

COMUNIDAD Y DROGAS
(Publicación trimestral)

Precio del ejemplar: 700 pts. (IVA incluido).
Suscripción anual: 2.500 pts. (4 números) (IVA incluido).
(Extranjero: 25 dólares USA).

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

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

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

Director

D. Miguel Solans

Consejo de Redacción

D.ª Pilar Alvarez

D. Carlos Alvarez

D. Jaime Funes

D.ª M.ª Jesús Manovel

D. Ramón Mendoza

D. José Navarro

D. Pedro Oñate

D. Armando Peruga

D. Santiago de Torres

Secretario de Redacción

D. Francisco de Asís Rábago

N.º

12

EDITORIAL

ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS

- 11 Drogodependencias, psicología y SIDA. Ramón Bayés.
- 23 La actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. M. Díaz, M. Escalona, L. Rodríguez.
- 51 De las drogas y de las sectas. Alvaro Rodríguez y Sergi González.

DOCUMENTACION

- 67 Grupo de trabajo europeo sobre políticas de apoyo a la educación para la salud en los centros docentes.

MISCELANEA

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

Nota a los colaboradores

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

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

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

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

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

Los consumos de drogas desde la perspectiva laboral

5

De nuevo, «Comunidad y Drogas» destina algunas de sus páginas a hablar de aspectos relacionados con el consumo de drogas desde la perspectiva del mundo laboral. Los estudios encargados o realizados por las propias centrales sindicales han confirmado reiteradamente que el consumo de las diversas drogas, desde el alcohol hasta la heroína o la cocaína, estaban más normalizados —o normativizados— de lo que se creía. Sus datos repiten que no podemos seguir considerando el tema como marginal, o como exclusivo de sujetos socialmente desintegrados, sin ninguna actividad o pertenencia al mundo laboral.

Sin volver aquí, de nuevo, sobre los datos, sobre las cifras de consumo, si que conviene plantear aproximaciones diversas y posibles a la relación entre mundo laboral —mundo sindical y mundo patronal— y el consumo de diversas drogas.

Se corre el riesgo de reproducir el clásico discurso sobre el alcoholismo y el trabajo, reduciendo la cuestión a un tema de medicina de empresa, de motivo legal de despido o de compasión social por los trabajadores con problemas familiares y sociales.

Pero, al igual que hacemos con la aproximación a la cuestión drogas desde otros ámbitos —desde la escuela, desde el ocio, desde el núcleo familiar o comunitario— también es posible un análisis desde la actividad vital dominante que para muchos ciudadanos es el trabajo. Ha de romperse el simplismo de considerar el uso de drogas como una actividad individual ajena a la ocupación que, finalmente, al afectar al individuo y sus capacidades, afecta al rendimiento y la productividad. A nuestro entender, son posibles tres líneas de consideración y estudio.

En primer lugar podemos hablar de *las drogas como trabajo: como producto genuino de una concepción y una mística específicas del trabajo*. El consumo de drogas estaría íntimamente asociado a una ideología del trabajo como fuente de éxitos y del éxito laboral como clave de la existencia. Son consumos de cocaína, de alcohol, de estimulantes, íntimamente asociados a la actividad laboral, a los rendimientos que ella exige, a sus relaciones sociales, a la rivalidad y al medio social.

Desde una segunda perspectiva, podemos hablar de *las drogas como compensación a una vida diaria de trabajo*. Sería la versión contemporánea de la botella de vino peleón, metida entre pecho y espalda para soportar una existencia marcada por el trabajo entre embrutecedor y alienante. A la mayor variedad actual de productos con capacidad embriagadora se sumaría la precarización de las condiciones laborales, una mayor degradación de los elementos de un trabajo que no parece tener otra misión que la mera subsistencia. Desde esta perspectiva los consumos tiene mucho que ver con la necesidad profunda de olvidar y desconectar, de obtener en algún lugar algo de felicidad.

Es posible, finalmente, hablar también del trabajo *como posibilitador de una vida con drogas*. Una asociación de efectos causados por las graves transformaciones del mercado de trabajo y la difusión de estilos de vida en los que la alteración de los estados de conciencia es una pieza clave, han generado la manera de «trabajar» conocida como «buscarse la vida». Se acepta cualquier actividad laboral, por provisional y extraña que sea, con tal de que proporcione recursos para pasarse unas horas feliz. El prototipo de esta relación con las drogas sería el de muchos jóvenes que trabajan gran cantidad de horas y en pésimas condiciones, movidos por el ánimo de disfrutar un fin de semana entre alcohol, canutos, discoteca, etc. Los consumos están asociados a ese estado deseado de disfrutar algunas horas a la semana a condición de que, con cualquier trabajo, puede obtenerse dinero.

La incidencia desde el mundo laboral sobre los consumos de drogas puede ser importante. Sin embargo, todos los que se mueven en él han de procurar no tener una visión simplificada, han de asumir los criterios de globalidad, de comprensión de la diversidad, de reducción de la estigmatización y el rechazo. Ocuparse de las drogas en el ámbito laboral ha de suponer también conocer y compartir criterios y actitudes que ya son aceptados y utilizados en otros ámbitos que ya se ocupan del tema.

Estudios y experiencias

Ramón Bayés*

Drogodependencias, psicología y sida**

RESUMEN

A pesar de que muchas personas se encuentran bien informadas sobre las formas de contagio del SIDA y los medios para evitarlo, siguen practicando comportamientos de riesgo. Se señala la importancia de investigar de qué factores depende que se lleven a cabo, o no, comportamientos de prevención eficaces, así como la pertinencia del análisis funcional de la conducta para llevar a cabo esta labor. Igualmente se pone de manifiesto la posible influencia del estrés psicológico en la adquisición del virus y en la evolución de la enfermedad.

SUMMARY

Drug addiction, psychology and aids

In spite of the fact that many people are informed of the ways AIDS is transmitted and the means for avoiding it, they continue to practice risk behaviour. Evidently, it is important to study the factors that effective prevention behaviour depend on, as well as the pertinence of functional behaviour analysis for carrying out this work. It has also been shown that psychological stress possibly influences in the acquisition of the virus and in the evolution of the disease.

11

EL enfoque biomédico del problema del SIDA sólo nos podrá ofrecer un verdadero camino de solución en la medida en que sea capaz de descubrir un agente antivírico y una vacuna que:

- a) sean plenamente eficaces para eliminar el virus.
- b) sean escasamente tóxicos y sus efectos secundarios a corto, medio y largo plazo, carezcan de importancia.

- c) su coste económico sea bajo.
- d) sean fáciles de adquirir y administrar, y no presenten problemas de adherencia terapéutica.

En el caso de que alguna de estas tres últimas condiciones no se cumpla, el enfoque biomédico seguirá siendo de gran ayuda para evitar, aliviar y curar muchos casos individuales pero, probablemente, el grueso del esfuerzo para impedir la difusión de la enfermedad deberá continuar en manos de las estrategias psicosociales.

En el momento actual, en ausencia de vacuna que impida la infección y de medicamento capaz de curarla, el único medio

(*) Correspondencia: Laboratorio de Conducta, Univesidad Autónoma de Barcelona, Apartado 29, 08193 Bellaterra.

(**) Este trabajo ha sido realizado, en parte, gracias a la ayuda PB 86-0124 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

de que disponemos para atajar la epidemia consiste en interrumpir la cadena de transmisión vírica. Y, puesto que el virus se transmite, de persona a persona, a través de conductas específicas perfectamente definidas, la única forma de romper esta cadena consiste en conseguir que las personas que practican dichas conductas las sustituyan por otras que no supongan riesgo de contagio.

El objetivo final de cualquier campaña, programa o estrategia psicosocial no es, pues, proporcionar información, cambiar actitudes u obtener asentimientos. *Ya que el virus no se transmite ni por «bits» de información ni por empatía cognoscitiva, nuestro objetivo último debe ser siempre cambiar comportamientos.* Por ello, una de las primeras metas de investigación que deberíamos proponernos tendría que consistir, precisamente, en diseñar instrumentos, fiables y válidos, que nos permitieran *evaluar cambios reales* en los comportamientos de riesgo implicados; sin dichos instrumentos, no nos será posible conocer la verdadera repercusión —favorable, indiferente, desfavorable— de nuestros programas, estrategias o intervenciones. Y conseguirlo es, posiblemente, mucho más difícil de lo que muchos piensan.

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y OBJETIVOS DE PREVENCIÓN

Desde el punto de vista de difusión de la epidemia, los comportamientos de riesgo pueden reducirse a tres:

1. Penetración sexual (anal, vaginal u oral, con mayor peligro en el coito anal).
2. Compartir material de inyección sin esterilizarlo previamente.
3. Transmisión madre-hijo en el caso de mujeres embarazadas contagiadas.

Los objetivos de prevención a alcanzar son claros:

1. En el caso de la sexualidad, cada persona debe elegir entre:
 - a) abstención absoluta de penetración.
 - b) monogamia estricta con una pareja libre de virus.
 - c) uso correcto de preservativo con espermicida —o exigencia de esta medida precautoria en la pareja— en todas las penetraciones sexuales que realice o a las que se vea expuesta (muchos autores desaconsejan completamente la penetración anal, homo o heterosexual, incluso con preservativo, debido al riesgo de rotura en este tipo de relación sexual y a la facilidad con que se producen pequeñas heridas propiciadoras de la infección).
2. En el caso de drogadicción por vía parenteral, cada persona debe elegir entre:
 - a) abandono completo de la práctica de inyectarse droga.
 - b) no compartir material de inyección en ningún caso.
 - c) esterilizar siempre correctamente el material de inyección antes de reutilizarlo (es preciso señalar que algunas prácticas, como la limpieza con agua a presión o el jugo de limón no son adecuadas).
3. Se recomienda que las mujeres portadoras del virus de inmunodeficiencia humana —en este momento, en su mayoría drogadictas por vía parenteral o parejas de drogadicto— eviten quedar embarazadas. La probabili-

dad de que una mujer portadora dé a luz un hijo contagiado se ha calculado que oscila entre un tercio y la mitad de los nacidos (Brooks-Gunn, Boyer y Hein, 1988).

Se ha observado (Stall, Coates y Hoff, 1988; Stall, Wiley, McKusick, Coates y Ostrow, 1986) que el hábito de consumir alcohol, marihuana u otras drogas, antes o durante las relaciones sexuales, incrementa la probabilidad de que no se lleven a cabo comportamientos de prevención por lo que un objetivo complementario consiste en evitar que dicha combinación se produzca.

Paralelamente a estos objetivos de prevención cuya finalidad consiste, como ya se ha dicho, en interrumpir la cadena de transmisión del virus impidiendo, de este modo, la difusión de la epidemia, existen otros que no por ser menos obvios deben considerarse de menor importancia. En efecto, la exposición al virus de inmunodeficiencia humana es, desde luego, una condición necesaria para adquirir la enfermedad y tal exposición equivale a un contacto directo «sangre infectada-sangre», «semen infectado-sangre» o «secreciones vaginales infectadas-sangre», el cual se realiza, normalmente, a través de los comportamientos de riesgo antes mencionados; sin embargo, esta exposición es también una condición insuficiente para que el contagio se produzca. En aparente igualdad de exposición al virus —lo mismo que en otras enfermedades— algunas veces se produce la infección y otras no. No solamente es importante el agente infeccioso; también lo es la vulnerabilidad del organismo ante el mismo y ésta varía en función de una serie de factores todavía no muy bien conocidos. Así, por ejemplo, Fischl, Dickinson, Scott, Klimas, Flechter y Parks (1987), en un estudio realizado con 14 parejas en las que al principio el hombre se encontraba infectado pero no la mujer y que continuaron manteniendo relaciones

sexuales sin preservativo, encontraron, tras un período de seguimiento que oscilaba entre uno y tres años, que 12 de las mujeres terminaron infectadas pero 2 de ellas no.

Será importante, por tanto, tratar de mantener en un mínimo de vulnerabilidad el organismo de aquellas personas que practiquen comportamientos de riesgo —o que no ofrezcan un 100 por cien de protección—, a través del control de los factores que se conoce pueden afectarla negativamente. En el caso del SIDA, éstos son, esencialmente, todos aquellos capaces de perturbar el sistema inmunitario, tales como: mala nutrición, todo tipo de infecciones y el uso de drogas (Batchelor, 1988; Kaplan, Johnson, Bailey y Simon, 1987). También se ha postulado que los factores emocionales negativos pueden incidir en la enfermedad: «El estrés —escribe Ader (1984)— no es una condición necesaria ni suficiente para el desarrollo de la enfermedad, sino más bien un factor de riesgo, el cual, en combinación con estímulos patógenos y con otros factores del huésped, puede ser de designación etiológica en la enfermedad (p. 657)». En este sentido, son muchos los autores que han defendido la posible acción negativa del estrés en la adquisición del virus de inmunodeficiencia humana (Bayés y Arranz, 1988; Coates, Stall et al., 1987; Klecolt-Glaser y Glaser, 1988). Por ello, como *objetivos complementarios* de prevención podríamos establecer: el *mantenimiento de un estilo de vida sano*: buena alimentación, ejercicio físico adecuado, buenas prácticas higiénicas, etc., así como la adquisición de *buenas estrategias de afrontamiento ante las situaciones productoras de ansiedad y depresión*.

En España —al igual que en otros países del sur de Europa— el comportamiento de compartir agujas y jeringuillas entre drogadictos por vía parenteral es el que, hasta el momento, ha ofrecido un mayor riesgo

de infección (Casabona, Salas y Segura, 1989; Nájera, 1988) por lo que debería darse al objetivo de cambio de este comportamiento un carácter prioritario. Por otra parte, dado que muchos datos (Delgado, 1988; Megías, 1988; Tor, Muga *et al.*, 1988) apuntan a que un sector importante de este colectivo se encuentra ya infectado, será de especial importancia, desde el punto de vista de difusión de la epidemia, que sus componentes adopten las necesarias precauciones en su comportamiento sexual. En efecto, mientras que en una serie de 219 prostitutas drogadictas visitadas en un centro de asistencia primaria de Madrid, entre 1985 y 1988, no se encuentran ninguna mujer contagiada con el virus de inmunodeficiencia humana, en otra serie de 55 prostitutas drogadictas visitadas en este mismo centro, la seropositividad alcanza entre 65-75 por cien de media en estos años (Ortiz, 1988). En Nueva York, casi el 90 por cien de los casos de transmisión heterosexual de la enfermedad proceden del contagio de un drogadicto por vía parenteral a una pareja que no se inyecta drogas y casi en el 80 por cien de los casos de transmisión perinatal son drogadictas o la madre o su pareja (Des Jarlais y Friedman, 1988).

PREVENCIÓN EN PERSONAS PORTADORAS DEL VIRUS ASINTOMÁTICAS

Una de las características importantes del virus de inmunodeficiencia humana consiste en que, normalmente, permanece latente en el organismo durante un largo período de tiempo que puede oscilar entre varios meses y un número considerable de años (Lui, Darrow y Rutherford, 1988), con una media estimada de ocho años a partir del momento de la infección. Durante dicho período, el individuo puede no experimentar síntoma alguno de enfermedad hasta el punto de que, en muchos casos,

incluso es posible que ignore que se encuentra contagiado.

Esta característica posee varias connotaciones importantes, algunas de tipo social —con notables resonancias económicas y políticas— y otras de tipo individual y profesional:

1. Se ha calculado que por cada enfermo diagnosticado de SIDA existen entre 50 y 100 portadores del virus (De la Loma, 1987; Delgado, 1988). En otras palabras, de no cambiar las circunstancias, el poder potencial de extensión de la epidemia en un próximo futuro es enorme. Aun cuando estas cifras están sometidas a discusión por los expertos, la OMS (1987) ha estimado que, en 1991, el número de personas contagiadas podría encontrarse comprendido entre los 25 y los 50 millones, muchas de las cuales irían transformándose en enfermos de SIDA en los años siguientes. Dado que el coste estimado de un enfermo de SIDA es de unos 9 millones de pesetas (Bloom y Carliner, 1988), de no atajarse la epidemia se podría producir una crisis en nuestros sistemas sanitarios de considerables proporciones.
2. Cada portador del virus, asintomático o no, puede ser, en el caso de practicar comportamientos de riesgo, un agente transmisor de la enfermedad. Es de primordial importancia, por tanto, que las personas que saben que se encuentran contagiadas —por haber realizado la prueba de anticuerpos y haber obtenido en ella un resultado positivo— o que sospechen que pueden estarlo —por haber practicado en el pasado comportamientos de riesgo— adopten estrictamente las medidas de prevención mencionadas anteriormente.

