés los términos «cure» o «care»; pero también existen métodos que se pueden considerar como formas transitorias.

En conjunto, la cooperación entre las distintas formas de cuidados es relativamente buena. Esto es importante, ya que, naturalmente, no es raro que un toxicómano pase de una forma de cuidados a otra. Nosotros nos esforzamos en armonizar las formas locales de ayuda, un circuito que está preparado para todas las eventualidades y que, una vez concertadas todas las partes, trata de proporcionar los mejores cuidados posibles.

El grupo principal de pacientes incluye a aquéllos que reciben la ayuda ambulatoria de los centros de consulta sin seguir un tratamiento medicamentoso y aquellos que siguen uno de los programas de mantenimiento con suministro de metadona.

Para algunos, la ayuda ambulatoria es suficiente por sí sola, pero para otros muchos no es sino la antecámara de un tratamiento más intensivo, generalmente una terapia en las estructuras residenciales. En esta antesala, algunos permanecen poco tiempo y otros mucho más. Un número no despreciable no ve de momento la posibilidad de avanzar. Para estas personas, el programa de mantenimiento con suministro de metadona resulta a menudo la mejor, o al menos la menos mala de las soluciones. La utilidad de la ayuda ambulatoria es doble: por un lado, permite la concesión de una ayuda social, por ejemplo, para vivienda y el

pago de un subsidio y, por otro lado, el contacto con las personas encargadas de los tratamientos, que son generalmente asistentes sociales, brinda a los toxicómanos la ocasión de obtener información sobre las posibilidades de tratamiento médico y dental, así como sobre la ayuda centrada en la lucha contra la toxicomanía.

El hecho de que los centros de consulta sean considerados institutos de ayuda postpenal presenta una ventaja incontestable: en caso de conflicto con la justicia, los contactos entre el personal de asistencia y el toxicómano pueden proseguir sin problemas después del arresto o durante la detención de éste. Por consiguiente, pocos son los toxicómanos que, durante su encarcelamiento, no están en contacto con un servicio de ayuda.

La metadona

La metadona es una de las diferencias principales entre el enfoque francés y el holandés de la toxicomanía. Al igual que los Estados Unidos, Holanda empezó muy pronto a suministrar metadona. La primera publicación a este respecto apareció en Holanda en 1970, por lo tanto bastante antes de que la heroína hiciese su aparición, lo que no se produjo hasta después de 1972.

Desde el principio, el suministro de metadona fue un tema que suscitó un gran interés político. Además de estar animados con las mejores intenciones para hacer algo útil por los toxicómanos, muy pronto se sintió la necesidad —sobre todo las alcaldías de las grandes ciudades— de adoptar medidas para luchar contra las dificultades crecientes provocadas por los toxicómanos (junkies), debido sobre todo a su criminalidad. Fue el principio de un conflicto que aún resurge bajo múltiples formas.

Con el suministro de metadona se pueden lograr dos objetivos, que no

conviene confundir: el primer objetivo, el del personal encargado de la atención médica, es ayudar a los toxicómanos. El segundo objetivo, el de los poderes públicos, es proteger el orden público. Evidentemente, no hay objeción a que estos dos objetivos se persigan paralelamente, pero podría haberla si los encargados de la atención médica se convirtieran en instrumentos del municipio. ¿Se logran estos dos objetivos? Nadie lo sabe con exactitud. En mi opinión, el suministro de metadona ofrece tres ventajas muy claras: la reducción del riesgo para los toxicómanos de convertirse en vagabundos, cierta reducción de la criminalidad y una posibilidad de acercamiento entre los toxicómanos y los especialistas de la asistencia para que, llegado el momento, los toxicómanos puedan dirigirse fácilmente al servicio de ayuda. El hecho de que la metadona pueda servir también como medio terapéutico contra los fenómenos de la abstinencia es menos importante, ya que el tratamiento de la desintoxicación es muy posible de múltiples maneras y, contrariamente a lo que la publicidad nos quiere hacer creer, en realidad es el menos grave de los problemas.

La discusión en torno a la metadona ha emprendido un curioso derrotero. Tenemos escasos conocimientos científicos sobre el valor de las ventajas y de los inconvenientes de la metadona. Por consiguiente, en Europa, la discusión se alimenta fundamentalmente de argumentos afectivos y las emociones son tan intensas que bloquean cualquier verdadero intercambio de opiniones. ¿Se está a favor o en contra de la metadona? Es más un asunto de fe que de conocimiento. Los países que prohíben la metadona tienen una desventaja, y es que no han tenido la oportunidad de adquirir experiencias. Los Estados Unidos, que tomaron la iniciativa de los programas de metadona, publi-

caron en 1983 un extenso informe con sus investigaciones sobre la metadona. Las conclusiones indican que un programa de metadona correctamente aplicado tiene un efecto favorable: reduce la criminalidad de la toxicomanía, así como los fenómenos depresivos. No existen indicios de que el suministro de metadona tenga un efecto desfavorable sobre la toxicomanía en general, que haga aumentar el número de toxicómanos o que prolongue la duración media de la dependencia.

En Holanda, el número de programas de metadona ha ido aumentando progresivamente. En todos los lugares donde se ha instaurado este tipo de programa, se ha acogido esta iniciativa como un alivio, tanto por los toxicómanos como por el personal asistencial.