3. Es preciso destacar que la práctica de los comportamientos de prevención por parte de las personas portadoras del virus no solo constituye un deber cívico y una muestra de altruismo sino que puede redundar en un beneficio importante para el propio portador que los lleva a cabo. En efecto, como se ha señalado, el virus puede permanecer «dormido» en el organismo durante muchos años; depende, en parte, del portador no exponerse a situaciones o estímulos susceptibles de «despertarlo». En este sentido, debe evitar, por su propio bien, cualquier comportamiento susceptible de perturbar su sistema inmunitario: inyectarse drogas que posean carácter inmunodepresor, como la heroína; llevar a cabo prácticas poco higiénicas que puedan dar lugar a cualquier tipo de infección, etc. Actuando de esta forma, el portador puede, hasta cierto punto, controlar el progreso de la enfermedad y dar tiempo a la ciencia para que descubra nuevos preparados capaces de destruir el virus. En esta misma línea, quizá no sea superfluo mencionar que incluso en el caso de que dos personas seropositivas decidieran que ya que ambas estaban contagiadas, podían compartir agujas o mantener penetraciones sexuales sin preservativo, dicha práctica sería sumamente arriesgada para ambos pues una reinfección podría perturbar el precario equilibrio de sus sistema inmunitario y quizá poner fin a un fase de seropositividad asintomática para entrar de lleno en otra de enfermedad, de carácter posiblemente irreversible.
4. Finalmente, dado que —al margen de consideraciones humanitarias— los problemas emocionales son susceptibles, como ya se ha dicho, de afectar al sistema inmunitario (*The*

Lancet, 1985, 1987), hemos de señalar la importancia de que se ayude profesionalmente a las personas seropositivas o que sospechan que pueden encontrarse contagiadas, a superar las numerosas situaciones estresantes a las que, con toda probabilidad, se verán enfrentadas y que se sumarán a las que, en bastantes casos, les proporciona su vida cotidiana. Es especialmente importante evitar la adopción por parte de los afectados de dos estrategias de afrontamiento relativamente corrientes: a) *la negación* del problema, o actuar como si el problema no existiera o la persona fuera invulnerable, ya que esto suele comportar el abandono de los comportamientos de prevención; y b) *la desesperanza* o considerar que nada puede hacerse. Algunas de las situaciones que, para el individuo, pueden constituir una amenaza seria que le produzcan una intensa reacción emocional debido a su percepción de falta de control sobre ellas, son:

- a) cuando ha practicado —o cree erróneamente que ha practicado— un comportamiento de riesgo y se pregunta si a través de dicho comportamiento ha podido contagiarse. En ese sentido, quizá sea adecuado recordar la extraordinaria frecuencia con que se dan en nuestras sociedades occidentales las relaciones sexuales extraconyugales. Así, por ejemplo, en Estados Unidos, se estima que al menos el 37 por cien de maridos ha tenido al menos una pareja sexual adicional durante su matrimonio y que el 33 por cien ha tenido contacto sexual con prostitutas (Reinisch Sanders y Ziemba-Davis, 1988). Igualmente puede ser relevante al respecto, el dato de que, cada año, se estima que se

producen en España 150.000 nuevos casos de enfermedades tradicionalmente de transmisión sexual (Jano, 1989).

- b) cuando valora la posibilidad de hacerse una prueba de anticuerpos para averiguar si se encuentra contagiado/a.
- c) el tiempo que media entre la realización de dicha prueba y el conocimiento del diagnóstico.
- d) el momento en que le es comunicado el diagnóstico.
- e) el tiempo que media entre su conocimiento del diagnóstico y su comunicación a la pareja u otras personas que crea deban conocerlo.
- f) cuando percibe —o cree percibir— que otras personas lo/a tratan diferencialmente debido a que sospechan o conocen su posible contagio o enfermedad.
- g) cuando ve enfermar o morir de SIDA a otra persona, especialmente si es conocida.
- h) cuando percibe cualquier sintomatología sospechosa que le induzca a creer que empieza a desarrollarse la enfermedad en su organismo.
- i) en el momento en que le es comunicado un diagnóstico del SIDA.

INFORMACION Y COMPORTAMIENTO

Si la mayoría de las personas que practican comportamientos de riesgo —como muestran, por ejemplo, De la Loma (1988) y Mays y Cochran (1988)— e incluso la

población general —a juzgar por las declaraciones de García Vargas (1988), ministro de Sanidad español, el cual indica que, según encuestas representativas de la población, el 97 por cien sabe que el SIDA se transmite a través de la sangre, en especial compartiendo agujas y jeringuillas previamente usadas, y el 98 por cien a través del semen contagiado— se encuentran bien informados sobre las formas de transmisión de la enfermedad, podemos preguntarnos: ¿por qué entonces su comportamiento, teniendo en cuenta el riesgo que corren, no es coherente con la información que poseen? ¿por qué a pesar de que el 94 por cien de una serie de drogadictos por vía parenteral conocían los comportamientos de riesgo de contagio del virus de inmunodeficiencia humana, sólo el 13 por cien usaba sistemáticamente preservativo y el 17 por cien afirmaba que no compartía agujas y jeringuillas (De la Loma, 1988)? ¿Por qué a pesar de que el 94 por cien de un grupo de estudiantes norteamericanas sexualmente activas conocían la eficacia de los preservativos para evitar el contagio, menos de una cuarta parte exigía el uso de los mismos durante el coito (Mays y Cochran, 1988)?

En otras palabras: el hecho de que una persona se encuentre bien informada sobre las formas de transmisión del SIDA y las consecuencias que se derivan de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana no garantiza que su comportamiento se adecue a este conocimiento, lo cual no debería sorprendernos excesivamente ya que, tanto en el SIDA como en otros muchos problemas de salud, *una información adecuada constituye una condición necesaria pero no suficiente para que las personas cambien su conducta* (Arranz y Bayés, 1988; Bayés, 1985, 1987; Brandt, 1988; Des Jarlais y Friedman, 1988; Flora y Thoresen, 1988; Leventhal y Cleary, 1980; Morín, 1988; Peterson y Marín, 1988; Stall, Coates y Hoff, 1988). Un ejemplo claro de lo que decimos

lo podemos encontrar en el fenómeno de que, al menos en España, los profesionales mejor informados sobre las consecuencias nocivas del tabaco —médicos, enfermeras, maestros y, probablemente, psicólogos— sobre los que recae, además, el papel de agentes de salud, son los que más fuman (Cfr. Bayés, 1985).

De esto se deduce que, los folletos divulgativos, los anuncios y los programas didácticos de televisión, aunque posiblemente necesarios, por sí solos y por muy bien hechos que estén, no van a resolver el problema de la prevención del SIDA. Existen datos, además, que indican que, al menos en Estados Unidos, los programas de educación sexual para adolescentes no tienen ninguna relación con cambios en su conducta sexual, tales como reducir la frecuencia de los coitos «inseguros» o disminuir las tasas de embarazos indeseados (Hayes, 1987).

Hora es, pues, ya de que se investigue empíricamente, a fondo y sin escatimar medios, *de qué factores depende que se lleven a cabo, o no, determinados comportamientos de riesgo o prevención*. Investigación posiblemente incluso más difícil que encontrar una vacuna contra el SIDA y a la que, incomprensiblemente, los gobiernos y las instituciones han dedicado, hasta el momento, escasos recursos y un mínimo interés.

Un punto de arranque en esta línea, nos lo proporciona el análisis funcional de la conducta el cual nos permite centrar la atención sobre algunos aspectos del problema que, en nuestra opinión, merecen tomarse en consideración:

1. Los comportamientos de riesgo más frecuentes —penetración sexual e inyección de una droga— suponen, casi *siempre*, de forma *inmediata* y, a menudo, *intensa*, una consecuencia de *placer* o de *liberación de tensión*.

2. Las *consecuencias nocivas* —el SIDA— que pueden derivarse de la práctica de los comportamientos de riesgo, aparecen siempre *a largo plazo* y la infracción es *solo probable*.

3. *No existe una cadena de hechos* —como, por ejemplo, un empeoramiento progresivo o la aparición de una sintomatología creciente en frecuencia, intensidad o número de síntomas— *que vincule*, en eslabones perceptibles, *el momento de la infección con el inicio de la sintomatología sospechosa, o el diagnóstico de la infección o la enfermedad*.

Situados en esta coyuntura, los datos recogidos por el análisis funcional de la conducta nos indican que, normalmente, el individuo elegirá la estimulación placentera, cierta e inmediata, con independencia de las consecuencias que en el futuro puedan derivarse de su acción, a no ser que sea capaz de:

a) privarse de sus satisfacciones o demorarlas.

b) encontrar satisfacciones igualmente placenteras, ciertas e inmediatas —físicas o cognitivas— en comportamientos sin riesgo, lo cual puede conseguirse:

1) descubriendo y practicando comportamientos alternativos que proporcionen dichas satisfacciones pero que carezcan de consecuencias nocivas a corto y a largo plazo.

2) suprimiendo de los comportamientos de riesgo aquellos elementos que les confieren su nocividad sin variar, en lo posible, las características de la satisfacción que proporcionan.

Esta disociación entre conocimiento y conducta, aunque aparentemente falta de racionalidad, hunde probablemente sus raíces en las necesidades del pasado evolutivo de la especie y, por ello, puede ser extremadamente difícil de cambiar. En efecto, mucho nos tememos que, por ejemplo, si la relación temporal «orgasmo-niño» se invirtiera —es decir, que sí, en las relaciones sexuales, los niños nacieran siempre e inmediatamente después de realizadas y los orgasmos acontecieran al cabo de nueve meses y sólo de forma probable —los problemas actuales de falta de natalidad con que se enfrentan los gobiernos europeos serían mucho mayores que los actuales. Aun manteniendo similares a las actuales, las proporciones de coitos y orgasmos en relación con el número de niños, el solo hecho de invertir el orden temporal de las consecuencias sería suficiente para introducir cambios dramáticos en el desarrollo e historia de la humanidad. O, dicho de otra manera: nuestros actos se encuentran, en gran parte, gobernados por las características de las consecuencias que, de forma inmediata, los siguen en el tiempo.

ALGUNAS SUGERENCIAS

En nuestra opinión, en los programas y estrategias que se elaboren para conseguir los objetivos de prevención que hemos señalado, deberían tenerse en cuenta los aspectos funcionales mencionados anteriormente, los cuales, por otra parte, no son los únicos a considerar. Existen factores de tipo cultural, de estilos conductuales personales, de disponibilidad física de elementos, de competencia para usarlos adecuadamente, de soporte afectivo, etc. que deberíamos tener siempre presentes si no queremos fracasar.

Tampoco debería olvidarse en ningún momento la importancia de proporcionar

adiestramiento y apoyo —personal, profesional e institucional (Arranz y Bayés, 1988; Arranz, Martín Villar, López, Granda, Magallón y Ortega, 1986; García Huet, 1987)— a las personas con comportamientos de riesgo, seropositivas y diagnosticadas de SIDA, en especial en aquellas situaciones, antes señaladas, en las que es más probable una profunda reacción emocional. Con independencia de consideraciones humanitarias y de mejora de calidad de vida de los afectados, tal estrategia tiene también por finalidad disminuir la vulnerabilidad de sus organismos ante el virus e incrementar sus posibilidades de supervivencia.

No hay duda de que, dada su posible trascendencia, tal acción debería ser llevada a cabo por profesionales que poseyeran las cualidades y habilidades idóneas. En este sentido —en ausencia de datos sobre nuestro país— es preocupante que Lewis y Freeman (1987) señalen que la mayoría de médicos entrevistados en California —en donde se registra un elevado número de casos— carece de los conocimientos y habilidades necesarios para cumplir con sus responsabilidades en relación con la prueba de anticuerpos o los síntomas del SIDA. Sería conveniente, por tanto, llevar a cabo una investigación para averiguar cuáles son las verdaderas coordenadas del problema en nuestro país; quienes, cómo y cuando proporcionan información, diagnósticos y resuelven dudas; efectos que tiene su actuación en los afectados, etc. En nuestra opinión, un objetivo prioritario de los programas o directrices que se elaboren para combatir la ansiedad ante el SIDA debería consistir en conseguir —sin proporcionar falsas esperanzas— que las personas afectadas poseyeran el mayor grado de control posible —tanto real como percibido— sobre su situación, evitando tanto las posturas de negación del problema —debido a su peligrosidad tanto para el propio individuo como para los demás— como las de de-

esperanza y abandono. Abundando en el tema, queremos señalar que Breier (1988) ha observado que un estrés *incontrolable* —pero no la administración de un estrés de características similares pero *controlable*— produce alteraciones en el funcionamiento neurobiológico y conductual, no solo en mamíferos inferiores sino también en sujetos humanos; Krieger (1988), por su parte, ha sistematizado una línea de actuación clínica para hacer frente a la ansiedad debida al SIDA.

Con respecto al difícil problema del cambio de conductas de riesgo en los drogadictos por vía parenteral (Megías, 1988; Ramos, García Alvarez, Graña y Comas, 1987; Royo, Obrador y Fontanilles, 1988), a juicio de Des Jarlais y Friedman (1988), dos expertos en el tema en relación con el SIDA, para conseguir una disminución de los comportamientos de riesgo, son necesarias tres condiciones:

- a) En primer lugar debemos asegurarnos de que los drogadictos conocen cuáles son las prácticas de riesgo y sus consecuencias, y cuáles las prácticas seguras.
- b) En segundo lugar es necesario que dispongan de los elementos necesarios para efectuar dichas prácticas seguras. En otras palabras, deben ser fácilmente asequibles para ellos:

- 1) Agujas y jeringuillas desechables.

- 2) Medios de desinfección instrumental usado.

- 3) Tratamientos adecuados para abandonar la droga.

Quizá sea conveniente recordar al respecto, que evitar que un drogadicto todavía no contagiado contraiga el virus de inmunodeficiencia humana o que un seropositivo desarrolle un SIDA, asegurándole un tratamiento que le ayude a dejar la droga es mucho más económico que las atenciones sanitarias que deben proporcionarse a un enfermo de SIDA.

- c) Finalmente, es muy importante conseguir la emergencia, entre los drogadictos, de nuevas normas de grupo que proscriban las conductas de riesgo de SIDA y apoyen las prácticas seguras. En este aspecto, consideramos que aun cuando el problema del cambio de conducta de los drogadictos presenta interrogantes específicos de difícil solución, el mismo debe contemplarse necesariamente bajo una óptica de salud comunitaria (Benito, Costa, González y López, 1989; Costa, Benito, González y López, 1989a, 1989b; Costa y López, 1986), la cual consideramos que ha sido una de las claves del éxito conseguido en el cambio de conducta sexual de los homosexuales de San Francisco (Stall, Coates y Hoff, 1988).

REFERENCIAS

ARRANZ, P. y BAYÉS, R. (1988). SIDA y prevención: Un enfoque multidisciplinario. *Jano*, 34, 1326-1335.

ARRANZ, P., MARTÍN VILLAR, J., LOPEZ, M.D., GRANDA, M.J., MAGALLON, M. y ORTEGA,

F. (1986). La población hemofílica como grupo de alto riesgo: modelo de intervención psicosocial. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 17, 485-498.