Los psiquiatras que se dedican a la psicoterapia intensiva de los toxicómanos opinan que ésta es poco o nada viable sin recurrir a la metadona. No tiene nada que ver con lo que se dice aquí, en Francia, pero es una experiencia que no se puede refutar. Se estima que alrededor de la cuarta parte de los heroinómanos participan regularmente en un programa de metadona. Existen tres tipos de programas más o menos separados: está primero el programa de desintoxicación que dura entre algunas semanas y algunos meses y que, además del suministro de metadona, consiste en guiar y preparar al toxicómano para llevar una vida sin droga o para que sea admitido en un centro terapéutico. Luego está el programa de suministro prolongado de metadona, que prevé un contacto terapéutico regular, por ejemplo, una vez por semana. Finalmente, está el programa de mantenimiento mediante metadona, en el que toda terapia tendente a suprimir la dependencia es, por el momento, ilusoria. Este último grupo de heroinómanos tiene la posibilidad de entrar en

contacto con los especialistas de la ayuda, pero no se les plantea ningún otro requisito. La solución más práctica para este grupo ha consistido en acondicionar autobuses desde los cuales se distribuye metadona a horas y en lugares fijos. Los toxicómanos se ven así obligados a cierta regularidad: si no están a la hora prevista, el autobús se va hacia otra dirección. Para un grupo muy reducido, que puede considerarse psicótico, la heroína es una forma de automedicación. En Amsterdam existe un proyecto experimental de distribución de morfina para algunas decenas de toxicómanos. No se conocen aún los resultados de este proyecto.

En combinación o no con los programas de metadona, existen institutos que se dedican principalmente a la reinserción social de los toxicómanos. Les ayudan a encontrar una vivienda y a elaborar programas de actividades. Los toxicómanos pueden así dedicarse a actividades que nunca han aprendido o cuya costumbre han perdido durante su existencia de drogados. Las experiencias son relativamente favorables. En los últimos tiempos se han llegado incluso a crear pequeñas empresas, económicamente rentables, que emplean a toxicómanos y ex toxicómanos que, mediante su trabajo, tratan de integrarse o reintegrarse en la sociedad.

Cabe mencionar una modalidad de cuidados que forma parte claramente de la categoría «care»: son los proyectos llamados de «salas de acogida». Los toxicómanos que siguen un programa de mantenimiento con metadona tienen así un techo donde cobijarse durante el día y pueden encontrar a otras personas. Suponen de alguna manera un alto en su existencia de drogados, un lugar donde también pueden hablar con especialistas de la ayuda. Este tipo de proyectos se destinan únicamente a los toxicómanos con los que todas las tentativas de superar la dependencia

han fracasado hasta el momento, a menudo porque presentan problemas psiquiátricos graves. La solución alternativa para este tipo de personas no es la curación, sino un tratamiento de larga duración en un hospital psiquiátrico.

El médico de cabecera

Existe una gran polémica en cuanto al lugar que debe ocupar el médico de cabecera en la asistencia a los toxicómanos. Por un lado, se alega, con razón, que el médico de cabecera no ha sido formado con ese fin y que el tratamiento de los toxicómanos —cuyo comportamiento es tan difícil— se combina mal con la rutina de una consulta médica; por otro lado, el médico de cabecera, al ser también el médico de la familia, a menudo está en condiciones, precisamente por ello, de ayudar y de aconsejar, no sólo al drogado sino a toda la familia, cuando aparecen los primeros síntomas de drogodependencia. También puede seguir ayudando al drogadicto fuera del circuito estigmatizador de la asistencia a los toxicómanos. Con determinados pacientes toxicómanos, el médico de cabecera —tal es la opinión actualmente— puede, si se siente capaz de ello, desempeñar un papel importante en el tratamiento, pero únicamente para sus propios pacientes que conoce bien. También puede recetarles metadona sin que ello plantee problemas insolubles. Para eso hay una doble condición: el médico de cabecera debe llevar un registro de sus pacientes toxicómanos e imponerles una serie de requisitos muy claros que éstos deben cumplir.

Las estructuras residenciales

En Holanda existen unos cincuenta centros de tratamiento para toxicómanos. Contamos con 18 centros de desintoxicación o de tratamiento de corta duración donde las estancias no

pueden superar un mes. Esos 18 centros disponen en total de 150 plazas. Están previstos treinta centros para un tratamiento de 3 a 18 meses, con una capacidad total de unas 500 plazas. Además, hay unas 250 plazas para tratamiento diurno. Estas cifras no incluyen las plazas para toxicómanos en los hospitales generales y las clínicas psiquiátricas.

La primera comunidad terapéutica se instaló siguiendo el ejemplo de la Fundación Synanon de Estados Unidos; pero pronto nos dimos cuenta de que los métodos rigurosos que se aplicaban en Synanon no eran ni aceptables ni necesarios en nuestro país. Progresivamente se fue desarrollando un estilo propio que muchas comunidades terapéuticas adoptaron y que, posteriormente, ellas mismas desarrollaron de modo autónomo. El método behaviorista ha experimentado un fuerte retroceso y ha sido en gran parte sustituido por el método que consiste en enseñar a los drogadictos a vivir sin droga y a asumir su propia responsabilidad.

Nosotros prestamos una gran atención a la post-cura, a la ruptura del vínculo con la comunidad terapéutica y a la reinserción social. También hacemos que los que conviven, familia o «partener», con el toxicómano, participen cada vez más en el tratamiento. Existen 10 establecimientos de 20 a 40 plazas y 20 residencias de menores dimensiones. Los grandes centros recurren mucho a la terapia de grupo, mientras que los pequeños aplican más una terapia más individual. Aunque todos difieren en los matices, es difícil hacer una mayor subdivisión de las distintas formas de terapia.

Se aplica un amplio abanico de técnicas psicoterapéuticas. En mi opinión, la aptitud del terapeuta es bastante más importante que la elección del método. De todas formas, los métodos es-

tán todavía en plena evolución. Existen buenos contactos entre los distintos centros de tratamiento; es alentador comprobar que cuando se producen debates las similitudes entre los centros son más importantes que las diferencias. La evolución más reciente en este aspecto es que se ha decidido organizar un cursillo común para los futuros directivos de las comunidades terapéuticas.

Las cárceles

Alrededor de 3.000 heroinómanos ingresan en prisión cada año. No es característico de los toxicómanos que su estancia en la cárcel pase inadvertida; por consiguiente, no es de extrañar que la administración penitenciaria se interese cada vez más por los problemas que plantean los toxicómanos. En 1978, el gobierno definió una política con respecto a los toxicómanos detenidos que aún está en vigor. A los toxicómanos no se les encarcela por el hecho de consumir drogas —únicamente es punible la posesión de droga—, sino exclusivamente por aquellos delitos por los que también se encarcela a los no drogadictos. El encarcelamiento con fines de tratamiento es rechazado por razones prácticas y de principio. Sin embargo, los detenidos que son drogadictos, reciben, en la medida de lo posible, asistencia médica. El verdadero tratamiento de la toxicomanía sólo se puede llevar a cabo en libertad. El encarcelamiento puede servir, a lo sumo, para preparar un tratamiento a la salida de la cárcel. Se suele intentar mantener o restablecer los contactos que existieran con personal asistencial antes de la detención del toxicómano. Es preciso una estrecha cooperación con la mayoría de las organizaciones que se ocupan de la ayuda a toxicómanos, sobre todo los centros de consulta y de asistencia. En los últimos años, es po-

sible admitir a un toxicómano en un centro terapéutico antes de que termine su período de encarcelamiento. La selección y la preparación para esta admisión requieren una gran cooperación entre todas las partes. El número de admisiones conseguidas es importante, no desde el punto de vista cuantitativo, sino desde el punto de vista cualitativo.

Inicialmente, el personal asistencial mostraba una gran reticencia a cooperar con la justicia, desconfianza que, por otra parte, era recíproca. Poco a poco comprendimos que trabajar todos juntos por el mismo objetivo con el mismo cliente era posible sin pisar el terreno del otro. Impulsar esta cooperación es una de mis misiones principales y me complace decir que, en tanto que representante de la justicia, tengo una buena acogida en el ámbito del personal asistencial.

Ultimamente, el problema de la droga en nuestro país está de nuevo en el centro de la publicidad. Se vuelve a oír hablar de tratamiento forzoso, dado que, supuestamente, la política que se ha venido aplicando hasta ahora no serviría de nada. Estos rumores proceden exclusivamente de círculos de no especialistas. Sería conveniente señalar que existe un malentendido, especialmente en la policía, que opina que el hecho de no obligar a un toxicómano a someterse a un tratamiento es una clemencia mal entendida que habría que suprimir. Pero la verdad es que no somos tan clementes. Lo que nos ha hecho renunciar es la convicción —adquirida con la experiencia— de que es inútil forzar y obligar. Si el encarcelamiento ayudase a curar la toxicomanía, lo hubiéramos hecho ciertamente e incluso obligatoriamente. Nuestra experiencia obligada con 3.000 toxicómanos encarcelados por año no deja lugar a ninguna duda sobre la inu-

tilidad de la obligación para prevenir la toxicomanía. Mi experiencia personal también demuestra que la cura de desintoxicación durante la detención sólo tiene sentido si es aceptada libremente por el detenido. Pero el libre consentimiento sólo puede existir si el toxicómano puede elegir la dosis de mantenimiento con metadona. Es interesante observar que menos del 10% de los toxicómanos detenidos optan por esta solución.

En conclusión, podemos decir que hemos aprendido mucho sobre la ayuda a toxicómanos en el transcurso de los quince últimos años, pero que aún nos queda mucho más por aprender. Las circunstancias políticas para actuar en este campo no son malas, sobre todo si se comparan con muchos otros países de Europa. Se nos reprocha una política demasiado tolerante, demasiado clemente. Incluso si este reproche —que se basa, en parte, en malentendidos— estuviera justificado, ello no demostraría que esta política es mejor o peor que una política más severa. Cada país tiene la política que merece, pero también aquella que él crea y que puede asimilar. Esta es la razón por la que una política no puede ser modificada en un abrir y cerrar de ojos.

Durante las próximas décadas, no parece que el problema de la droga pueda resolverse ni a escala nacional ni a escala internacional. Sin embargo, las previsiones relativas a los toxicómanos no son tan malas. El mérito no es exclusivo de los encargados de la asistencia médica, pero éstos cooperan no obstante de manera muy importante.

Quisiera, para terminar, rendir un homenaje a todos aquellos y aquellas que, en vuestro país y en el nuestro, se consagran en cuerpo y alma a esta dura tarea.

Miscelánea

Los grandes municipios del Mediterráneo Occidental ante la droga

Excmo. Ayuntamiento de Barcelona
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional
sobre Drogas

(Barcelona, 4, 5 y 6 de junio de 1986).

COMO fruto de la colaboración entre el Ayuntamiento de Barcelona y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se ha celebrado en aquella ciudad un encuentro de representantes y expertos en temas de drogadicción de diferentes ciudades del Mediterráneo Occidental.

La similitud de características geográficas, culturales y sociales de estas ciudades y el hecho de que los participantes fuesen, en su inmensa mayoría, técnicos que trabajan directamente en la problemática que presentan las drogodependencias, han propiciado que las Jornadas hayan tenido un carácter eminentemente práctico y participativo, a diferencia de otros acontecimientos de índole parecida en que la tónica habitual era el discurso magistral por parte de ponentes más o menos cualificados, con una recepción más bien pasiva por parte de los asistentes.

Las Jornadas de Barcelona, por el contrario, han seguido una metodología distinta, y así, mediante la formación de grupos de trabajo, se ha proce-

dido a una discusión y puesta en común de experiencias relativas a los siguientes aspectos: prevención, asistencia sanitaria, rehabilitación, reinserción social y seguridad ciudadana.

Las actividades desarrolladas por los grupos de trabajo fueron complementadas por dos sesiones plenarias, en las que intervinieron el *Dr. C. Goss*, de la Oficina Regional para Europa (Organización Mundial de la Salud), y el *Dr. Di Gennaro*, Director Ejecutivo del UNFDAC (Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del uso indebido de drogas), y por la celebración de tres mesas redondas dedicadas a «Prevención de las toxicomanías», «Los Medios de Comunicación ante las drogodependencias» y «El papel de las Instituciones de Auto-Ayuda y Voluntariado».