- BATCHELOR, W.F. (1988). AIDS 1988: The science and the limits of science. *American Psychologist*, 43, 853-858.
- BAYES, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- BAYES, R. (1987). Factores de aprendizaje en la salud y la enfermedad. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5(2), 119-135.
- BAYES, R. Y ARRANZ, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Jano*, 34, 1313-1322.
- BENITO, A., COSTA, M., GONZALEZ, J.L. y LOPEZ, E. (1989). Educación para la salud en un marco comunitario. *Jano*, 36, 1676-1686.
- BLOOM, D.E. Y CARLINER, G. (1988). The economic impact of AIDS in the United States. *Science*, 239, 604-610.
- BRANDT, A.M. (1988). AIDS in historical perspective: Four lessons from the history of sexually transmitted diseases. *American Journal of Public Health*, 78, 367-371.
- BREIER, A. (1988). Stress isn't always bad. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 591.
- BROOKS-GUNN, J., BOYER, C.B. y HEIN, K. (1988). Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents. *American Psychologist*, 43, 958-964.
- CASBONA, J., SALAS, T. y SEGURA, A. (1989). Evolución de la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Cataluña: Análisis descriptivo del registro de casos. *Medicina Clínica*, 92, 441-446.
- COATES, T.J., STALL, T., MANDEL, J.S., BOCELLARI, A., SORENSEN, J.L., MORALES, E.F., MORIN, S.F., WILFY, J.A. y MCKUSICK, L. (1987). AIDS: A psychosocial research agenda. *Annals of Behavioral Medicine*, 9(2), 21-28.
- COSTA, M., BENITO, A., GONZALEZ, J.L. y LOPEZ, E. (1989A). La educación para la salud: Aportaciones de la psicología de la salud. *Jano*, 36, 1561-1567.
- COSTA, M., BENITO, A., GONZALEZ, J.L. y LOPEZ, E. (1989b). Educación sanitaria de pacientes: El autocuidado. *Jano*, 36, 1570-1576.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- DE LA LOMA, A. (1987). Aspectos epidemiológicos del SIDA. En R. Usieto (Ed.) *SIDA: Un problema de salud pública* (pag. 49-139). Madrid: Díaz de Santos.
- DE LA LOMA, A. (1988). Aportaciones a la epidemiología del SIDA, desde un centro de atención primaria. *II Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, policopiado.
- DELGADO, A. (1988). *Manuel S.I.D.A.: Aspectos médicos y sociales*. Madrid: IDEPSA.
- DES JARLAIS, D.C. y FRIEDMAN, S.R. (1988). The psychology of preventing AIDS among intravenous drug users: A social learning conceptualization. *American Psychologist*, 1988, 43, 865-870.
- FISCL, M.A., DICKINSON, G.M., SCOTT, G.M., KUMAS, N., FLECHTER, M.A. y PARKS, W. (1987). Evaluation of heterosexual partners, children, and household contacts of adults with AIDS. *Journal of the American Medical Association*, 257, 640-644.
- FLORA, J.A. y THORESEN, C.E. (1988). Reducing the risk of AIDS in adolescents. *American Psychologist*, 43, 965-970.
- GARCIA HUETE, E. (1987). Aspectos psicológicos: evaluación, prevención e intervención. En R. Usieto (Ed.) *SIDA: Un problema de salud pública* (pag. 237-316). Madrid: Díaz de Santos.
- GARCIA VARGAS, J. (1988). Intervención del Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo en el Ateneo de Madrid. Celebración del Día Mundial del Sida, policopiado.
- HAYES, C.D. (1987). *Risking the future: Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing* (Vol. 1). Washington DC: National Academy Press.
- JANO (1989). Presentado el programa de actualización de las enfermedades de transmisión sexual. *Autor*, 36, 1756.
- KAPLAN, H.B., JOHNSON, R.J., BAILEY, C.A. y SIMON, W. (1987). The sociological study of AIDS: A critical review of the literature and suggested research agenda. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 140-157.
- KIECOLT-GLASER, J.K. y GLASER, R. (1988). Psychological influences on immunity: Implications for AIDS. *American Psychologist*, 43, 892-898.
- KRIEGER, I. (1988). An approach to coping with anxiety about AIDS. *Social Work*, 23, 263-264.
- LEVENTHAL, H. y CLEARY, P.D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk notification. *Psychological Bulletin*, 88, 370-405.
- LEWIS, C.E. y FREEMAN, H.E. (1987). The sexual history-taking and counseling practices of primary care physicians. *Western Journal of Medicine*, 147, 165-167.
- LUI, K.J., DARROW, W.W. y RUTHERFORD, G.W. (1988). A model-based estimate of the mean incubation period for AIDS in homosexual men. *Science*, 240, 1333-1335.
- MAYS, V.M. y COCHRAN, S.D. (1988). Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by black and hispanic/latina women. *American psychologist*, 43, 949-957.
- MEGIAS, E. (1988). Prevención del SIDA en drogodependientes y en grupos de riesgo afines. *Comunidad y Drogas*, nº 7, 61-80.
- MORIN, S.F. (1988). AIDS: The challenge to psychology. *American Psychologist*, 43, 838-842.
- NAJERA, R. (1988). Epidemiología del SIDA en España. *Investigación y Ciencia*, nº 147, 53-60.
- OMS (1987). *Programa especial sobre el SIDA: Estrategias y estructura. Necesidades previstas*. Ginebra: Autor.
- ORTIZ, C. (1988). Actuación de un centro de salud municipal en la prevención del SIDA en Madrid. En *II Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, policopiado.
- PETERSON, J.L. y MARIN, G. (1988). Issues in the prevention of AIDS among black and hispanic

- men. *American Psychologist*, 43, 871-877.
- RAMOS, P.F., GARCIA ALVAREZ, A., GRAÑA, J.L. y COMAS, D. (Eds.) (1987). *Reinserción social y drogodependencias*. Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- REINISCH, J.M., SANDERS, S.A. y ZIEMBA-DAVIS, M. (1988). The study of sexual behavior in relation to the transmission of human immunodeficiency virus. *American Psychologist*, 43, 921-927.
- ROYO, J., OBRADOR, A. y FONTANILLES, M. (Eds.) (1988). *Drogodependències: Esperències d'intervenció a Catalunya*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- STALL, D., COATES, T.J. y HOFF, C. (1988). Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men. *American Psychologist*, 43, 878-885.
- STALL, R., WILEY, J.A., MCKUSICK, L., COATES, T.J. y OSTROW, D. (1986). Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe guidelines for AIDS: The AIDS Behavioral Research Project. *Health Education Quarterly*, 13, 359-371.
- THE LANCET (Edición española) (1985). Emoción e inmunidad. *Autor*, 7(6), 407-408.
- THE LANCET (1987). Depression, stress and immunity. *Autor*, 27 Junio, 1467-1468.
- TOR, J., MUGA, R., RIBERA, A., LLIBRE, J.M., CLOTET, B., MELUS, R., GINESTA, C., REY-JOY, C. y FOZ, M. (1988). Infecció per VIH en addictes a drogues per via parenteral a Barcelona, 1984-1987. *Annals de Medicina*, 74, 43.

M. Díaz, M. Escalona, L. Rodríguez *

La actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas **

RESUMEN

Aun cuando el consumo de alcohol y otras drogas supera el marco de la empresa, en éste presenta manifestaciones específicas. Por ello, el problema socioeconómico que plantea la relación entre consumo de drogas y absentismo laboral/accidentes de trabajo, forma parte de la órbita de preocupación de empleadores y sindicatos.

Las empresas españolas están en una fase inicial en lo que se refiere a esta problemática, pero ello no obsta para constatar que desde dentro de las propias empresas puedan tomarse iniciativas de carácter preventivo y, en su caso, rehabilitadoras.

El presente estudio trata de determinar las actitudes con las que los distintos estamentos de las empresas españolas (órganos de dirección, servicios médicos y representaciones sindicales) se enfrentan al consumo de alcohol y otras drogas, así como las intervenciones en que se concretan esas actitudes, analizando específicamente aquéllas que tengan un carácter permisivo, sancionador y preventivo.

SUMMARY

The attitude of Spanish companies regarding alcohol and other drugs

Even though alcohol and drug consumption goes beyond the company framework, the results of this consumption manifests itself in specific ways. Therefore, the social and economic problem paced by the relationship between drug consumption and absenteeism and work related accidents, is of great concern to employers and labor unions.

Spanish companies are in an initial phase as far as this problem is concerned, but this does not obstruct the fact that from within the company, measures of a preventive, and in some cases rehabilitative, nature can be taken.

This study is attempting to determine the attitudes of the different organizational bodies within the Spanish companies (management bodies, medical services and unions) when confronted with alcohol and drug consumption, as well as the actions that result from these attitudes, specifically analysing those that have a permissive, sanctioning or preventive nature.

(*) Correspondencia: C/ Fernández de la Hoz, nº 12. 28010—MADRID.

(**) Este trabajo está basado en los resultados de un estudio que, subvencionado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, llevó a cabo la central sindical CCOO en 1988. En aquél estudio, además de los firmantes de este

artículo intervinieron: Amelia G^a Moltó, Celia Alonso Fernández, Domingo Comas Arnau, Eugenio Díaz Nasso, Carmen de Hijos Fernández, Francisco Monturiol Jalón, Olga Nogueiras Bordas, J. José Nogalvas Ungidos, Miguel Pacilla Suárez e Isidoro Rodríguez Fernández.

INTRODUCCION

EL consumo de sustancias tóxicas trasciende el mundo laboral, pero se manifiesta en éste de forma específica, tanto en relación a sus causas como a sus consecuencias.

Sabido es que el consumo de drogas obedece a causas diversas, psicosociales y socioculturales. Las relacionadas específicamente con el ámbito laboral hacen referencia al medio ambiente y a los procesos de trabajo. Condiciones desfavorables para la realización de tareas, trabajos peligrosos, turnos largos, estrés, frustración, falta de estímulo e inseguridad en el empleo, pueden actuar como desencadenantes y moduladores del consumo.

24

Los efectos del consumo son altamente costosos para los empresarios y los trabajadores. Investigaciones llevadas a cabo por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) confirman que los accidentes mortales en el lugar de trabajo, debidos al consumo de alcohol y otras drogas, fluctúan entre el 15 y el 30% del total. Entre el 20 y el 25% de los accidentes laborales entre los trabajadores que consumen alcohol y otras drogas es dos a tres veces mayor que entre el resto de los trabajadores. En algunas industrias, entre el 15 y el 40% de los casos disciplinarios guardan relación con el consumo de alcohol y otras drogas.

El consumo de alcohol, drogas ilícitas y fármacos prescritos, en combinación con otras sustancias químicas industriales, incrementan la toxicidad de dichas sustancias, con el consiguiente perjuicio para la salud de los trabajadores. A todo ello hay que añadir la problemática que se le plantea al trabajador que pierde su empleo por esta causa, con serias dificultades para conseguir otro posteriormente.

Ante este conjunto de manifestaciones va en aumento la preocupación de los distintos estamentos que forman el mundo laboral, así como los intentos de poner en marcha medidas adecuadas para abordar el problema.

No obstante, aún no se observa esta predisposición en algunos países, sobre todo en aquellos cuyo nivel de desarrollo no ha alcanzado niveles altos. Ello se manifiesta en una resistencia por parte de los empresarios y de los sindicatos a reconocer y a afrontar el problema. Los primeros, porque temen dar una «mala imagen» organizativa y productiva, los segundos porque temen la aplicación de medidas disciplinarias. Y ambos, porque no han llegado a desarrollar aún una infraestructura que posibilite una acción adecuada.

Asumir el consumo de drogas como una fuente de problemas laborales y desarrollar medidas destinadas a combatir sus causas y sus efectos, son objetivos a corto plazo. Si bien es cierto que una política preventiva del consumo no ha de ser abordada únicamente desde el ámbito laboral, sino desde la sociedad en su conjunto, sí hay que poner de relieve la gran importancia que dicho ámbito tiene en este sentido. El trabajo puede actuar como un buen elemento rehabilitador. Además, el centro de trabajo proporciona un valioso lugar para la educación en la salud.

En cuanto a los costos, parece evidenciarse que los programas de intervención en este sentido son siempre rentables, tanto para el empresario como para los trabajadores. La reducción de accidentes y de absentismo, así como el aumento de la salud de la población laboral, hablan por sí mismas.

Las empresas españolas están aún en fase muy inicial en lo que se refiere al abordaje del consumo de alcohol y otras drogas en relación con el trabajo.

El presente estudio trata de determinar las actitudes con las que los distintos estamentos de las empresas españolas se enfrentan al consumo de alcohol y otras drogas, analizando en qué respuestas se concretan esas actitudes y más específicamente aquéllas que tengan carácter permisivo, sancionador o preventivo.

Para facilitar una mejor comprensión de la investigación efectuada hemos dividido este trabajo en cinco grandes apartados: 1) En el primero, presentamos la ficha técnica del estudio realizado, incluyendo también los principales datos sociológicos relativos a las empresas entrevistadas; 2) En el segundo, analizamos las actitudes e intervenciones de los órganos de dirección ante el alcohol y otras drogas en la empresa; 3) Un apartado específico considera las opiniones e intervenciones de los Servicios Médicos de Empresa, incluyendo también una breve referencia al papel de los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 4) Seguidamente, analizamos las actitudes e intervenciones de los representantes sindicales ante el consumo de drogas por los trabajadores y 5) Por último, hacemos un resumen general del estudio y proponemos algunas conclusiones.

1. EL ESTUDIO REALIZADO

a) *Ficha técnica*

El ámbito del estudio tiene carácter nacional. El universo lo forman centros de trabajo y empresas que cotizan a la Seguridad Social y están dadas de alta en el Ministerio de Industria y Energía. Se partió del censo de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras, elaborado en 1985 y actualizado en 1987.

El procedimiento de muestreo fue polietápico, estratificado y proporcional por el número de Comunidades Autónomas.

En primer lugar se estratificaron las Comunidades Autónomas en función del número de empresas y de trabajadores de las mismas. La estratificación proporcional de los centros de trabajo se realizó a partir del tamaño de los mismos, utilizando los siguientes intervalos:

- De 1 a 50 trabajadores.
- De 51 a 200 trabajadores.
- De 201 a 2.000 trabajadores.
- Más de 2.000 trabajadores.

La distribución de las entrevistas en cada estrato se hizo de forma proporcional. Finalmente, se seleccionaron aleatoriamente, sobre listados nominales, las empresas donde debían realizarse las entrevistas. El tamaño de la muestra se fijó en 325 encuestas.

La entrevista-cuestionario se dividió en cinco partes: La parte A dirigida al equipo directivo de la empresa; la parte B, al Servicio Médico de la Empresa; la parte C, a la representación sindical; y las partes D y E recogen información acerca de las investigaciones y programas, respectivamente.

El nivel de fiabilidad de los valores obtenidos con la muestra realizada es muy elevado, ya que con una probabilidad del 95,5% los valores reales estarán muy próximos a los obtenidos en la muestra.

De las 325 empresas entrevistadas, 23 son de ámbito multinacional y el resto de ámbito nacional, autonómico, provincial y local. 161 centros de trabajo entrevistados pertenecen a empresas con más de un centro laboral.

Se enviaron dos cartas a cada empresa (una dirigida a la dirección y otra a la representación sindical), informándoles del objetivo de la encuesta y pidiendo colaboración en la investigación. Posteriormente, los entrevistadores concertaron cita para la entrevista mediante llamadas telefónicas.

b) *Datos sociológicos y organizacionales de las empresas*

El número de trabajadores comprendidos en la totalidad de los centros de trabajo entrevistados asciende a 154.929:

| | |
|-----------------|-----|
| — Varones | 81% |
| — Mujeres | 19% |

Las edades se distribuyen de la siguiente manera:

| | |
|----------------------------|-----|
| — Menores de 35 años | 35% |
| — Entre 35-50 años | 43% |
| — Más de 50 años | 22% |

El trabajo realizado en las empresas se organiza:

| | |
|---|-----|
| — En un solo turno de trabajo ... | 48% |
| — En dos turnos, mañana-tarde | 19% |
| — En tres turnos, 24 horas, salvo fiestas | 12% |
| — En tres turnos, ininterrumpidos | 21% |

La residencia habitual de la mayor parte de los trabajadores se encuentra:

| | |
|------------------------------------|-----|
| — Cerca del centro de trabajo .. | 68% |
| — Lejos del centro de trabajo | 6% |
| — Unos lejos y otros cerca | 25% |
| — No sabe / no contesta | 1% |

En cuanto a la movilidad de centro de trabajo, por exigencias laborales:

- En el 4% de las empresas los trabajadores son cambiados con frecuencia.
- En el 5% de las empresas ocurre con algunos trabajadores.
- En el 19%, los cambios se dan de vez en cuando o rara vez.
- En el 72% de las empresas no se producen cambios.

c) *Trabajos tóxicos o de riesgo*

Sobre una clasificación de 43 trabajos tóxicos o de riesgo, la frecuencia media de dichos trabajos en las empresas de la muestra se sitúa en 6 trabajos tóxicos o de riesgo. No obstante, esta media varía según el número de trabajadores, situándose en 4 para las empresas de hasta 50 trabajadores, 5 en las de hasta 200 trabajadores, 8,50 para la mediana empresa (200 a 2.000 trabajadores) y 17 para la gran empresa (más de 2.000 trabajadores).

También varía la frecuencia de trabajos tóxicos o de riesgo según el sector, destacando «Transportes, Comunicaciones y Mar», «Construcción» y «Metal», con una media de 12, 9 y 9, respectivamente.

Sólo el 5% de las empresas de la muestra no tiene trabajos tóxicos o de riesgo.

d) *Absentismo y accidentalidad*

De acuerdo con los datos facilitados por los órganos de dirección de las empresas entrevistadas, referidos al año 1987:

- Las jornadas perdidas por absentismo han sido 10.466.
- Los accidentes de trabajo fueron 19.728.

2. LOS ORGANOS DE DIRECCION DE LAS EMPRESAS

El conjunto de respuestas, cuyo resultado exponemos a continuación, fue contestado por 325 personas, todas ellas pertenecientes a la línea de dirección de las empresas entrevistadas:

| | |
|---|-----|
| — Jefes de Personal | 43% |
| — Directores generales | 13% |
| — Otros miembros del Departamento de Personal | 7% |

- Responsables de relaciones laborales 6%
- Otros cargos de la empresa .. 28%

a) *Intervenciones sobre alcohol y otras drogas en la empresa*

De las empresas entrevistadas, el 33% de ellas (105) se han planteado en alguna ocasión el tema de alcohol y otras drogas. No obstante, este porcentaje varía en función del número de trabajadores que tenga el centro de trabajo y el sector a que pertenezca.

Así vemos que se ha planteado el tema de alcohol y drogas en alguna ocasión el

19% de los centros de trabajo menores de 50 trabajadores. El 29% de los centros que tienen entre 51 y 200 trabajadores (pequeña empresa ambos), el 50% de las empresas medianas y el 63% de las grandes. Según los sectores, destacan «Alimentación», «Enseñanza», «Metal» y «Transportes, Comunicaciones y Mar», en los cuales se ha planteado el tema alcohol y drogas, respectivamente, el 58%, 57%, 53% y 62% de la totalidad de sus correspondientes empresas.

Los motivos de las intervenciones han sido los siguientes:

Cuadro 1.

| MOTIVOS DE LA INTERVENCION | % |
|--|----|
| A raíz de un caso muy concreto | 58 |
| Por una acumulación de casos | 27 |
| Porque el alcohol nos produce muchos problemas | 12 |
| Porque las drogas nos producen muchos problemas | 2 |
| Porque el alcohol y las drogas nos producen muchos problemas | 1 |

27

Entre las empresas que se plantearon en alguna ocasión el tema del alcohol y/o drogas, pusieron en marcha alguna iniciativa el 82% de las mismas; o lo que es lo mismo, un 20% del total de la muestra.