A continuación, presentamos el texto de la Declaración conjunta de los participantes en el encuentro, así como una síntesis de las conclusiones elaboradas por los distintos grupos de trabajo sobre los temas tratados en los mismos.

Declaración de los participantes en las jornadas

LAS ciudades del Mediterráneo Occidental, reunidas en Barcelona en junio de 1986 para poner en común las experiencias que de-

sarrollamos ante el problema de la drogodependencia, constatamos las similitudes que nos unen, tanto a nivel geográfico y cultural como a nivel social.

Las características del problema de la drogodependencia y del tráfico ilícito de drogas, que no tienen en consideración las barreras nacionales para su actividad ilegal, hacen necesario el aumento de la colaboración entre todas las instituciones que trabajan en la lucha contra este tráfico. Esta colaboración, que se ha establecido ya a varios niveles nacionales, debe extenderse también a la colaboración entre ciudades.

Las ciudades alientan a sus gobiernos nacionales al establecimiento de políticas coordinadas a todos los niveles. Se considera especialmente útil el avance en la homogeneización de los usos penales para evitar la movilidad internacional de los traficantes de droga y el establecimiento de acuerdos sobre la zona internacional común y sobre los puertos del Mediterráneo.

Las ciudades mediterráneas exponen la voluntad de ampliar el ámbito de sus actividades en la lucha contra las drogodependencias, y consideran que es necesario impulsar un debate cultural renovado, que anime a los grupos con riesgo del uso ilícito de drogas a rechazarlas, a la vez que la creación de aquellas iniciativas culturales que en nuestro ámbito se hagan necesarias.

El medio urbano, en sí mismo, no es causa del uso de drogas, aunque frecuentemente se concentren en los grandes núcleos urbanos el tráfico ilegal y el correspondiente consumo. Y desde el medio urbano debe incentivarse el debate participativo de la población para que aumente la cultura que rechaze sin ambigüedades el uso indebido de drogas.

En este sentido, se consideran altamente positivos los movimientos ciudadanos que en varias ciudades de nuestra área geográfica han reaccionado activamente contra el tráfico y consumo de estupefacientes.

Para afianzar estas realidades, alentamos a los gobiernos nacionales, y a la vez a los ciudadanos, para que participen en los programas de agencias nacionales e internacionales sobre la sustitución de los cultivos productores en las zonas geográficas más afectadas, y concretamente en aquellas con las que existen lazos históricos y culturales comunes. A este efecto, ofrecemos la experiencia y tradición de los cultivos agrícolas mediterráneos.

Se considera especialmente útil el avance en la coordinación de los trabajos de prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas en nuestras ciudades. En este sentido, proponemos la constitución de un grupo de trabajo que de forma periódica confronte las respectivas experiencias, elabore propuestas específicas de homogeneización en la metodología para el establecimiento de la prevalencia de la drogodependencia a fin de mejorar el nivel de información existente, potencie los intercambios de formación del personal técnico que trabaje tanto en el ámbito de la represión del tráfico como en la prevención, tratamiento y rehabilitación. Todo ello, para mejorar la colaboración con los organismos internacionales, concretamente con Naciones Unidas, Consejo de Europa, la CEE y Oficina Regional Europea de la OMS.

Las ciudades de Barcelona, Roma, Nápoles, Génova, Marsella, Montpellier, Palma de Mallorca y Valencia se comprometen a impulsar la creación de este grupo de trabajo mediante la firma de un acuerdo multilateral entre ellas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

Ante mensajes interesadamente ambiguos que se manifiestan sobre la peligrosidad de las drogas, y específicamente de la cocaína, las ciudades expresan su rechazo a este tipo de mensajes y se reafirman en la peligrosidad

intrínseca que comportan las drogas, y en especial la cocaína.

Las ciudades aquí reunidas aporta-

rán los trabajos realizados a la Asamblea General Extraordinaria de Naciones Unidas, a celebrar en el año 1987.

Conclusiones del grupo de trabajo sobre prevención

EL municipio ha de ser el núcleo de intervención en la prevención de las drogodependencias, con planteamientos globales y a partir de realidades socio-culturales afines que aglutinen conjuntos homogéneos de población. Su objetivo ha de ser reforzar los agentes socializadores, potenciando sus aspectos positivos y reduciendo los elementos negativos para la socialización.

La prevención debe realizarse a través de los modelos o mediadores sociales (escuela, familia, trabajo, tiempo libre, entidades, etc.) más próximos a la población, tanto profesionales como no profesionales. Para ello, es imprescindible contar con programas de formación para estos modelos o mediadores.

Al plantearse programas de prevención, es imprescindible la coordinación tanto intramunicipal como entre las distintas administraciones que intervienen en un determinado territorio.

El grupo de trabajo sobre Prevención ha planteado la implicación de la comunidad en la prevención de las drogodependencias, no como delegación de responsabilidades, sino como participación activa en los diferentes niveles de intervención. Es necesario profundizar en los criterios, canales y protagonismo de esta participación comunitaria.

La prevención que se lleva a cabo desde el municipio debe dirigirse a todas las drogas capaces de crear dependencia, sin olvidar aquellas que en nuestro medio mediterráneo son las mayores causas de problemas de salud y mortalidad, como el alcohol y el tabaco.

Es necesario incrementar y profundizar en el intercambio de experiencias, criterios y documentación entre las ciudades del Mediterráneo para enriquecer los propios programas y aportar elementos de reflexión conjunta.

Debe avanzarse en la elaboración de indicadores de evaluación de las necesidades, de los resultados y de la metodología en la prevención de las drogodependencias, además de los ya existentes (sanitarios, policiales, judiciales, etc.). Estos indicadores han de estar ligados a los objetivos generales y específicos en cada programa de prevención.

El grupo de trabajo de Prevención se ha planteado el papel que pueden jugar los medios de comunicación social en la prevención de las drogodependencias, viendo la necesidad de una mayor relación entre dichos medios y todos aquellos en que de una manera u otra incidan en la prevención de las toxicomanías.