Estas iniciativas fueron las siguientes (sobre 84 respuestas):

- Acciones puntuales 62%
- Programa de prevención 12%
- Investigación sobre consumo 9%
- Creación de un grupo o comisión especial 5%
- Otras acciones 12%

En cuanto a las acciones puntuales llevadas a cabo, destacan las siguientes:

- Se ha facilitado al trabajador el ingreso en centros asistenciales, en algunos casos con pago de tratamiento.
- Se han puesto en marcha acciones informativo-preventivas sobre las consecuencias del consumo de alcohol y drogas, mediante carteles y charlas.
- Se han tomado medidas disciplinarias.

- Se ha reducido o suprimido el consumo de alcohol dentro del centro de trabajo.
- Se han limitado a hablar con el trabajador personalmente.
- Se ha cambiado al trabajador de puesto de trabajo.

b) *Participación en las iniciativas y evaluación*

Todas las iniciativas anteriores, incluyendo las acciones puntuales, se llevaron a cabo en un total de 64 empresas de la muestra (20%). En estas 64 empresas existen 39 servicios médicos y 39 comités de seguridad e higiene; es decir, 25 empresas carecen de uno o ambos de estos recursos.

En aquellas empresas en las cuales se llevó a cabo alguna iniciativa en relación con el alcohol y/o drogas, se contó con:

- | | |
|--|-----|
| — El servicio médico | 52% |
| — No se contó con nadie, se llevó a cabo desde la dirección únicamente | 36% |
| — La representación sindical | 31% |
| — El Comité de Seguridad e Higiene | 19% |
| — Un equipo externo de especialistas | 12% |

En el 17% de estas empresas, se instrumentó algún mecanismo de participación de los trabajadores.

La reacción del colectivo de trabajadores en relación con estas iniciativas fue:

- De apoyo y/o colaboración, en un 47% de los casos.
- Se mostraron indiferentes, el 30% de las ocasiones.
- Mostraron rechazo, el 5% de las veces.

- En el resto de las ocasiones, hasta el 100%, no se obtuvo respuesta de evaluación sobre la reacción del colectivo.

En cuanto a la evaluación que hace la dirección de la empresa sobre los resultados obtenidos, como consecuencia de las iniciativas desarrolladas, se indica que fueron satisfactorios en el 89% de los casos e insatisfactorios en el 13%. En el resto de las empresas no se formuló una evaluación.

c) *Estimaciones sobre el consumo de alcohol y otras drogas*

Según los datos aportados por la investigación de EDIS-UGT, en 1987, sobre el consumo de alcohol y otras drogas por la población laboral, se concluye que un 24,1% de la misma consume mucho alcohol (por encima de los 76 c.c. diarios). En cuanto al consumo habitual de otras sustancias (cannabis, anfetaminas, tranquilizantes, barbitúricos, inhalantes, alucinógenos, cocaína y opiáceos), dicha investigación establece que el consumo habitual de cannabis afecta al 3,8% de la población laboral, el consumo habitual de tranquilizantes al 1,3% y el consumo habitual de analgésicos comunes al 1,5%. El consumo habitual de inhalantes, anfetaminas, hipnóticos, alucinógenos, cocaína, analgésicos morfínicos y heroína, no llega en ninguna de estas sustancias al 1% entre la población laboral.

Aun cuando no puedan compararse los datos de la investigación EDIS-UGT con las opiniones que hemos recogido entre los órganos de dirección de las empresas de nuestro estudio (por tratarse de metodologías diferentes), veamos la estimación que tiene el colectivo analizado sobre el consumo de alcohol y otras drogas por la población laboral.

Cuadro 2.

| ESTIMACION QUE TIENEN LOS ORGANOS DE DIRECCION SOBRE EL PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE LA EMPRESA QUE CONSUMEN MUCHO ALCOHOL | % DE RESPUESTAS EN 325 EMPRESAS |
|---|---------------------------------|
| El 5% (o menos) | 53 |
| El 10% | 13 |
| El 20% | 3 |
| Más del 20% | 6 |
| No sabe / No contesta | 25 |

Cuadro 3. Estimación que tienen los órganos de dirección de que existe consumo habitual de la sustancia por trabajadores de la empresa.

| SUSTANCIA | % TRABAJADORES DE LAS EMPRESAS |
|-----------------|--------------------------------|
| CANNABIS | 20 |
| TRANQUILIZANTES | 15 |
| COCAINA | 7 |
| OPIACEOS | 6 |
| ANFETAMINAS | 6 |
| BARBITURICOS | 4 |
| ALUCINOGENOS | 2 |
| INHALANTES | 1 |

Otra estimación de los directivos de las empresas se refiere a la gravedad comparada entre un problema de alcoholismo y drogodependencia no alcohólica, referida al mundo laboral (Cuadro 4).

- d) *Relación entre consumo y absentismo/accidentalidad*

Según la OIT, «el absentismo laboral es de dos y tres veces mayor para consumidores de alcohol y/o drogas, que para el resto de los trabajadores».

En lo que se refiere a accidentes de trabajo, la OIT aporta datos indicando que: «el consumo de alcohol y/o drogas es la causa de entre el 20 y 25% de los accidentes laborales y de entre el 15 y 30% de los mortales».

En cuanto a la relación existente entre el consumo de alcohol y/o drogas-absentismo y accidentalidad, hemos obtenido las siguientes respuestas (Cuadros 5 y 6).

Las directivas de las empresas nos indican que hubo un total de 1.251 casos de problemas relacionados con el alcohol y 77 de problemas relacionados con otras drogas, durante el período comprendido entre 1985 y 1988. Estas cifras representan un 0,80 y un 0,049% respectivamente, de los 154.929 trabajadores comprendidos en los centros de trabajo de la muestra.

La causa más frecuente de detección de estos casos fue el *bajo rendimiento laboral*, en un 23% de los centros de trabajo,

Cuadro 4.

| GRAVEDAD COMPARADA | % DE RESPUESTAS |
|----------------------------------|-----------------|
| Es más grave el alcoholismo | 4 |
| Es más grave la drogodependencia | 34 |
| Son igual de graves | 60 |
| No sabe / No contesta | 2 |

Cuadro 5.

| RELACION ENTRE CONSUMO Y ABSENTISMO | % DE RESPUESTAS | |
|-------------------------------------|-----------------|--------------|
| | ALCOHOL | OTRAS DROGAS |
| Mucha | 40 | 40 |
| Alguna | 22 | 13 |
| Poca | 16 | 9 |
| Ninguna | 9 | 9 |
| No sabe / No contesta | 13 | 29 |

Cuadro 6.

| RELACION ENTRE CONSUMO Y ACCIDENTES DE TRABAJO | % DE RESPUESTAS | |
|--|-----------------|--------------|
| | ALCOHOL | OTRAS DROGAS |
| Mucha | 40 | 35 |
| Alguna | 18 | 15 |
| Poca | 14 | 10 |
| Ninguna | 14 | 12 |
| No sabe / No contesta | 14 | 28 |

Cuadro 7.

| CAUSAS DE DETECCIÓN DE CONSUMO PROBLEMÁTICO | % DE RESPUESTAS |
|---|-----------------|
| Bajo rendimiento laboral | 23 |
| Absentismo | 20 |
| Agresividad | 9 |
| Detección en reconocimientos médicos | 6 |
| Accidentes | 4 |
| Otros | 13 |
| No sabe / No contesta | 22 |

seguido por el *absentismo laboral*, en un 20% (Cuadro 7).

e) *Actitudes de la dirección ante los problemas de alcohol y otras drogas*

Ante un problema de absentismo o baja productividad continuada, se despliegan diversas actuaciones desde la dirección de las empresas. La más frecuente de estas acciones es procurar averiguar las causas que motivan el problema. En el siguiente cuadro, podemos ver la frecuencia de ésta y otras actitudes:

En lo que se refiere a cómo abordar un problema de alcohol u otras drogas generalizado, en una mayoría de empresas se preferiría «poner en marcha alguna medida preventiva» (69%), frente a la opción de «no involucrarse en el problema y limitarse a aplicar las normas» (21%). No sabe / no contesta, el 11%.

Esta misma actitud se manifiesta ante un problema de alcohol u otras drogas a nivel individual. En estos casos se preferiría «encontrar la forma de rehabilitarle» (78%), frente a la opción de «aplicar sin

Cuadro 8.

| ACTITUDES DE LA DIRECCIÓN ANTE PROBLEMAS DE BAJO RENDIMIENTO Y ABSENTISMO | % DE RESPUESTAS |
|---|-----------------|
| Se aplica estrictamente la normativa | 8 |
| Se consulta al comité de empresa | 9 |
| Se realiza una amonestación | 18 |
| Se procura averiguar las causas | 59 |
| No sabe / No contesta | 6 |

más la Ley» (15%). No sabe / no contesta, el 7%.

En el Estatuto de los Trabajadores se recoge «la embriaguez frecuente o toxicomanía como causa de despido cuando afecta negativamente al trabajo». La opinión de las líneas de dirección respecto a este artículo se expresa de la siguiente manera:

- Al 79% les parece justo y adecuado este artículo.
- Al 17%, no les parece justo y adecuado.
- No sabe / no contesta, el 4%.

En cuanto a la aplicación de este artículo en caso necesario:

- Se aplica en el 57% de las empresas.
- No se aplica en el 32% de las empresas.
- No sabe / no contesta, el 11%.

De los 1.251 casos de problemas relacionados con el alcohol, entre los años 1985 a 1988, se aplicó este artículo en 13 de ellos (1,03%). De los 77 casos de pro-

blemas relacionados con otras drogas, se aplicó en 9 de ellos (12,85%).

Una mayoría de líneas de dirección de las empresas, preferiría «algún tipo de medida alternativa», encaminada a la rehabilitación del alcoholismo o drogodependencia. Esta mayoría alcanza el 78% de las empresas. El 12% no preferiría esta alternativa. No sabe / no contesta, el 10%.

La alternativa legal al despido de un trabajador con estos problemas sería: «suspensión de empleo y sueldo y/o excedencia», «baja laboral por enfermedad», «posibilidad de despido con indemnización y desempleo».

La medida que preferiría aplicar la mayoría de las empresas es la baja por enfermedad, según responde el 68% (Cuadros 9, 10 y 11).

Un tema de gran importancia social es la plena integración de las personas en situación de paro que han tenido problemas relacionados con el alcohol y / o drogas. Acceder a un puesto de trabajo es uno de los objetivos fundamentales, tras un proceso de rehabilitación llevado a cabo con éxito.

32

Cuadro 9.

| MEDIDAS ALTERNATIVAS AL DESPIDO (ART. 54-2f E.T.) | % |
|--|----|
| Baja laboral por enfermedad | 68 |
| Suspensión de empleo y sueldo y/o excedencia | 16 |
| Posibilidad de despido con indemnización y desempleo | 11 |
| Otras | 5 |

Cuadro 10.

| CARACTERÍSTICAS DE LA BAJA LABORAL | % |
|--|----|
| Con alta normalizada tras rehabilitarse | 96 |
| Con indemnización y desempleo tras rehabilitarse | 4 |

Cuadro 11.

| CARACTERÍSTICAS DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO Y/O EXCEDENCIA | % |
|---|----|
| Con pago de tratamiento | 28 |
| Con obligada readmisión tras rehabilitarse | 65 |
| Con concesión de préstamos | 13 |

La actitud de las empresas respecto a la contratación de las personas rehabilitadas es de enorme importancia. A la pregunta: «¿Han contratado o contratarían a una persona sabiendo que es ex-drogodependiente o ex-alcohólico?» Las respuestas obtenidas en las empresas de la muestra se expresan así:

Para el supuesto de ex-drogodependencia:

- Sí contrataríamos 38%
- No contrataríamos 45%
- No sabe / no contesta 17%

Para el supuesto de ex-alcoholismo:
(Sigue página siguiente)

Cuadro 12.

| ACTITUD DE LA EMPRESA | EMBRIAGUEZ FRECUENTE | CONSUMO HABITUAL DROGAS |
|--|----------------------|-------------------------|
| No nos compete. No hacer nada | 18% | 18% |
| No puede ser que no nos afecte, intervendríamos y aplicaríamos las sanciones adecuadas | 2% | 3% |
| Pondríamos en antecedentes al comité | 7% | 7% |
| Pondríamos en antecedentes al Servicio Médico | 13% | 13% |
| Hablaríamos con el trabajador | 33% | 31% |
| Se le vigilaría más estrechamente | 9% | 9% |
| Deberíamos empezar a preocuparnos por el tema y pensar en un programa de prevención | 17% | 17% |
| No sabe / No contesta | 1% | 2% |

(sobre 535 respuestas)

(sobre 523 respuestas)

- Sí contrataríamos 43%
- No contrataríamos 41%
- No sabe / no contesta 16%

Por último, hemos obtenido respuestas de las líneas de dirección respecto a qué actitud desarrollarían ante el supuesto de que existieran casos de consumo habitual de drogas y embriaguez frecuente fuera del horario laboral, sin que ello afectara a la marcha de la producción ni a las relaciones interpersonales. La distribución de las respuestas es como indica el cuadro 12 (ver página anterior).

Hablar con el trabajador, empezar a pensar en un programa con fines preventivos y no hacer nada, son las actitudes en las que se concentra el mayor número de respuestas.

3. LOS SERVICIOS MEDICOS DE EMPRESA

Los Servicios Médicos de Empresa (SME) tienen la función de proteger la salud de los trabajadores desde que en 1959 se aprobó su Reglamento. Por este motivo, hemos querido recoger su opinión sobre la

situación de las empresas españolas en materia de consumo de drogas.

El cuestionario ha sido contestado por 124 SME. Las personas que hemos entrevistado son las siguientes, según su función dentro del SME:

- Jefe de SME 49%
- Médico del SME 29%
- A.T.S. 17%
- Otros 5%

El reglamento de los SME establece que las empresas con menos de 1.000 trabajadores pueden tener SME mancomunado con otras empresas de similares características, sin superar la cifra de 10.000 trabajadores. Las empresas con más de 1.000 trabajadores deberán tener SME propio. Nosotros hemos entrevistado a un 86% de SME propios y un 14% de SME mancomunados.

a) Prevención y abordaje del problema

Del total de SME encuestados (124) se han planteado el problema del alcohol y/o drogas un 61%.

34

Cuadro 13.

| SE HAN PLANTEADO EL PROBLEMA | Total | Pequeña Empresa | | Mediana Empresa | Gran Empresa |
|------------------------------|-------|-----------------|--------|-----------------|--------------|
| | | > 50 | 50-200 | 200-2000 | + 2000 |
| Sí | 61% | 25% | 46% | 64% | 89% |
| No | 39% | 75% | 54% | 36% | 11% |

Este planteamiento ha sido distinto según los casos. Así vemos que un 48,5% solamente se ha planteado el problema del

alcohol, otro 48,5% se ha planteado el alcohol y otras drogas conjuntamente, y un 3% sólo las drogas.

La mayoría de los que han contestado afirmativamente se centraliza en las empresas con más de 2.000 trabajadores, de las cuales el 89% se ha planteado este problema. Por sectores de producción destacan «Transportes, Comunicaciones y Mar», con un 86%, «Construcción y Madera», con un 83%, y «Administración Pública», con un 80%.

Del 61% de los SME que se plantearon el problema, solamente un 63% de los mismos pusieron en marcha alguna iniciativa.

Estas iniciativas han sido acciones puntuales en un 47%. Son pocos los SME que se han planteado un programa organizado con objetivos a corto, medio y largo plazo.

Cuadro 14.

| INICIATIVAS LLEVADAS A CABO POR S.M.E. | % |
|--|----|
| Acciones puntuales | 47 |
| Investigaciones sobre consumo | 17 |
| Programa de prevención | 15 |
| Creación comisión especial | 7 |
| Otros | 13 |
| No sabe / No contesta | 1 |

35

Las acciones puntuales más frecuentes son las campañas divulgativas antialcohólicas: charlas, carteles, cursillos, etc... Así como la asistencia y seguimiento de los casos de problemas con alcohol y/o drogas que aparecen en las empresas.

tanto por la gerencia como por los sindicatos en cuanto a su apoyo y compromiso respectivos».

La O.I.T. propone que «los programas deben estar plenamente sancionados

Las iniciativas desarrolladas por los SME entrevistados se han realizado, en un 23% de los casos, directamente por el SME. El 26% contando, exclusivamente, con la dirección de la empresa. Con el Co-

Cuadro 15.

| REACCIÓN DE LOS TRABAJADORES ANTE LAS INICIATIVAS LLEVADAS A CABO POR EL S.M.E. | % EMPRESAS |
|---|------------|
| Apoyo y/o colaboración | 71 |
| Indiferencia | 22 |
| Rechazo | 6 |
| No sabe / No contesta | 1 |

mité de Seguridad e Higiene en el Trabajo, se ha contado en el 18% y con los Comités de Empresa o los Sindicatos, en el 15%.

La reacción de los trabajadores ha sido de apoyo y/o colaboración en el 71% (Cuadro 15).

En empresas medianas y grandes el apoyo y colaboración de los trabajadores se ha producido en el 74% y 73% de los ca-

sos, respectivamente. En las empresas pequeñas el nivel de apoyo y colaboración, en opinión de los SME, se ha dado en el 58%, siendo la indiferencia la actitud predominante en el 25% de los casos. El sector de «Transportes Comunicaciones y Mar» figura con un 91% de apoyo y colaboración, seguido de «Salud» con un 75%.

Las causas por las cuales los SME se plantean la problemática alcohol y drogas son:

Cuadro 16.

| | |
|--|-----|
| -A raíz de un caso muy concreto | 24% |
| -Debido a que tienen muchas consultas | 9% |
| -Creen que hay problemas con el alcohol | 18% |
| -Hay problemas con las drogas | 4% |
| -Hay problemas con el alcohol y con las drogas | 11% |
| -A partir de una revisión sistemática | 21% |
| -Otros | 11% |
| -No sabe / No contesta | 2% |

(sobre 114 respuestas)

Las vías por las que los SME han conocido o tratado los problemas han sido:

Cuadro 17.

| FORMA DE DETECCIÓN POR LOS SME | % CASOS |
|--|---------|
| Detección analítica periódica | 22 |
| Consulta del interesado | 20 |
| Remitidos por la dirección de la empresa | 18 |
| Información y consulta de compañeros | 12 |
| A raíz de accidentes de trabajo | 7 |
| Remitidos por el comité de empresa | 3 |
| Otros | 10 |
| No sabe / No contesta | 8 |

(sobre 176 respuestas)

En cuanto a la valoración que los SME hacen de los resultados obtenidos en las iniciativas llevadas a cabo por ellos en drogodependencias:

- Han servido para algo 49%
- Bastante utilidad 33%
- Extraordinariamente positivos 12%
- No han servido para nada 2%

— No sabe / no contesta 4%

b) *Permisividad de la empresa y actitud de los SME*

Para los SME, la dirección de la empresa es tolerante, con el consumo de alcohol y/o drogas, como puede verse en el siguiente cuadro:

Cuadro 18.

| ACTITUD DE LA EMPRESA, SEGÚN LOS S.M.E. | % |
|---|----|
| Tolerante | 59 |
| Muy tolerante | 13 |
| Intolerante | 7 |
| Indiferente | 6 |
| Muy intolerante | 3 |
| No sabe / No contesta | 12 |

37

El 57% de los SME entrevistados se manifiesta de acuerdo con el conjunto de normas de la empresa en este tema.

La O.I.T. considera fundamental el carácter confidencial de los resultados obtenidos en las investigaciones médicas de consumo de alcohol y otras drogas.

En el caso de los SME entrevistados, vemos que un 37% de los mismos considera necesario comunicar a la Dirección de la empresa estos resultados, siempre que supongan un peligro para el resto de los trabajadores. Y un 32% comunicaría a la Dirección estos resultados, siempre. Solamente un 12% mantendrían la estricta confidencialidad, que supone reservar es-

tos datos exclusivamente al SME y al trabajador afectado (Cuadro 19).

Se podría afirmar que los SME conciben el consumo de alcohol y otras drogas como fenómeno individual. De hecho, el 46% de los SME encuestados se plantearían únicamente hablar personalmente con los afectados, *en el supuesto de conocer casos de consumidores habituales fuera del horario de trabajo*. Solamente un 26% para el caso del alcohol y un 25% para otras drogas, se plantearía un programa de prevención en la empresa (Cuadro 20).

c) *Sanciones y normativa*

La legislación laboral vigente en España en relación con el consumo de alcohol y

Cuadro 20.

| ACTITUD DE LOS SME | ALCOHOL | | | | | | DROGAS | | | | | |
|--|-----------------|------|-----------------|-----|--------------|-----|-----------------|------|-----------------|-----|--------------|-----|
| | Pequeña Empresa | | Mediana Empresa | | Gran Empresa | | Pequeña Empresa | | Mediana Empresa | | Gran Empresa | |
| | % | > 50 | 50-200 | 4% | 6% | 17% | % | > 50 | 50-200 | 3% | 6% | 17% |
| No nos compete. No hacer nada | 7 | - | 4% | 6% | 17% | 6 | - | 3% | 6% | 17% | | |
| Es imposible que no nos afecte. Intervendríamos de alguna manera. | 14 | 30% | 11% | 13% | 14% | 15 | 37% | 11% | 16% | 14% | | |
| Pondríamos en antecedentes al C. E.. | 3 | - | 6% | 3% | - | 3 | - | 6% | 3% | - | | |
| Pondríamos en antecedentes a la empresa | 4 | - | 6% | 5% | - | 3 | - | 6% | 3% | - | | |
| Hablaríamos con el trabajador | 46 | 40% | 47% | 46% | 48% | 46 | 38% | 48% | 43% | 48% | | |
| Deberíamos comenzar a preocuparnos por el tema y pensar en un programa de prevención | 26 | 30% | 26% | 27% | 21% | 26 | 25% | 26% | 27% | 21% | | |
| No sabe / No contesta | - | - | - | - | - | 1% | - | - | 2% | - | | |

Cuadro 19.

| MANTENIMIENTO DE LA CONFIDENCIALIDAD POR LOS S.M.E. | % | Pequeña Empresa | | Mediana Empresa | Gran Empresa |
|---|----|-----------------|--------|-----------------|--------------|
| | | > 50 | 50-200 | 200-2000 | +2000 |
| Sólo si hay peligro para otros trabajadores | 37 | 25% | 31% | 47% | 25% |
| Siempre | 32 | 50% | 36% | 25% | 40% |
| Nunca | 12 | - | 12% | 10% | 20% |
| Sólo si afectan al rendimiento | 10 | - | 12% | 12% | 5% |
| No sabe / No contesta | 9 | 25% | 9% | 6% | 10% |

39

otras drogas en el trabajo, es fundamentalmente sancionadora y no contempla el problema desde otros puntos de vista. Esto lo podemos ver en el artículo 54.2.f. del Estatuto de los Trabajadores.

En este sentido hemos preguntado a los SME (124) y los resultados son los siguientes:

- Están de acuerdo con el art. 54.2.f 40%
- No están de acuerdo 49%
- No sabe/no contesta 11%

De no existir este artículo, los SME opinan mayoritariamente (81%) que la medida más adecuada para los casos de consumo de alcohol y / o drogas sería la baja laboral por enfermedad. De ellos, el 97% cree que esta baja por enfermedad sería con alta normalizada una vez rehabilitados.

Un 11% de los encuestados considera que la medida más apropiada sería la suspensión de empleo y sueldo o la excedencia. De éstos, el 90% piensa que la readmisión sería obligada tras la rehabilitación y un 30% cree que esta suspensión debería ser con pago del tratamiento por la empresa (Cuadros 21, 22 y 23).

d) *Los Comités de Seguridad e Higiene en el trabajo*

La legislación laboral española ofrece instrumentos a las empresas para el abordaje de los problemas de salud de los trabajadores, donde tienen participación trabajadores y empresarios: Estamos hablando de los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Los Comités de Seguridad e Higiene se crearon por una Orden Ministerial de 29 de

Cuadro 21.

| ALTERNATIVAS AL DESPIDO ART. 54.2.f (E.T.) | % de respuestas |
|--|-----------------|
| Baja laboral por enfermedad | 81 |
| Suspensión de empleo y/o excedencia | 11 |
| Despido con indemnización y desempleo | 2 |
| Otros | 6 |

Cuadro 22.

| CARACTERÍSTICAS DE LA BAJA LABORAL POR ENFERMEDAD | % de respuestas |
|---|-----------------|
| Con alta normalizada | 97 |
| Con indemnización y desempleo al rehabilitarse | 3 |

40

Cuadro 23.

| CARACTERÍSTICAS DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO Y/O EXCEDENCIA | % de respuestas |
|---|-----------------|
| Con pago de tratamiento | 30 |
| Con obligada readmisión tras rehabilitarse | 90 |
| Con concesión de préstamos | 13 |

septiembre de 1944. Mediante el Decreto 432/1971, de 11 de marzo, se hicieron obligatorios para todas las empresas de más de 100 trabajadores y en aquellas que dispusiera el Ministerio de Trabajo por la peligrosidad de los procesos productivos.

El cometido de los Comités de Seguridad e Higiene es vigilar el cumplimiento de las normas de seguridad, investigar las causas de los accidentes y enfermedades profesionales y divulgar medios de defensa y preventivos entre el colectivo laboral.

Todas estas funciones las ejerce en nombre del empresario, ya que es un órgano de la empresa, aunque con participación de la representación sindical (ésta varía según el número de trabajadores de la empresa).

En las empresas de la muestra existen 159 Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo; es decir, un 51% de las empresas dispone de los mencionados Comités. Un 48% no dispone de este recurso. Un 1% no sabe / no contesta.

El 92% de los SME entrevistados participan en los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo. El 87% está de acuerdo con su composición y el 73% con el tipo de actividades que este Comité realiza.

Sin embargo, estos mismos SME manifiestan mayoritariamente que los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo, en el tema del consumo de drogas no hacen nada (45%) o no tienen nada que ver (10%).

Cuadro 24.

| OPINIÓN DE LOS SME SOBRE LA ACTIVIDAD DE LOS COMITES DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO EN RELACIÓN CON EL TEMA DROGAS-ALCOHOL | % de respuestas |
|--|-----------------|
| No hace nada | 45 |
| Estamos de acuerdo con lo que hace | 29 |
| No tiene nada que ver | 10 |
| No estamos de acuerdo con lo que hace | 4 |
| No sabe / No contesta | 12 |

4. LAS REPRESENTACIONES SINDICALES

A esta parte del cuestionario, dirigida a la representación sindical, han contestado diferentes cargos de las 317 representaciones sindicales encuestadas:

- Responsable de Sección Sindical 8%
- Otros representantes sindicales 37%

a) *Planteamiento del problema alcohol y otras drogas*

- Presidente del Comité de Empresa 32%
- Delegado de Personal 23%

Un 22% de las representaciones sindicales se ha planteado el problema del alcohol y / o drogas, mientras que el 78% no se lo

Cuadro 25.

| | Resp. Total | Pequeña Empresa | | Mediana Empresa 200-2000 | Gran Empresa +2000 |
|------------------------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------------------|-----------------------|
| | | Hasta 50 trab. | De 51 a 200 | | |
| Se han planteado el problema | 22% | 6% | 18% | 37% | 60% |
| No se lo han planteado | 78% | 94% | 82% | 63% | 40% |

ha planteado. Cabe destacar que en las empresas de menos de 50 trabajadores las representaciones sindicales casi no se plantean este problema: en la gran empresa se lo plantea un 60%; en la mediana empresa un 37% y en la pequeña empresa, con más de 50 trabajadores, un 18% (Cuadro 25).

El planteamiento de esta problemática por parte de la representación sindical, ha surgido por diversos motivos:

- A raíz de un caso aislado 40%
- Por numerosos problemas con el alcohol 14%

- Porque tienen problemas con las drogas 2%
- Porque tienen problemas con el alcohol y drogas 17%
- Por otros motivos 27%

En general, en la mayoría de las Empresas, los representantes sindicales no resuelven directamente el problema. Se observa, sin embargo, que conforme la Empresa aumenta de tamaño los representantes sindicales tienen mayor actuación, ya sea contactando con el Servicio Médico o haciendo propuestas concretas.

Cuadro 26.

| ACTUACIÓN REPRESENTACIÓN SINDICAL | TOTAL RESP. | Nº DE TRABAJADORES EN LA EMPRESA | | | |
|--|-------------|----------------------------------|-------------|---------------|-------------|
| | | Menos de 50 | De 51 a 200 | De 200 a 2000 | Más de 2000 |
| Ha resuelto el problema | 9% | | 8% | 14% | 6% |
| Ha contactado con el Servicio Médico | 18% | | 8% | 23% | 31% |
| Nada, sólo lo hablamos | 30% | 50% | 42% | 23% | 13% |
| Ha hecho propuestas concretas a la Dirección | 26% | 25% | 25% | 23% | 31% |
| Otras | 16% | 25% | 14% | 17% | 19% |
| No sabe / No contesta | 1% | | 3% | | |

b) *Intervenciones ante el problema alcohol y otras drogas*

Las diversas representaciones sindicales indican haber sido contacta-

das por problemas de esta naturaleza:

- En la mayoría de los casos (39%), por trabajadores ante situaciones particulares.

- Por la Dirección de la Empresa:
 - Ante casos concretos (21%)
 - Para abordar los problemas conjunta y globalmente (11%)
- Son contactados por el Servicio Médico:
 - Ante casos concretos (13%)
 - Para hacer un enfoque global y conjunto (8%)

— No sabe / no contesta (8%)

En cuanto a las 8 investigaciones y 10 programas de asistencia o prevención llevadas a cabo, las representaciones sindicales participaron en 2 de las primeras y 5 de las segundas. No participó en las 11 restantes. En sólo 4 empresas se creó una comisión especial para tratar el uso de drogas y sólo en una de estas comisiones participó la representación sindical.

Cuadro 27.

| INICIATIVAS LLEVADAS A CABO POR LA EMPRESA | PARTICIPA DE LAS REPRES. SINDICALES |
|--|-------------------------------------|
| Creación de un grupo o comisión especial | 25% |
| Acciones puntuales | 17% |
| Investigación sobre consumo | 25% |
| Programa de prevención o asistencia | 50% |

Un porcentaje alto de las representaciones sindicales opinan que los resultados de las iniciativas sobre este tema, llevadas a cabo en las empresas, son de utilidad (Han contestado esta pregunta 34 representaciones sindicales):

- En el 12% de los casos opinan que los resultados han sido extraordinariamente positivos.
- En el 15%, que tienen bastante utilidad.
- En el 32%, que han servido para algo.
- En el 21%, que han servido para poco.
- Solamente un 9% opina que no han servido para nada.

c) *Alcohol/drogas y sanciones*

El 59% de los representantes sindicales no están de acuerdo con el artículo 54-2f del Estatuto de los Trabajadores, en el que

se considera como causa de despido la embriaguez habitual o toxicomanía, si repercute en el trabajo.

Destacan en esta opinión las representaciones sindicales de la mediana y gran empresa, que no están de acuerdo con el citado artículo (el 77 y 90%, respectivamente). A esta pregunta contestaron 317 representaciones sindicales.

De no existir el artículo 54-2f, la mayoría de los representantes sindicales (el 85%) consideran como medida más adecuada para los casos de alcoholismo y/o drogodependencia, la baja por enfermedad.

Un 10% de los representantes sindicales estiman que, de no existir el citado artículo, la medida más adecuada sería la suspensión de empleo y/o excedencia. Solamente el 5% de las representaciones sindicales considera como medida apropiada el despido con indemnización.

Cuadro 28.

| MEDIDAS ALTERNATIVAS AL DESPIDO (ART. 54-2f) | % de respuestas |
|--|-----------------|
| Suspensión de empleo y/o excedencia | 10 |
| Baja laboral por enfermedad | 85 |
| Posibilidad de despido con indemnización y desempleo | 5 |

Cuadro 29.

| CARACTERÍSTICAS DE LA BAJA POR ENFERMEDAD | % de respuestas |
|--|-----------------|
| Con alta normalizada | 98 |
| Con indemnización y desempleo al rehabilitarse | 2 |

Cuadro 30.

| CARACTERÍSTICAS DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO Y/O EXCEDENCIA | % de respuestas |
|---|-----------------|
| Con pago de tratamiento | 39 |
| Con obligada readmisión tras rehabilitarse | 94 |
| Con concesión de préstamos | 24 |

44

Un alto porcentaje de los representantes sindicales consideran que la actitud de la empresa es tolerante con respecto a la problemática alcohol/drogas:

- El 52%, que estima que esta actitud es tolerante.
- El 5%, que es muy tolerante.
- El 12%, que es indiferente.
- El 8%, que es intolerante.
- Muy intolerante, el 4%.
- No sabe / no contesta, el 19%.

Conforme la empresa aumenta de tamaño, mediana y gran empresa, según los representantes sindicales esta tolerancia es mayor (65% en ambas).

d) *Causas del consumo*

Las causas del consumo, según los representantes sindicales, son:

- En el caso de los trabajadores de las empresas que son consumidores de alcohol, se considera que las razones obedecen a:
 - El 40%, a cuestiones personales que no tienen nada que ver con el trabajo.
 - En el 10%, al trabajo que realizan.
 - El 39%, que se debe al ambiente social externo.
 - No sabe/no contesta, el 10%.

— En el caso de que los trabajadores sean consumidores de drogas, se estiman las siguientes causas:

- El 30%, a razones personales.
- El 5%, al trabajo que realizan en la empresa.
- El 41% al ambiente social externo.
- El 24%, no sabe/no contesta.