Conclusiones del grupo de trabajo sobre asistencia sanitaria

PLANIFICACION ASISTENCIAL

Objetivos

1. Dar respuesta a la demanda existente en un intento por reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas al consumo de drogas. Para ello, es necesaria la realización de estudios de carácter epidemiológico que puedan definir el alcance y carácter de la demanda existente.
2. Debe hacerse un registro de todos aquellos recursos (institucionales y no-institucionales) existentes en la actualidad en un intento por mejorar la disponibilidad de tratamiento.
3. Potenciación y adecuación de los recursos primarios:
 - Las instalaciones de tratamiento deben estar vinculadas con componentes ya existentes de atención sanitaria o social (hospitales, ambulatorios, centros de salud, servicios sociales de base...).
 - Las instalaciones para tratamiento deben ubicarse en las zonas de mayor necesidad.
 - Los servicios de tratamiento deben ir acompañados de una disponibilidad proporcional de servicios de rehabilitación.
 - Debe realizarse un uso racional de las instalaciones, siendo de fácil acceso la línea de asistencia primaria.
4. La asignación de recursos debe estar en consonancia con la planificación enunciada, puesto que los servicios secundarios, aunque menos numerosos, son más costosos y debe existir una primera línea de atención. Una parte de la asignación de recursos debe des-

tinarse a evaluación de la eficacia y a la formación de profesionales y al estudio epidemiológico constante del fenómeno.

Los municipios deben disponer de la posibilidad de definir las áreas de salud y coordinar los servicios sociales y sanitarios de base.

ORGANIZACION DE SERVICIOS

El proceso terapéutico de atención a los pacientes toxicómanos se concibe como un «continua» en el que intervienen distintas etapas asistenciales. Este proceso debe necesariamente ser evaluado en términos de eficacia y eficiencia y ser sometido a control.

Para poder organizar estos servicios es indispensable la unificación de las distintas redes existentes en una única red pública, en el marco de la actual Ley de Sanidad.

Se propone la creación de un grupo técnico de estudio que articule todas aquellas medidas para llevar a cabo la organización de estos servicios.

En la organización de servicios se distinguen dos niveles.

1. Atención Primaria

Carácter: Sanitario y social. Multidisciplinario.

Objetivos: Toma de contacto con la población afectada. Diagnóstico precoz. Atención de urgencias sanitarias y sociales. Canalización hacia el nivel especializado. Protocolización y posible inicio de un proceso terapéutico definido. Coordinación en los demás niveles.

Recursos: Servicios Básicos de Salud. Servicios Básicos Sociales.

2. Atención Especializada

2.1. Etapa Secundaria

Carácter: Sanitario y/o social. Multidisciplinario.

Objetivos: Hospitalización por patología orgánica. Hospitalización por desintoxicación. Desarrollo del proceso terapéutico definido.

Recursos: Centros Específicos de Toxicomanías.

2.2. Etapa Terciaria

Carácter: Social.

Objetivos: Programas de Rehabilitación y Reinserción Social.

Recursos: Comunidades Terapéuti-

cas, Centros de Actividades, Talleres Protegidos...

En todo este proceso es indispensable la estrecha colaboración y jerarquización de todos los recursos existentes, para cada área de salud (según la Ley General de Sanidad), y hasta conseguir los objetivos descritos se recomienda la definición de un modelo asistencial; modelo que contenga todas las modalidades terapéuticas científicamente demostradas en base a los recursos disponibles.

Para la correcta organización y funcionamiento de estos servicios es imprescindible la formación de todos los profesionales implicados.

Conclusiones del grupo de trabajo sobre rehabilitación-reinserción

99

CENTRAMOS el tema de discusión en el tema derivado de la heroína y otras drogas ilegales, sin dejar de hacer mención a lo largo de las diversas exposiciones al tema del alcohol y tabaco.

Constatamos que el perfil del drogodependiente que acude a tratamiento de las diversas ciudades es un perfil muy similar: joven de 22 a 25 años de edad media, un 75% de varones y un 25% de mujeres. El patrón de consumo es de politoxicómano.

La mayoría de los municipios disponen de un programa municipal de actuación y/o coordinación de programas de prevención y rehabilitación-reinserción. Estos programas responden a una planificación o legislación a nivel supramunicipal.

Creemos que el municipio debe gestionar y/o coordinar el programa de atención a los drogodependientes mediante gestión directa o indirecta.

Los municipios coinciden en que el

programa de drogodependencias está inscrito en los Servicios Sociales y que además existen distintas comisiones interáreas para tratar aspectos en la que todas están implicadas.

Los aspectos sanitarios relativos a la desintoxicación y complicaciones médicas pertenecen a estructuras supramunicipales (estatales, autonómicas).

Creemos conveniente que el modelo de rehabilitación sea amplio y diversificado, en el que se contemplen recursos específicos e inespecíficos para que la respuesta en cada individuo sea lo más personificada posible. Es indispensable la utilización de las redes de servicios existentes para la población en general.

Creemos que el modelo de rehabilitación debe tender hacia la potenciación del individuo en la sociedad como elemento activo y autónomo.

En general, priorizamos un modelo de rehabilitación urbano, no descartando los recursos rurales.

Los programas de rehabilitación deben contemplar atención a los familiares de toxicómanos.

El equipo terapéutico debe ser interdisciplinar formado por: educadores, asistentes sociales, psicólogos, médicos, pedagogos, sociólogos, etc.

Creemos conveniente dotar de presupuesto suficiente y estable para desarrollar un programa municipal eficaz.

Consideramos imprescindible que se

realicen estudios de la población drogodependiente en los municipios, así como evaluar los programas que se aplican en el proceso de rehabilitación. También contrastar diversos programas desarrollados y evaluados.

Es necesario estimular la participación de la comunidad a través de las expresiones organizadas para contribuir al proceso de rehabilitación del toxicómano.