— Los que consideran que las causas del consumo de alcohol/drogas, entre los trabajadores, obedece al tipo de trabajo que realizan:

- El 33%, opina que la causa es un trabajo repetitivo y desmotivador.
- A turnos demasiado largos, el 18%.
- A la falta de oportunidad de promoción, el 14%.
- A otros motivos, el 25%.

e) *Medidas a adoptar*

Las medidas que las representaciones sindicales consideran más adecuadas, en el supuesto de que tuvieran conocimiento de casos de consumo habitual de drogas o embriaguez frecuente fuera de la empresa (por ejemplo los fines de semana), sin que ello afectara al rendimiento laboral ni produjera absentismo, ni afectara a las relaciones interpersonales, son las siguientes (Cuadro 31).

Los porcentajes de respuestas más altos se concentran en las dos últimas alternativas que engloban un tratamiento individualizado («hablaríamos con el trabajador») y un tratamiento colectivo preventivo («deberíamos comenzar a preocuparnos por el tema y pensar en un programa de prevención»). Se observa como en la pequeña y mediana empresa existe mayor preferencia por el tratamiento individualizado, y en la gran empresa se preferiría un tratamiento colectivo preventivo.

f) *Papel de los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo*

En las empresas de la muestra, en las que existe Comité de Seguridad e Higiene (159), la participación de las representaciones sindicales se da en 142 empresas.

Se observa que conforme las empresas son más grandes, la participación de las representaciones sindicales es mayor. Así vemos que su participación en la mediana empresa es del 91%, y en la gran empresa del 100%.

Centrándonos en el papel que desempeñan los Comités de Seguridad e Higiene en relación con el alcohol/drogas, solamente un 10% de los representantes sindicales encuestados están de acuerdo con su actuación:

- El 17% opina que la actividad del Comité de Seguridad e Higiene no tiene nada que ver con este tema.
- El 59% considera que no hacen nada.
- El 1% no está de acuerdo con lo que hacen.
- El 13% no sabe/no contesta.

5. ALGUNAS CONCLUSIONES

a) *Planteamiento del problema en las empresas*

Una de cada tres empresas españolas se ha planteado en alguna ocasión el problema del consumo de alcohol y otras drogas entre sus trabajadores. Esta proporción aumenta en el caso de las grandes empresas (63%) y de las medianas (50%).

A nivel general, parece un bajo porcentaje de planteamiento ante un problema que afecta a la cuarta parte de los trabajadores y que, además, está relacionado con la accidentalidad, el absentismo y el

Cuadro 31.

| | ALCOHOL | | | | | | DROGAS | | | |
|--|---------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| | (1) | Pequeña Empresa | | Mediana Empresa | Gran Empresa | (2) | Pequeña Empresa | | Mediana Empresa | Gran Empresa |
| | | Resp. total | Menos de 50 trab. | De 51-200 trabaj. | De 51-200 trabaj. | | Menos de 50 trab. | De 51-200 trabaj. | Resp. total | Menos de 50 trab. |
| MEDIDAS DE LAS REPRESENTACIONES SINDICALES | | | | | | | | | | |
| No nos compete. No hacer nada | 12% | 15% | 13% | 10% | 3% | 12% | 14% | 13% | 10% | 3% |
| No puede ser que no afecte. Buscáramos la forma de intervenir. | 12% | 13% | 12% | 12% | 15% | 12% | 13% | 12% | 11% | 15% |
| Pondríamos en antecedentes a la Empresa | 4% | 7% | 4% | 1% | 3% | 4% | 7% | 3% | 1% | 3% |
| Pondríamos en antecedentes al Servicio Médico | 6% | 3% | 6% | 8% | 6% | 5% | 3% | 6% | 7% | 6% |
| Hablaríamos con el trabajador | 39% | 42% | 39% | 38% | 29% | 38% | 42% | 38% | 37% | 29% |
| Deberíamos comenzar a preocuparnos por el tema y pensar en un programa de prevención | 27% | 21% | 26% | 30% | 41% | 28% | 21% | 27% | 32% | 41% |
| No sabe / No contesta | | | | 1% | 3% | 1% | | 1% | 2% | 3% |

(1) Estos porcentajes se obtuvieron sobre 493 respuestas.

(2) Estos porcentajes se obtuvieron sobre 475 respuestas.

bajo rendimiento, y, por tanto, con la baja productividad y el aumento de costes adicionales.

Esta tendencia se ve confirmada también por el hecho de que el 61% de los Servicios Médicos de Empresa constatan haberse planteado el problema en alguna ocasión. En el caso de las grandes y medianas empresas el porcentaje se eleva al 89 y 64%, respectivamente.

Un 22% de las representaciones sindicales, por su parte, se ha planteado el problema, llegando hasta el 60% en las grandes empresas y el 37% en las medianas.

Se considera que la existencia de medidas disciplinarias previstas para el consumo de alcohol y otras drogas es una causa importante que explica la falta de planteamientos sobre este tema por muchas representaciones sindicales, ya que exponer problemas de este tipo supondría un riesgo de sanción.

Un alto porcentaje de las representaciones sindicales opina que la actitud de la empresa es tolerante respecto a estos temas. No obstante, el problema del consumo permanece oculto. En muy pocas empresas se ha llevado a cabo un planteamiento global, implicando a la Dirección, a los Servicios Médicos (donde los haya) y a los Sindicatos. Esa tolerancia o indiferencia ante el problema, puede esconder tras de sí una falta de criterios para abordarle, tanto desde la Dirección, como desde los Servicios Médicos y los Sindicatos.

Es necesaria una política de empresa consensuada, que garantice la no sancionabilidad en el caso de trabajadores que colaboren en programas de intervención sobre alcohol y otras drogas. Ello supondría un paso importante a la hora de poder detectar plenamente el nivel de consumo problemático y poder llevar a cabo las actuaciones adecuadas, considerando los

problemas de alcohol y drogas en un contexto de salud y seguridad social, y no desde una perspectiva sancionadora.

b) *Vías de detección empleadas*

En la mayoría de las ocasiones el planteamiento del problema alcohol/drogas surge en la empresa a raíz de la detección de algún caso aislado (58%, según los órganos de dirección).

La estimación de que existen problemas causados por el consumo, detectados en las revisiones periódicas, son los motivos más frecuentes por los que los Servicios Médicos de Empresa se plantean el tema.

c) *Actuaciones emprendidas*

De las empresas que se plantearon esta problemática, un 62% llevó a cabo alguna iniciativa, que frecuentemente consisten en acciones puntuales (62%), sin que surjan programas estructurados.

No se observa la existencia de una política consensuada a la hora de llevar a cabo iniciativas en relación con el alcohol y otras drogas desde la Dirección. En el 48% de las ocasiones en que aquélla tomó alguna iniciativa la llevó a cabo sin contar con otros estamentos de la empresa, hasta el punto de que solamente en el 31% de los casos se contó con la representación sindical.

Parecido porcentaje de intervención se observa entre los Servicios Médicos de Empresa, un 63% de los cuales llevó a cabo alguna iniciativa, mayormente consistente en acciones puntuales. En muy pocos casos se puso en marcha un programa (15%).

Parece que los SME perciben que el consumo de alcohol y drogas genera problemas a nivel colectivo, sin embargo no abundan las acciones dirigidas al mismo. La tendencia es resolver los problemas a nivel individual.

Consideramos que una línea de actuación preventiva, el apoyo en recursos externos de tratamiento y rehabilitación y una actuación consensuada con los distintos estamentos de la empresa (líneas de dirección, sindicatos) a la hora de promover programas de salud, incluyendo prevención sobre consumo de alcohol y otras drogas, deberían ser objetivos a corto plazo para los SME.

d) *Valoración y causas del problema*

El 60% de las líneas de dirección opinan que el alcoholismo y drogodependencia tienen efectos de igual gravedad en relación con el mundo laboral. Un 34% adjudica mayor gravedad a las drogodependencias no alcohólicas. Un 4% considera de mayor gravedad el alcoholismo.

Por nuestra parte no tenemos datos de que la accidentalidad, el absentismo, la mala ejecución de un trabajo o la conflictividad, sean más frecuentes en un caso de adicción a otras drogas que al alcohol. Consideramos que el 24% de las respuestas que atribuyen mayor gravedad a aquéllas se justifica por la existencia de opiniones estereotipadas, influidas por una inadecuada información que trasciende el ámbito laboral. Este contenido ideológico, relacionado con las drogas, impide un análisis objetivo y eficaz sobre la gravedad de su consumo.

Es interesante señalar que el 69% de los órganos de dirección preferirían poner en marcha medidas preventivas para abordar los problemas derivados del alcohol y otras drogas a nivel colectivo. Por otra parte, el 78% manifiesta su preferencia por facilitar formas de rehabilitación a nivel individual.

Consideramos que en una mayoría de empresas existe esta actitud preventiva. El hecho de que no se ponga en práctica pa-

rece deberse a que no se percibe el consumo como un problema colectivo, sino individual y puntual.

Según indican algunas representaciones sindicales, el trabajo repetitivo y desmotivador es la causa más frecuente que conduce al consumo de drogas y alcohol por los trabajadores, en relación con las condiciones de trabajo.

e) *Relación entre consumo de drogas y absentismo/accidentalidad*

Durante el trienio 1985-87 se detectaron 1.251 casos de problemas relacionados con el alcohol y 77 relacionados con otras drogas. Esto representa un 0,80 y un 0,04%, respectivamente, de la población trabajadora comprendida en la muestra. Se confirma, por tanto, la prevalencia de consumo problemático de alcohol sobre otras drogas, indicado por todas las investigaciones epidemiológicas en el ámbito laboral.

Más del 50% de las líneas de dirección detectan la relación existente entre consumo y absentismo/accidentalidad. Las causas de detección más frecuentes de los casos problemáticos fueron bajo rendimiento (23%) y absentismo (20%).

Existe una detección de los problemas causados por el consumo, pero no tanto una visión global, ya que los casos de consumo problemático se perciben puntualmente y no se analizan como una constante que pueda abordarse de forma sistematizada y colectiva.

f) *El consumo de alcohol y otras drogas como causa de despido*

El 79% de los órganos de dirección consideran justo y adecuado el art. 54.2.f. del Estatuto del Trabajador, regulador del despido por causa de embriaguez habitual o toxicomanía. El 57% está dispuesto a

aplicarlo. Esta aplicación se ha llevado a cabo en el 1,03% de los casos problemáticos relacionados con el alcohol y en el 12,85% de los relacionados con otras drogas. Esta medida legal parece ser asumida como un recurso de seguridad por las empresas, para ser utilizado en situaciones extremas.

El 78% de las líneas de dirección manifiesta que preferiría algún tipo de medida alternativa al despido, encaminada a la rehabilitación del trabajador. La medida más adecuada, según el 68%, sería la baja laboral por enfermedad.

Por su parte, la mayoría de los Servicios Médicos de Empresa (el 49%) no están de acuerdo con el art. 54.2.f. Un 81% propone la baja laboral por enfermedad como alternativa.

Una posición similar se observa entre la mayoría de las representaciones sindicales, ya que el 59% no está de acuerdo con el citado artículo del Estatuto del Trabajador. Sin embargo, se trata de un tema espinoso para el resto de las representaciones sindicales, que consideran que la consecuencia del consumo indebido trasciende su obligación representativa. Como los estamentos anteriores, la gran mayoría de representaciones sindicales (85%) opina que los casos problemáticos de alcohol y otras drogas deberían disponer de una baja laboral por enfermedad como medida alternativa al despido.

En relación con este tema se plantea una cuestión controvertida: el 79% de los Servicios Médicos de Empresa considera que los datos sobre consumo a que tienen acceso deben ser puestos en conocimiento de la Dirección de la empresa. Consideramos que los SME deben informar a la Dirección sobre aquellos aspectos que colectivamente puedan estar perjudicando la salud de los trabajadores, proponiendo medidas de prevención u otras in-

tervenciones adecuadas. Ahora bien, es fundamental que se mantenga una alta confidencialidad respecto a los consumidores (un 20% de los casos detectados surgen por consulta voluntaria del trabajador). Garantizar la confidencialidad es una de las piezas clave para la participación del colectivo laboral en un programa de intervención sobre alcohol y otras drogas. Además de evitar la marginación del trabajador, la confidencialidad garantiza que no van a aplicarse sanciones por este motivo, siempre que acepte seguir el tratamiento adecuado. La falta de confidencialidad provoca la ocultación del problema y dificulta la detección precoz.

g) *Papel de los Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo*

Durante el año 1987 se produjeron en las empresas encuestadas 19.728 accidentes laborales (un accidente por cada ocho trabajadores). También se ha comprobado una media de 6 trabajos tóxicos o de riesgo entre las empresas del estudio.

Sin embargo, el 61% de los Comités de Seguridad e Higiene no desarrolló ninguna actividad durante el año 1987, o bien realizó alguna acción aislada en lo que se refiere a su cometido específico. Tampoco existe ningún tipo de abordaje relevante desde dichos Comités con respecto al tema de alcohol y otras drogas.

Tanto los Servicios Médicos de Empresa como los Comités de Seguridad e Higiene son recursos que actúan en nombre del empresario y cuyo objetivo es asegurar la salud y la seguridad de los trabajadores.

Las empresas españolas están en un momento de evolución hacia formas organizativas superiores. La introducción de nuevas tecnologías y el establecimiento de objetivos de producción y servicios que

hagan a estas empresas competitivas en un marco internacional, deben ir acompañados de un planteamiento adecuado en lo que se refiere a salud y seguridad laboral. En este sentido es importante la introducción de criterios preventivos en el diseño de los puestos de trabajo y un esmerado cuidado en las características del medio ambiente laboral. El desarrollo de recursos internos en las empresas y/o el apoyo en recursos externos, para garanti-

zar el cumplimiento de estos objetivos, es una tarea que debe tenerse en cuenta.

La evolución de los Servicios Médicos de Empresa y de los Comités de Seguridad e Higiene hacia auténticos servicios de salud y seguridad laboral, compuestos por técnicos en estas materias abarcando distintas disciplinas, tal como propone la OIT, son pasos que urgen en el ámbito laboral español.

A. Rodriguez, S. Gonzalez *

De las drogas y de las sectas **

RESUMEN

El análisis de la toxicomanía desde la óptica de la problemática de las sectas destructivas lleva al hallazgo de importantes paralelismos entre ambos campos. La dependencia es el núcleo definidor de los dos problemas; otras similitudes se refieren a los factores de iniciación, a la población de afectados y su entorno vivencial, al deterioro de su salud y a la posible superación de la dependencia. Ambas dependencias parecen incompatibles simultáneamente pero intercambiables. La angustiada necesidad de salir de la crisis facilita en el drogodependiente el atractivo por la conversión a la secta. Algunos recursos asistenciales en toxicomanías pueden emplear técnicas de control y persuasión coercitiva propias de las sectas al margen de la ética y deontología profesionales. Para mejorar el funcionamiento de tales recursos se deben operativizar criterios y normativas adecuadas.

SUMMARY

On drugs and cults

Significant similarities exist between drug addiction and the problems associated with destructive cults. Addiction is at the center of both problems: other similarities are the way both are initiated, the affected population and its surroundings, the deterioration of health and the possibility of overcoming the addiction. Both addictions seem to be simultaneously incompatible but they are interchangeable. The anguishing need to escape the crisis makes joining a cult an attractive alternative for the drug addict. Some resources for assisting drug addicts could use control and coercive persuasion techniques similar to those of cults operating on the fringes of professional ethics. In order to improve the operation of such resources for assisting drug addicts, appropriate criteria and regulations must be applied.

51

LA idea de examinar la drogodependencia y sus formas de tratamiento desde la óptica del funcionamiento de las sectas resulta innovadora y esperamos que también enriquecedora. Además de los paralelismos existentes entre ambas problemáticas, llama la atención el

considerable «éxito» cuantitativo que está teniendo la respuesta que algunos supuestos grupos sectarios ofrecen para salir de la toxicomanía.

Al abrigo de este punto conviene precisar que al hablar de sectas nos estamos

(*) Correspondencia: C/ Aribau, nº 258, 1º. 08006 Barcelona

(**) Este artículo está basado en un estudio de los mismos autores promovido por GRUP IGIA y subvencionado por la Delegación del Gobierno

para el Plan Nacional sobre Drogas. La próxima publicación del mismo lleva por título «Fenómeno sectario y drogodependencia. La persuasión coercitiva en los sistemas asistenciales para toxicómanos».

refiriendo a las sectas denominadas más propiamente *destructivas*. Estas son definidas como movimientos totalitarios en los que se exige la absoluta entrega de sus miembros a través del uso de técnicas de manipulación, persuasión y control para lograr los objetivos del líder, lo que conlleva la dependencia de los adeptos hacia el grupo y su desvinculación del entorno familiar y social. Lo realmente cuestionable de las sectas destructivas (SD) son sus modos de actuar y de intervenir sobre los adeptos, no las creencias o doctrinas que sigan, por más extrañas, rebuscadas o irreales que éstas puedan parecer.

ADICTOS Y ADEPTOS: UN PARECIDO SORPRENDENTE.

La similitud fonética de ambos términos apunta ya con mucho acierto hacia la semejanza de fondo existente entre ambas poblaciones.

Al hablar de adictos y de adeptos, nos permitimos la licencia de usar, en aras a la concisión y la claridad, dos vocablos genéricos para aplicarlos a dos colectivos más específicos. En realidad nos estamos refiriendo a los drogodependientes, por un lado, y a los miembros de setas destructivas, por otro.

Aclarado el matiz terminológico, cabe anticipar lo que consideramos es el núcleo convergente de ambas problemáticas, el fenómeno común que las define: *la dependencia*.

La dependencia es un fenómeno extensible a otros ámbitos, pero adquiere un especial significado y protagonismo en los dos casos que nos ocupan.

Para establecer de una forma más integral los paralelismos entre los procesos de adicción a las drogas y de conversión a las SD, los analizamos en varios apartados.

FACTORES DE INICIO

Trataremos a continuación de dar respuesta a una pregunta clave: ¿Qué impulsa a los sujetos a adoptar un cambio de vida tan drástico como el que supone la dependencia a las drogas o a las SD?

Al lado de factores como la desilusión sociocultural, la insatisfacción por la realidad cotidiana, el desarraigo, el sentimiento de alienación y la crisis generalizada de valores, hemos de considerar también otros *factores causales o propiciadores de la dependencia a las drogas o las SD*. Entre los factores de orden o motivación personal se encuentran:

1. Padecer algún tipo de psicopatología.
2. El deseo de pertenecer y ser aceptado por un grupo.
3. El sentir ansiedad, inseguridad, incertidumbre.
4. La carencia de un sistema de valores o creencias arraigadas.
5. La atracción hacia estados de trance o similares.
6. La búsqueda del placer y de conocimientos y hallazgos «superiores».
7. El deseo de una comunicación «diferente» con los demás.
8. La búsqueda de nuevas experiencias y formas de vida alternativas.
9. El deseo de apartarse o huír de algo (fracaso sentimental, problemas familiares, frustración laboral, etc.).
10. El rechazo a la sociedad.

Otros factores personales que *favorecen la vinculación a las SD*, y no tienen en

cambio una referencia clara respecto a la droga, son:

- Idealismo.
- Credulidad.
- Falta de autoconfianza.
- Baja tolerancia a la ambigüedad (necesidad de absolutos).
- Deseo de una profundización espiritual.

Por otra parte, entre los factores que pueden motivar la *aproximación* y «*enganche*» a las drogas y no parecen sin embargo muy relevantes en cuanto a las SD, pueden citarse:

- Curiosidad.
- Deseo de evasión.
- Atracción por lo prohibido.
- Riesgo de la transgresión de la ley como forma de desafío a la sociedad.
- Actitud de juego.
- Baja tolerancia a la frustración.

Al hablar de los factores causales de tales dependencias, siempre tenemos presente su multiprocedencia y siempre dentro del marco tridimensional de individuo, medio social y droga/SD.

De lo dicho se desprende que tanto el potencial adicto como el potencial adepto carecen de un perfil psicológico específico y reconocible a priori. La relación entre elementos de orden personal, socioambiental y situacional hace que el origen de la dependencia resulte de una interacción multifactorial.

¿A QUIENES AFECTA?

Es significativo el dato de que la mayoría de los afectados, los adeptos y los adictos, surgen de un núcleo o perfil de población similar. Las drogas y las SD significan una posible alternativa, una salida al desarraigo y a la desadaptación social de muchos jóvenes que sufren insatisfacción y malestar individual y social.

Resulta irreal pretender definir un perfil de población estricto que determine un grupo de riesgo tanto para la dependencia a las drogas como a las SD.

El riesgo potencial que cada sujeto tiene de convertirse en un adicto o adepto viene dado por su umbral de vulnerabilidad.

Un claro factor de vulnerabilidad está determinado por la adolescencia y primera juventud. Hallarse en este período de edad crítico, con la necesidad de asumir y fortalecer una identidad propia y adaptarse a la sociedad señala un claro indicador de vulnerabilidad sobre el que se asientan otros de índole más específica.

La dificultad cada vez mayor de facilitar un adecuado proceso adaptativo a la juventud ha posibilitado el nacimiento del concepto «joven» como una categoría socio-económica-cultural aparcada que explica el porqué es la población de base para cualquier fenómeno nuevo de desviación social.

Si comparamos ambas poblaciones de afectados por las drogas y las SD, los datos conocidos indican que en ninguna parece descubrirse predominancias claras de un estatus o clase social sobre otro. En ambos casos dominan los del mundo urbano frente al rural. En cuanto al sexo los adeptos se distribuyen más o menos por igual entre hombre y mujeres, mientras en los adictos hay un claro predominio masculino.

DEPENDENCIA

Para adquirir y consolidar una dependencia suele seguirse un proceso evolutivo a través de un camino no regular y durante un tiempo indefinido.

Durante las primeras fases del proceso de dependencia los afectados son bastante inconscientes de las consecuencias que tal proceso puede acarrearles y confían en su autosuficiencia para solucionar cualquier problema. La suficiencia se torna impotencia cuando, avanzado el proceso, se ven incapaces de dominar la dependencia.

En las SD el proceso de atracción-seducción para el logro de la captación está presidido por la intención de conmover profundamente al sujeto y hacerle sentir-se querido y protegido.

Las SD le ofrecen una atmósfera de alta sugestionabilidad que le invita a abandonarse y dejarse contagiar emocionalmente por los nuevos estímulos que llegan a sus sentidos y prescindir de los interrogantes y resistencias puestos por su razón.

El proceso para lograr la captación se realiza siempre por vía *emotivo-afectiva*, nunca por vía racional. Esta misma vía emocional es aplicable también al proceso seguido por el drogodependiente.

Además de motivaciones previas, los inicios de la dependencia los marca la atracción del sujeto por la droga o la SD, lo cual desarrolla el deseo de probar, de iniciarse. Adquirida la dependencia, la necesidad sustituye al deseo.

Los condicionantes grupales y socioambientales y todas las circunstancias que rodean la atmósfera del adicto y del adepto constituyen de hecho factores básicos de dependencia psicológica. El clima creado por estos elementos ejerce un

atractivo en el sujeto que le conducirá a intentar vivirlo nuevamente y, cada vez más, a convertirlo en un estado perenne. Como núcleos fundamentales de ese clima o estado actúan, para cada caso, la *sustancia a administrarse* y la *autoridad totalitaria del líder-doctrina* a la que sometirse. Una y otra podrían considerarse, por tanto, equipables.

El miedo, en diferentes versiones e intensidades, impide la mayoría de intentos de abandonar la droga o la SD. El miedo a no saber o no poder vivir sin la droga o la SD empuja a los sujetos a reproducir la conducta dependiente.

La necesidad de evitar entrar en el estado proporcionado por la carencia de la droga/SD opera como estímulo aversivo y dispara un mecanismo de evitación que se plasma en una «huida hacia adelante», a reafirmar la dependencia.

Para el adicto y el adepto esta huida significa escapar del displacer, del vacío, del malestar y la ansiedad general que sobrevendría sin la droga/SD y sus circunstancias o entornos vivenciales. Para ellos está en juego el «funcionar» o «no funcionar», el servir o no servir, y, en definitiva, el «to be or not to be».

Los testimonios de ex-adictos y ex-adeptos ponen de manifiesto muy a menudo otra área importante de similitud entre ambas problemáticas. No estamos refiriendo a la vivencia de experiencias emocionales profundas e intensas.

A la experiencia adictiva le es consustancial el factor de *intensidad vital*. Sin embargo, es en las SD donde la intensidad, vinculada sobre todo con aspectos emocionales, adquiere su punto más álgido.

En las experiencias profundas a las que nos referimos, es perceptible la cercanía

entre diferentes estados alterados de conciencia similares al trance, resultantes unos de elevadas formas de misticismo o tipos específicos de meditación, y otros de experiencias con algunas drogas como el LSD. Sin embargo, algunos autores como Joel Allison (1) defienden que es difícil imaginar que una experiencia conquistada tras años de esfuerzo intenso y paciente sea poco diferente en su calidad y en sus consecuencias de la experiencia conseguida repentinamente y sin esfuerzo. Aunque cada vez menos, aún existe en algunos adictos un grado de búsqueda de estado «superiores» de conciencia y de afán de lograr la conexión con lo trascendente y de descubrir saberes desconocidos.

Las dependencias a las drogas y a las SD, por su intensidad, absorción del sujeto y demás factores mencionados, se presentan prácticamente *incompatibles* entre sí. Parfraseando la Biblia diríamos que no se puede servir a la vez a dos señores. *Su incompatibilidad proviene de su similitud funcional.*

Son estas mismas razones las que, además de incompatibles, hacen en estas dependencias *intercambiables*. Se pueden suceder mutuamente y de hecho es notorio ya el número de sujetos que abandona la droga con el ingreso en sectas.

De esta incompatibilidad e intercambiabilidad parecen ser conscientes algunas organizaciones de creencias, ya que tratan de apartar a los afectados de la drogodependencia atrayéndolos a su seno.

Ante esto nos asalta un interrogante clave: ¿Es tolerable que a un drogodependiente para que abandone la droga se le convierta en miembro de una SD?

(1) ALLISON, Joel (1966): «Recent empirical studies of religious conversion experiences», *Pastoral Psychology*, Vol. 17, n.º 166.

DINAMICA DEL ENTORNO

El marco vivencial —como antes lo hemos denominado— que engloba cada una de las dos problemáticas aquí tratadas contiene un funcionamiento específico al margen de los estándares sociales, con un peculiar sistema de estructura, jerarquía y reglamentación.

El mundo de las drogas y, en menor grado, el de las SD generan en su entorno círculos socioeconómicos al margen de la legalidad, fomentadores del delito y la marginación. Tal es su dimensión en el ambiente de las drogas que cada vez tienden más a configurar y, para algunos, hasta definir este fenómeno.

Los «explotados» constituyen sólo una parte, aunque la más amplia, del círculo de las drogas y las SD. Forman el sector sometido y oprimido, son las víctimas de la dependencia; en el otro extremo están los beneficiados de la misma. Para el caso de las drogas, quienes se benefician son los grandes traficantes, las redes mafiosas del tráfico internacional. En las SD los acumuladores de poder y dinero son la cúpula jerárquica, esencialmente el líder o gurú y secundariamente quienes forman parte de su corte.

En uno y otro caso se trata de organizaciones de poder e influencia que actúan al margen de las reglas básicas de un sistema social democrático y, confrecuencia, no sólo al margen sino también en contra de tales reglas.

Las cúpulas del gobierno de las SD y del tráfico de drogas suelen manejar redes internacionales con conexión organizacional en los diferentes países, lo que les facilita el intercambio clandestino de personas, productos y divisas.

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

Otra área de paralelismo entre adictos y adeptos es la de las alteraciones de su sa-

lud. Sin entrar aquí en el análisis exhaustivos de los mismos, sí cabe señalar la existencia de un alto número de trastornos y afecciones psíquicas comunes en ambas poblaciones.

Los factores que determinan el grado de deterioro de un adicto y un adepto son básicamente tres:

1. Su personalidad previa.
2. El tipo de droga que se administra o de SD a la que pertenece.
3. La intensidad de la adicción (dosis y frecuencia) y su duración, para el caso de la droga, o la intensidad de la integración y el tiempo de permanencia, para el caso de las SD.

El deterioro físico es notoriamente más intenso en los drogodependientes, mientras el psíquico puede ser intenso en ambos casos.

Por otro lado se puede afirmar que el «ser social» de adictos y adeptos está absolutamente mediatizado e instrumentalizado por la droga y la SD. El aprendizaje se polariza al servicio de la dependencia. Tales hechos suponen un giro importante en la identidad del sujeto dependiente.

SALIR DE LA DEPENDENCIA

El adicto y el adepto rara vez tienen motivación suficiente para superar la dependencia y comenzar la recuperación, por ello con frecuencia se intenta crear esa motivación e incluso se llega a veces a obligar al sujeto a someterse al proceso de rehabilitación.

Al igual que existen una serie de condiciones que facilitan la iniciación a la dependencia, se requiere también la convergencia de diferentes elementos en crisis

para servir de detonador de la motivación/decisión de iniciar la recuperación. Los ex-adictos y ex-adeptos lo explican como la acumulación de dolor y sufrimiento capaz de rebasar el umbral para despertar la motivación de «desengancharse». Lo que algunos plantean es la procedencia de forzar el cambio en aras de salvaguardar la salud del sujeto.

En el caso de los adeptos a SD se ha promovido por parte de sectores no profesionales —familiares y ex-miembros—, sobre todo en los Estados Unidos, la realización, mediante la retención forzosa del adepto, de la denominada popularmente «desprogramación». Este recurso así practicado supone adoptar medidas de fuerza en contra de la voluntad del adepto y plantea problemas éticos y legales.

En cuanto a las ayudas facilitadas a los drogodependientes para abandonar la droga, hay que constatar que en la práctica no siempre se respeta la propia voluntad o aceptación del sujeto a ser tratado. A menudo existen presiones externas al sujeto que actúan como factores de coerción con el fin de mediar e influir sobre su voluntad y sus determinaciones.

En lo referente al tratamiento a adictos y adeptos, durante la primera fase se asemeja en la intensidad que requiere tras la ruptura con la droga o la SD y el entorno ambiental que las envolvía.

Fases posteriores de rehabilitación y reinserción social se asemejan bastante para ambos grupos de afectados. La importancia del grupo familiar de acogida y el entorno es muy elevada y es preciso que intervengan participativamente en el proceso de recuperación.

Además de las técnicas individuales de abordaje terapéutico, la terapia de grupo y el apoyo mutuo entre ex-víctimas suele ofrecer buenos resultados.

Durante el proceso de recuperación los adictos y los adeptos han de enfrentarse a alteraciones y problemas propios de esta etapa, muchos de ellos comunes. Destacamos los denominados «flash-backs» en los adictos y las «flotaciones» en los adeptos (sensación de haber sido transportados de nuevo al pasado, súbita e involuntariamente), que les llevan por momentos a vivenciar en el recuerdo sus estados de dependencia previos, provocándoles mini-crisis cotidianas que pueden empujarles a la recaída.

Los ex-adictos sufren recaídas en mayor medida que los ex-adeptos, entre otros motivos porque la dosis de drogas es mucho más fácil de conseguir y posee un efecto intenso e inmediato que supone un refuerzo placentero. La recaída en un ex-adepto tiene un componente mucho más trascendente y definitivo por el vínculo y el compromiso adquirido con la SD.

ENTRAR EN UNA SECTA PARA DEJAR LAS DROGAS

En lugar de la motivación para salir de la dependencia, lo que suele llevar al toxicómano a la búsqueda de una salida es la acumulación de circunstancias adversas y deteriorantes que hacen insostenible su situación. Llega un momento en que se produce una necesidad angustiosa de salir de la crisis, lo cual favorece la predisposición del sujeto a ser ayudado. Esta situación coloca al toxicómano en un estado de gran vulnerabilidad. Si la acogida y cobertura de necesidades la hace en ese momento una secta, se está colocando la primera piedra para que su influencia fructifique en el sujeto.

Es importante entender que la capacidad de acogida en esas circunstancias de crisis puede ser un factor clave para explicar el potencial de influencia que puede ejercerse sobre el toxicómano.

Cualquier oferta exterior que afirme resolver el problema de la drogodependencia sin necesidad de la contribución activa del adicto aparecerá de forma más atractiva para él; ello significará que otros tomen medidas para que él se mejore, y eso le resulta placentero.

Para el caso concreto de la oferta que las sectas brindan a los drogodependientes nos planteamos algunos interrogantes: ¿Cuáles son los aspectos que el drogodependiente puede interpretar como atractivos en una secta hasta el punto de confortarle la proximación o integración en la misma? ¿Qué deseos, fantasías o expectativas se movilizan en el drogodependiente ante las sectas?

Para intentar responder a estas cuestiones exponemos algunos factores de atracción que las sectas pueden despertar en la percepción del sujeto. Estos son: la expectativa de un grupo de pertenencia homogéneo e intensamente cohesionado; la idea de una creencia y proyecto de vida unitario; la apariencia de un grupo pacífico sin competitividad ni luchas internas; el posible recurso para invertir las energías propias y delegar en él a la vez muchas preocupaciones y responsabilidades; un posible núcleo para comunicarse y ayudar a los demás; un lugar para experimentar nuevas alternativas y poder cambiar de vida; la promesa de poder alcanzar la seguridad y el sentido de la vida; la ocasión de intentar alcanzar conocimientos trascendentes y tener experiencias sobrenaturales; la oportunidad de realizarse espiritualmente y conseguir la salvación; la revelación de la incógnita de saberes ocultos y misteriosos; y, por último, el seguir a un líder carismático y con «grandes» poderes.

Los factores de atracción expuestos nos permiten conocer y valorar el papel seductor de las sectas y explicar alguno de los porqués de la sustitución de la droga

por la secta. Cabe señalar que alguno de estos atractivos podría atribuirse también a la droga, por lo que el drogodependiente puede aspirar a obtener en buena parte dentro de la secta lo mismo que busca administrándose la droga.

En definitiva, si el adicto se ha sometido a los imperativos de su drogadicción, le resultará cómodo y seductor entregarse a los designios de la secta y dejarse «ordenar la vida».