Conclusiones del grupo de trabajo sobre seguridad ciudadana

100

EL grupo de trabajo que ha tratado el ámbito de la política municipal ante las drogas que generan inseguridad entiende que la problemática de las mismas es sólo uno más de los elementos que inciden en la inseguridad ciudadana. En este sentido el grupo ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Los municipios con forma organizativa más integrada en el tejido social deben tener un protagonismo decidido en la gestión de los recursos destinados a abordar las necesidades e intereses de la sociedad civil, entre ellos el de la seguridad ciudadana.

2. Dentro de este campo de la seguridad, los pasos dados hasta ahora en la coordinación policial nos parece que abren una dinámica positiva que lógicamente debería irse ampliando a otros campos como el del sistema de justicia penal tan decisivo en este ámbito.

3. Ahora bien, entendiendo la seguridad ciudadana no como mero orden público, sino como uno más de los factores que componen el bienestar social

y en profunda interrelación con el resto de ellos y creyendo en la necesidad del protagonismo de la sociedad civil en la gestión de su propio bienestar social, nos parece necesaria la creación y potenciación de los órganos que posibiliten este protagonismo (consejos de prevención de la delincuencia, consejos de seguridad, etc.). En estos órganos deberían estar presentes, junto a los agentes clásicos de control social, los nuevos agentes de intervención (trabajadores sociales, asociaciones de padres de alumnos, de vecinos, educación, sanidad, etc...). Es evidente que la presencia en los mismos del municipio, como forma de representación, debe ser determinante.

4. Estos ámbitos de participación deben estar lo más cerca posible de las necesidades o intereses de la sociedad civil, en este sentido esta cercanía sólo puede darse con una dinámica decidida de descentralización tanto política como organizativa.

Francisco de Asís Rábago

V Jornadas de modificación de conducta: alcoholismo y droga. Tratamiento y prevención de las recaídas

Organizadas por *CINTECO*. Centro de Investigación y Terapia de conducta

Impartidas por el Dr. Alan Marlatt y la Dra. Judith R. Gordon.

Ministerio de Sanidad y Consumo, 12, 13 y 14 de mayo de 1986.

G. ALAN MARLATT es profesor de Psicología en la Universidad de Washington en Seattle y Director del Centro de Investigación de las Conductas Adictivas (Addictive Behaviors Research Center). Previamente impartió clases en las Universidades de Wisconsin y British Columbia, habiendo recibido su graduación en Psicología Clínica por la Universidad de Indiana en 1968. Ha sido coeditor de dos libros sobre aproximaciones conductuales a los problemas del alcohol y actualmente dirige diversas investigaciones sobre enfoques cognitivo-conductuales con una variedad de conductas adictivas. Es miembro del Consejo Editorial de varias revistas, incluidas «Journal of Abnormal Psychology» y «Addictive Behaviors».

JUDITH R. GORDON es actualmente una investigadora asociada en el Departamento de Psicología de la Universidad de Washington. Obtuvo su doctorado en la misma Universidad en 1978 y está activamente implicada en investigar la aplicación de un enfoque de prevención de recaídas en el tabaquismo. También ejerce práctica privada en el área de Seattle.

Son miembros de distintas asociaciones de Terapia de Conducta norteamericanas. Cuentan con gran número

de publicaciones, entre las que destacan:

- *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*, en «Davidson y Davidson» (eds.), Brunner y Mazel, 1980.
- *Loss of control drinking in alcoholics: «an experimental analogue»*, en «Journal of Abnormal Psychology», 1973.
- *Relapse prevention*. «Guilford Press», 1985.

El objetivo de estas Jornadas fue la presentación de un modelo de prevención y tratamiento de las recaídas, desarrollado por los doctores MARLATT y GORDON desde un enfoque psicológico cognitivo-conductual. La investigación ha estado centrada fundamentalmente en el alcoholismo y tabaquismo. No obstante, desde este enfoque se analizan los factores comunes de las diversas adicciones, apuntando los datos hacia una similitud de los factores de recaída en cualquier tipo de adicción. Este modelo terapéutico se centra fundamentalmente en las recaídas, puesto que son el factor donde fracasa el mantenimiento del cambio de conducta y los efectos del tratamiento decaen. Las estrategias para enfrentarse a la recaída y prevenirla, tan descuidadas en otros modelos, son aquí el

punto esencial del programa de tratamiento.

Las Jornadas comenzaron con una exposición de las generalidades del problema de las adicciones, la filosofía del modelo de tratamiento de aprendizaje social, la controversia de los factores biológicos en la adicción y la personalidad adictiva, un análisis de las recaídas en las distintas adicciones y factores de recaída más frecuentes.

Se analizaron los diversos modelos de tratamiento, sus características, su posición respecto a la responsabilidad personal del adicto y respecto a su capacidad de cambio personal para superar el problema. Finalizó esta exposición con un estudio comparativo de los dos enfoques más generalizados en la actualidad: el modelo de enfermedad y el modelo de autocontrol.

Como fundamento del modelo propuesto se presentaron una serie de investigaciones y sus resultados, centrados en el alcoholismo, diferenciando la conducta de beber en bebedores sociales y en alcohólicos, así como los factores de presión social e influencia de modelos en los bebedores, los factores de ira y ansiedad social, estudiando su influencia en el consumo de alcohol —en su faceta de reductor de tensión—; asimismo se revisaron los diseños de placebo para contrastar la influencia de las expectativas de los sujetos en el consumo.

Tras revisar los factores que influyen en el estilo de vida de una persona, desde los ambientales-culturales muy amplios hasta los personales muy concretos, se procedió a presentar el modelo de recaída cognitivo-conductual, cuyo punto central lo forman las situaciones de alto riesgo a las que tiene que enfrentarse el adicto. Un punto posterior fue la categorización de los determinantes de recaída en las diferentes adicciones, sus porcentajes relativos y un análisis particularizado de

los mismos. Cabe citar entre los determinantes intrapersonales más decisivos los estados emocionales negativos, y como determinantes interpersonales más importantes la presión social y los conflictos interpersonales.

Para una comprensión profunda de la situación de recaída se analizaron los antecedentes psicológicos de la misma, con énfasis en los problemas de gratificación inmediata (deseos urgentes de los efectos de la droga) que se hipotetizan propios de personas con un estilo de vida no equilibrada (p. e. personas con exceso de responsabilidades/deberes y déficit de actividades ocio/placenteras). Otros factores cognitivos que socavan el autocontrol del sujeto son las racionalizaciones negativas (autojustificaciones en que el adicto incurre a la hora de recaer como «una vez nada más», «voy a probar mi autocontrol») y las decisiones aparentemente irrelevantes que incrementan las posibilidades de una situación de alto riesgo.

A continuación se explicaron las estrategias de tratamiento que se aplican dentro de este modelo, estrategias que abarcan técnicas cognitivas de autocontrol, ensayos de enfrentamiento a situaciones de recaída, técnicas de relajación, reeducación, entre otras. Una estrategia a largo plazo es la sustitución de la adicción negativa a las drogas (efectos a corto plazo positivos, efectos a largo plazo negativos) por una adicción positiva (efecto a corto plazo negativo, efecto a largo plazo positivo) que debe ser no competitiva y agradable para el sujeto. Como alternativas a la conducta adictiva se revisaron experimentos que apoyaban la hipótesis de que actividades como la relajación, la meditación, lectura, jogging, deporte, hacían disminuir la cantidad consumida de alcohol. Parece ser que instaurar esta clase de hábitos es un objetivo muy deseable, ya que inci-

tan a disminuir notablemente la tasa de ingesta de alcohol.

Otro punto del tratamiento es el control de los deseos vehementes o ansiedad de consumir la droga por el adicto abstinente, así como prevenir el tipo de racionalizaciones que favorecen la recaída. Para evitar que disminuya el nivel de la motivación en el adicto —punto fundamental para el éxito del tratamiento— se analizaron las técnicas que se usan para fomentarla, como las matrices de decisión y las técnicas psicodramáticas para que surja el conflicto. Asimismo, para combatir las expectativas positivas del uso de la sustancia, se revisó la utilización de la educación sobre los efectos de la droga en concreto.

Tras la exposición de una serie de casos clínicos ilustrados con diapositivas que reflejaban el proceso de la recaída, y las dificultades comunes al tratamiento, se abordó el desarrollo y análisis de los programas grupales standard que se emplean actualmente en los Estados Unidos: programas para dejar de fumar, programas de abstinencia

de la bebida y programas de bebida controlada. Por último, se estableció un debate sobre la controversia surgida respecto al tema de la bebida controlada, ocasionada por el rechazo de otros modelos que no contemplan alternativas a la abstinencia. Se expusieron las bases que apoyan el éxito de la bebida controlada, el tipo de sujetos que se benefician del programa y una exposición del mismo.

Resaltamos la claridad expositiva y el rigor científico que mostraron los doctores Alan Marlatt y Judith Gordon en estas jornadas, que representan una gran aportación a la Psicología en el área de las adicciones.

Las estrategias que ofrecen para enfrentarse a las recaídas parecen mejorar la efectividad del tratamiento, y amplían el espectro de posibilidades terapéuticas. Queremos concluir señalando que este enfoque abre nuevas perspectivas prometedoras en la investigación y tratamiento de las drogodependencias.

Agustín Vicente

Notas bibliográficas

«Comunicazione dissuasiva». I Linguaggi di prevenzione della tossicodipendenze

Edición a cargo de G. Bartolomucci M. Buscema. Comune di Roma. Departamento de Servicios Sociales.

LA corriente de pensamiento que considera la prevención del uso de la droga como el camino más correcto para una lucha eficaz contra la drogodependencia —al menos en un cierto estadio de su manifestación— es hoy casi universalmente aceptada, aunque hubo de abrirse camino lentamente y, con frecuencia, enfrentándose a la incompreensión de los que querían medidas más radicales y sólo cuando los hechos consumados así lo requirieran.

En un principio se consideró que dicha prevención debía apoyarse, desde un enfoque propagandístico, en campañas de carácter disuasivo en las que, de la palabra a la imagen, se lograra crear una fuerte corriente de opinión contraria a la droga y en el caso de los jóvenes un decidido rechazo al consumo de la misma.

Desgraciadamente, los problemas en torno a esta cuestión se multiplicaron cuando hubo que poner en marcha las campañas disuasivas. Se planteó, para empezar, un problema de pura comunicación estructural que arrastraba conceptos ideológicos, lexicográficos y hasta semánticos. En definitiva, era el viejo problema de que sabiendo qué era lo que había que decir, no estaba claro de qué manera y en qué términos. A esto es a lo que se refiere el especialista italiano Gabriele Mori cuando habla de que «mensajes inspirados solamente en su buena intención han producido efectos contraproducentes».

El libro que comentamos trata de dar respuesta a estos interrogantes que, a juicio de los diversos autores que intervienen en las distintas ponencias, sólo

pueden responderse resolviendo otros previos. En efecto, antes de saber cómo hay que hacer una campaña disuasoria hay que cotejar datos estadísticos tan diversos como los medios por los que los jóvenes llegan a saber de la droga o la actividad preventiva en las escuelas italianas y su resultado aparente, en un período de tiempo razonablemente prolongado.

Nueve trabajos, precedidos de una Introducción, componen este interesante volumen en el que creemos particularmente digno de mención el análisis de la información dada sobre la droga por un diario —«Il Messaggero» de Roma— durante tres años, y cuyas conclusiones probablemente podrían aplicarse a cualquier diario medio del mundo occidental.

Un estudio del lenguaje disuasivo utilizado hasta el momento, en las campañas de prevención y su posible eficacia; dos artículos sobre la prevención en las escuelas y una encuesta realizada entre jóvenes para averiguar dónde entraron en contacto con la información sobre la droga, componen el aporte objetivo fundamental de esta obra que culmina con la propuesta de un modelo de intervención en el trabajo de Massimo Buscema sobre la «Estrategia de la prevención».

Una ventana abierta, pues, a un vasto problema actual, cuya mejor cualidad es precisamente la cantidad de temas inabordados que deja sugeridos para posteriores investigaciones, y su mayor defecto, paradójicamente, la dificultad de los autores para «comunicar» al lector medio una serie de datos y mensajes del máximo interés.

«Boletín de Estupeficientes». Naciones Unidas

Vol. XXXVII, n.º 2-3. Abril-septiembre, 1985. Número doble sobre las drogas y la juventud dedicado al Año Internacional de la Juventud, 1985.

EL Boletín de Estupeficientes editado bajo la responsabilidad de la División de Estupeficientes de las Naciones Unidas, es una de las publicaciones más veteranas y de mayor prestigio a nivel internacional dentro del tratamiento científico de las drogodependencias.

El número doble que comentamos está dedicado al examen de las medidas para hacer frente a los problemas derivados del uso indebido de drogas entre los jóvenes, y se enmarca dentro de las actividades realizadas con motivo de la celebración en 1985 del Año Internacional de la Juventud. Como muestra del interés que este tema —la relación de la juventud con el mundo de la droga— tiene para los órganos especializados de NN.UU., hay que señalar que ya en 1981, la División publicó un número del «Boletín de Estupeficientes» dedicado a las drogas y la juventud (Vol. XXXIII, n.º 4-1981).

Tras un artículo de introducción sobre el papel del Año Internacional de la Juventud en la lucha contra los problemas derivados del uso indebido de las drogas, este número doble se divide en dos partes. La primera parte está integrada por nueve artículos en los que se exponen los resultados de las investigaciones realizadas en Canadá, Egipto, España, EE.UU., India, Nigeria, Sri Lanka y Turquía, sobre la naturaleza y alcance de los problemas derivados del uso indebido de drogas entre los jóvenes en contextos sociales concretos, y, sobre la base de los datos obtenidos, se indica la dirección de las futuras tendencias.

La segunda parte consta de once artículos en los que se trata de la adop-

ción de medidas para prevenir y reducir el uso indebido de drogas entre los jóvenes. Seis de los artículos se refieren a países concretos: Birmania, Hong Kong, Bélgica, Chile, España e Italia; otros tres tratan diversos aspectos (médicos, jurídicos) con carácter general; y los dos últimos abordan distintas formas de plantear la prevención en este campo, desde la perspectiva de dos organizaciones no gubernamentales (la International Good Templar Youth Federation y la Oficina Internacional Católica de la Infancia).

De todos los artículos señalados anteriormente, deben resaltarse tres: «*El uso de drogas entre los adolescentes de Asturias*», realizado por tres profesores de la Facultad de Medicina de Oviedo (R. Hinojal Fonseca, J. Bobes García y E. Hevia Rodríguez), es un estudio sobre los hábitos de consumo de la población estudiantil de Asturias, entre 15 y 17 años de edad. Basado en una muestra de 2.537 estudiantes, clasifica el uso de drogas en tres categorías: consumidas «alguna vez», consumidas dentro de los 12 meses anteriores a la encuesta y consumidas dentro de los 30 días anteriores a la encuesta. Con una metodología correcta, los resultados alcanzados coinciden, en general, con los obtenidos por otros investigadores. Se echa en falta, no obstante, una mayor profundización en el estudio, que se hubiera enriquecido con el análisis de algunas variables de interés: factores de riesgo, motivaciones, etc.

El segundo artículo, también referido al ámbito español, lleva por título: «*Estilo de vida y hábitos de consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza media*». Sus autores trabajan en el Cen-

tro de Información y Prevención del Abuso de Drogas del Consell Insular de Mallorca y en el Centro de Cálculo de la Universidad Politécnica de Barcelona (A. Calafat Far, M. Amengual Munar, C. Farres Snelders y A. Palmer Pol). Este trabajo supone un acercamiento a la tipología del consumidor y del no consumidor de drogas legales e ilegales. Elaborado como el anterior, a través de una encuesta en el medio estudiantil, contribuye al conocimiento de cómo se instauran los hábitos de consumo en personas sin una problemática personal (afectiva o delictiva) importante. Los autores clasificaron la muestra en cuatro grupos: no consumidores, consumidores de drogas, y a partir de este segundo, consumidores de sustancias legales y consumidores de drogas ilegales. Cada uno de estos cuatro grupos se correlacionó con 13 variables psicosociales, lo que permitió una mayor caracterización de los mismos, y el establecimiento de una distinción entre ellos, según sus diferencias y analogías. De los resultados del estudio se desprende, y así lo resaltan sus autores, la necesidad de aplicar programas de prevención diferentes, en función de las distintas características de los grupos a los que van dirigidos, aun cuan-

do todos pertenezcan al sector estudiantil.

El tercer trabajo que queremos mencionar se titula «*La toxicomanía entre los jóvenes: un estudio de su tipología y pertenencia con los programas de tratamiento*», y está realizado por tres investigadores del Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Roma (L. Cancrini, D. Costantini y S. Mazzoni). Sobre la base de la observación clínica, los autores distinguen cuatro tipos de toxicomanía: traumática, situacional, transicional y sociopatológica. Tras la explicación de cada uno de esos tipos, se analizan cinco casos particulares que ejemplifican las diferentes toxicomanías. Esta clasificación ayuda, en un proceso terapéutico, a hacer un diagnóstico y una prognosis correctos de un caso de toxicomanía.

En suma, y dentro de un nivel medio más que aceptable, este número del «Boletín de Estupefacientes» supone una aportación muy estimable al estudio de las relaciones entre la juventud y el uso indebido de drogas, encontrándose en el mismo aportaciones que abren nuevos campos al debate y a la investigación rigurosa, alejada de tópicos establecidos.

Francisco de Asís Rábago