Las SD ofrecen al adicto la cobertura de sus necesidades y la satisfacción de sus deseos y expectativas; le brindan una alternativa de vida como ayuda benefactora y solución redentora para su malestar. Para que el drogodependiente siga su modelo acentúan con él el clima de elevada emocionalidad y le invitan a compartir las sensaciones y vivencias del colectivo con intención de hacerle sentirse querido y «arropado».

Las SD facilitan al drogodependiente el abandono de la droga y le sumergen en un ambiente distinto para regenerarlo, cosa que suelen conseguir. Tal regeneración implica una normativización y pautaje conductual preciso, lo cual ejerce un cierto alivio en el drogodependiente que siente cómo por fin alguien es capaz de orientar su vida y cubrirle sus carencias.

A los drogodependientes que para abandonar la droga entran en SD podríamos considerarlos «toxicómanos redimidos». De hecho llevan a cabo la sustitución de una dependencia por otra que la anula para erigirse en su lugar.

La verdadera alternativa para el drogadicto llega con *la conversión*. Esta marca el punto álgido de convergencia e identificación del mismo con la SD y, por lo general, sobreviene como fruto y culmen de la actividad persuasora y adoctrinadora de la SD.

Si antes la droga llevaba las riendas de su vida, ahora el adicto las deja en manos de la SD. Desconoce el uso o abuso que puedan hacer de su persona y sigue estando lejos de plantearse el tomar él las riendas para liberarse de la dependencia.

¿HAY COMPORTAMIENTOS SECTARIOS EN LA ASISTENCIA A TOXICÓMANOS?

Llegados a este punto, más que hablar de las sectas típicas queremos sacar a relucir la impregnación sectaria que puede existir en algunos de los actuales recursos de tratamiento a toxicómanos.

Algunos de éstos, así como otros tipos de recursos e instituciones pueden desarrollar en su seno tendencias al uso o abuso de fórmulas persuasivo-coactivas que pongan en entredicho la ética y deontología de tal proceder.

Siempre habrá que tener en cuenta la amplitud, intensidad y duración de la aplicación de tales técnicas de persuasión coercitiva para evaluar el potencial de daño originado por las mismas.

Hacer una separación tan nítida entre los que sí y los que no utilizan estas técnicas no resulta fácil y es a menudo un problema de cantidad, dado que, en pequeñas dosis, son comunes y se toleran ciertos usos que, en mayor cuantía, pueden resultar más deteriorantes que terapéuticos.

Este análisis permite confirmar y reforzar la idoneidad de los recursos asistenciales que en su funcionamiento no integran aspectos sectarios —que suponemos son la mayoría— y facilitar el diagnóstico de aquéllos otros que sí los integren, a la vez que apuntar el camino para la mejora de estos últimos.

A priori, nos parece que donde nuestro análisis puede encontrar más impregnación sectaria es en aquellos recursos clasificados como «no profesionales» en donde los criterios de salud, libertad y autonomía del sujeto pueden ser relegados con mayor facilidad a un segundo plano.

Las técnicas de persuasión coercitiva son métodos de coacción, control y manipulación del sujeto. Unas intervienen de forma directa y activa, otras de manera más indirecta y algunas por medio del encubrimiento u ocultación deliberada de la realidad.

Cada una por separado no define un proceder persuasivo-coactivo, pero sí contribuye, usada intensamente, al desarrollo del mismo.

Enumeraremos estas técnicas para que nos permitan enjuiciarlas cualitativamente y valorar la dimensión de sus efectos sobre el drogodependiente en recuperación.

Las técnicas de persuasión coercitiva y los procedimientos de carácter sectario susceptibles de ser utilizados por algunos recursos asistenciales para toxicómanos, pueden dividirse en cuatro grupos, en función del objetivo al que sirven predominantemente: uno, los que potencian la dependencia del sujeto respecto al recurso; dos, los que fomentan el aislamiento del sujeto; tres, los que merman sus capacidades cognitivas; y cuatro, los que intentan alargar indebidamente el proceso rehabilitador.

En el primer grupo, entre los métodos que generan dependencia en el toxicómano respecto al asistente o recurso asistencial, destacan: idealizar el recurso y el colectivo que lo compone creando percepciones y expectativas fantásticas sobre el mismo en la búsqueda de soluciones de tipo mágico; tratar de que el sujeto confiese aquellas circunstancias más ínti-

mas y confidenciales de su historia; penalizar o recompensar de forma alternativa las expectativas emocionales del sujeto; intentar que el sujeto someta a consulta de sus superiores cualquier iniciativa o decisión personal; incidir directamente sobre su conducta diciéndole qué hacer, dándole recomendaciones directas como parte del tratamiento, seduciéndole y manteniendo relaciones íntimas con él, evitando enfrentarle a realidades displacenteras, recomendando bodas, divorcios, cambios de carreras, etc.; y también, obtener poder sobre el asistido por vías no terapéuticas (convertirlo en amigo, alumno, amante, colega, empleado, colaborador, etc.)

En cuanto al segundo grupo, para mantener aislados a los asistidos, se puede recurrir a recluírlos, tratarlos alejados de su entorno, sugerirles la desvinculación y el rechazo de sus familiares y amigos, tratar de que se interrelacionen únicamente con los sujetos del mismo centro rehabilitador, reducir su individualidad presionándoles a la conformidad e identificación con el colectivo, y generarles miedos hacia todo lo ajeno al grupo e incluso rechazo a otras posibles vías de recuperación.

El tercer grupo de estos procedimientos es el referido a la reducción del uso del intelecto. Algunos de los métodos que limitan este uso son: la denigración o desdén hacia el pensamiento crítico, independiente del grupal; el empleo del argot específico del centro; la recomendación de tener fe en las personas y sistemas terapéuticos del recurso; el uso de conceptos abstractos, complejas explicaciones y aseveraciones contradictorias; y también la recomendación de cánticos y meditaciones para superar los problemas, tratando de eludir lecturas, seminarios o consultas de otros terapeutas para evitar la confusión.

Por último, el cuarto grupo mencionado es el dirigido a prolongar innecesariamen-

te el vínculo con el terapeuta, recurso o institución. En este sentido actúa la llamada inversión de roles en la que el asistente proporciona información sobre aspectos internos del recurso al asistido, de forma que éste se va comprometiendo y responsabilizando también del devenir de la institución. Ante el deseo del asistido de terminar el tratamiento, el asistente puede intentar prolongarlo recurriendo a: interpretar tal deseo como una deslealtad personal hacia él o una resistencia al tratamiento; convencer al asistido de los avances que hizo y que no aprecia debido a la brevedad del tratamiento; explicar al asistido que sus avances son todavía débiles y que precisan mayor consolidación o podrán desaparecer; reformular o replantear los objetivos a conseguir para hacer hincapié en aquellos aspectos no alcanzados; y finalmente, asegurar al asistido que se muestra insatisfecho, que está recibiendo uno de los mejores tratamientos existentes por lo que no podrá alcanzar mayores beneficios en otro lugar.

Todas estas técnicas o procedimientos aquí enumerados están contemplados desde el marco del respeto a la ética y deontología de los profesionales de la salud. Las citadas técnicas componen una plataforma de análisis aplicable a los diferentes recursos asistenciales para toxicómanos. De esa aplicación podrán resultar reconocida y reforzada la labor de muchos recursos que se mantienen al margen del uso de semejantes técnicas y que no suelen merecer artículos de prensa ni ofrecer estadísticas de recuperación milagrosas, en contraposición a la labor de aquellos otros que no resistirían inmunes la citada plataforma de análisis.

ALGUNAS RECOMENDACIONES

Al objeto de prevenir en lo posible la tendencia al desarrollo de un modelo coercitivo en los recursos asistenciales para

drogodependientes, sería necesario impulsar una serie de medidas que afectan tanto a la regulación de los centros asistenciales como a la potenciación de una cierta conciencia crítica sobre este fenómeno en los profesionales y demás personas que trabajan o están vinculados a estos centros, así como en los responsables públicos o privados de los que dependen.

Es probable que la proliferación de sistemas asistenciales coercitivos vaya ligada a una cierta concepción del tratamiento de toxicómanos como un sistema en el que el fin (que muchas veces en la práctica se limita a la consecución de la abstinencia) tiende a justificar los medios, olvidando algo tan elemental como los derechos del toxicómano como ciudadano.

Si bien podemos argumentar que el «derecho a no ser toxicómano» en determinados grupos sociales está poco preservado, (presión de la oferta, deficiente educación sanitaria, falta de recursos asistenciales, dificultades de inserción social, en definitiva todos los factores que inducen al abuso de drogas), también es cierto que la actitud asistencial de algunos recursos parece que muchas veces tienda a basarse más en negar un hipotético derecho a ser toxicómano, que a preservar el derecho a no serlo. Parece como si en el marco de lo que se ha venido a denominar «lucha contra las drogas», en el que se tiende a convertir a los recursos asistenciales en una parte más, se viera propiciado el surgimiento de estrategias cuya finalidad sería la consecución de la abstinencia sin importar demasiado las condiciones de vida en las que debe desarrollarse esta abstinencia.

Al objeto de prevenir estas tendencias sería recomendable impulsar espacios de debate, formación y reflexión donde se profundice sobre los límites éticos de la intervención profesional en drogodependencias, así como sobre las garantías jurí-

dico-sanitarias que deben exigirse a quienes sustenten recursos asistenciales.

Parece que estamos en una situación en que se da la bienvenida a cualquiera que quiera sumarse a esta «lucha contra la droga», creando instituciones, abriendo pretendidos centros de información, orientación, asistencia o reinserción, sin observar suficientemente qué es lo que en realidad se está haciendo y si no podrá resultar contraproducente su actividad.

Una de las formas más adecuadas de prevenir el desarrollo de sistemas de carácter sectario o fundamentalmente basados en mecanismos de persuasión coercitiva en el tratamiento de toxicómanos, es instaurar por parte de las administraciones competentes, normativas de homologación de centros que incluyan criterios que dificulten o impidan la aparición de estos fenómenos.

Los poderes públicos deben velar por la garantía de los derechos de todos los ciudadanos y, por tanto, también por los de los toxicómanos a ser tratados sin necesidad de entrar en un proceso de conversión sectaria o padecer las consecuencias de un sistema coercitivo que no debería darse en un recurso asistencial para drogodependientes.

REGULACION DEL MARCO DE LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS Y OTROS RECURSOS ASISTENCIALES DE CARACTER RESIDENCIAL

De una forma escueta podríamos enumerar algunos criterios que aplicados al marco de las Comunidades Terapéuticas (C. T.) podrían contribuir a prevenir el fenómeno coercitivo:

a) *Sobre el programa terapéutico*

- Ha de estar basado en teorías y técnicas de carácter científico.

- Ha de concebirse como una parte más de un programa más amplio. No debe concebirse como un fin en sí mismo.
- Su finalidad ha de ser la inserción social, y por tanto el vivir al margen de la C. T. y de la organización que la sustenta.
- Los criterios de diagnóstico, derivación, cambio de fase, alta, baja, etc., deben ser lo más objetivos posible.
- Debe contar con un sistema de evaluación de funcionamiento y resultados del propio programa-recurso.
- Debe controlar el uso de técnicas con posibles efectos contraterapéuticos: maratones, privación sensorial, sobrecarga sensorial, etc.
- Debe respetar los derechos de todo ciudadano recogidos en la Constitución y en la declaración de los derechos del enfermo.

b) *Sobre el funcionamiento*

- Preservar las condiciones higiénicas y sanitarias propias de un recurso socio-sanitario.
- Hacer pruebas periódicas de la salud general del asistido.
- Facilitar los elementos necesarios para garantizar el libre uso de medidas anticonceptivas y de evitación de infecciones.
- Establecer un Reglamento de Orden Interno donde se establezcan derechos y deberes de los asistidos.
- Especificación objetiva de los diferentes tipos de faltas en que pudieran incurrir los asistidos y las correspon-

- dientes sanciones, teniendo como línea orientadora la evitación en lo posible de los castigos como sistema de regulación institucional.
- Establecer un Contrato Terapéutico donde se recojan las obligaciones y compromisos establecidos por cada parte.
 - Informar exhaustivamente sobre el Reglamento y Contrato antes del ingreso, así como de las características generales del recurso.
 - Establecer un número máximo de asistidos simultáneamente por centro, así como el tiempo máximo de estancia individual.
 - Establecer una normativa específica sobre relaciones con el mundo exterior (correspondencia, medios de comunicación, visitas, etc.).
 - Existencia de un sistema de expresión de denuncias y quejas tanto para los internos como para sus familiares.
 - Garantizar que las actividades ocupacionales de los asistidos no constituyan un sistema de explotación infralaboral y que a su vez se enmarquen en el programa terapéutico.
 - Disponibilidad de sistemas anticonceptivos (negarlos como consecuencia de la prohibición de las relaciones sexuales puede ser un acto de irresponsabilidad institucional de consecuencias muy graves).
- c) *Sobre el Equipo Terapéutico*
- Multidisciplinar.
 - Supervisado.
 - Contratado en el marco de la legislación laboral.
 - Clarificación/delimitación de cargos, responsabilidades y funciones.
 - Constituido por profesionales con titulación y experiencia adecuadas, y configurado independientemente de las aportaciones que en determinados casos puedan hacer ex-toxicómanos, que en cualquier caso cabría contemplarlas como de carácter distinto al trabajo del equipo terapéutico.
 - Formado especialmente en las normas de la deontología profesional y las relativas a los derechos básicos del ciudadano.

MEJORAR LOS SISTEMAS DE ACOGIDA

Es necesario crear una oferta amplia, con capacidad de acogida, que evite la necesidad de acudir a la oferta sectoria para el tratamiento-contención de los toxicómanos.

Una de las deficiencias más evidentes frecuentemente denunciadas por los toxicómanos y que a la postre potencian el surgimiento y sostenimiento de ofertas asistenciales no profesionales, es la poca capacidad de acogida de los recursos asistenciales profesionales. No nos referimos sólo a la escasez de recursos y por tanto a la pobre incidencia que pueden tener porque quedan colapsados rápidamente, sino más bien a la tendencia a exigir muchas condiciones al toxicómano que solicita ayuda (existencia de apoyo familiar, días de espera para la primera visita, no dar respuesta inmediata al síndrome de abstinencia, etc.).

Probablemente muchas de estas condiciones forman parte de una estrategia para

trabajar y reconvertir la demanda, para intentar un rápido y sostenido proceso de abstinencia. El problema está en que estas condiciones actúan como un filtro muy tupido sobre los demandantes, hasta el punto de que muchos toxicómanos «no siguen» y otros «ya ni vienen».

Habría que plantearse sistemas de acogida que pudiesen ofrecer una res-

puesta más inmediata a las necesidades de alojamiento, comida y primeras atenciones a la salud. Ello actuaría como factor preventivo respecto a la capacidad de acogida de las ofertas de tipo sectario. En definitiva se trata de disponer de una respuesta asistencial amplia y diversificada que conecte con los diferentes tipos de demanda que se producen.

BIBLIOGRAFIA

- ANDERSEN, Susan M., (1983): *Identifying coercion and deception in social system*, Paper presented at the annual meeting of the American Association for the Advancement of Science, Section K, in a symposium entitled «Scientific research and new religions», Logan (Utah).
- ANDERSEN, Susan M.; ZIMBARDO, Philip G., (1984): On resisting social influence, Weston (MA.), *Cultic Studies Journal*, Vol. 1 Núm. 2, pp. 196-219.
- ASH, Stephen M., (1985): Cult-induced psychopathology, Weston (MA.), *Cultic Studies Journal*, Vol. 2, Núm. 1, pp. 31-90.
- BROWN, J.A.C., (1963): *Técnicas de persuasión*, Madrid, Alianza Editorial.
- CANTERAS, A.; RODRIGUEZ, P.; RODRIGUEZ, A., (1988): *Asociacionismo y libertad individual: los movimientos sectarios*, Madrid, Comisión Interministerial para la Juventud.
- COMAS, D. (1988) *El tratamiento de las drogodependencias y las comunidades terapéuticas*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.
- FUNES J. ROMANI O. *Dejar la heroína*. Madrid. Dirección General de Acción Social y Cruz Roja Española.
- GONZÁLEZ C. FUNES J. GONZÁLEZ S. MAYOLI I. ROMANI O. (1988) *Repensar las Drogas*. Barcelona. Grup Igja.
- LIFTON, R. J., (1961): *Thought reform and the psychology of totalism*, New York, Norton.
- OF SHE, R.; SINGER, M. T., (1986): Attacks on peripheral versus central element of self and the impact of thought reforming techniques, Weston (MA.), *Cultic Studies Journal*, Vol. 3, Núm. 1.
- POLO LL. ZELAYA M. (1984) *Las Comunidades Terapéuticas en España*. Madrid. Cruz Roja y Dirección General de Acción Social.
- RODRIGUEZ, Alvaro, (1988): *Sectas: El adiós a la libertad*, Barcelona, Institut de Drets Humans de Catalunya, Inform. Núm. 12.
- SCHEIN, E. H., (1961): *Coercive persuasion*, New York, Norton.
- SINGER, M. T., (1984): *The psychotechnology of intense indoctrination programs*, Berkeley (U.S.A.), (sin publicar).
- TEMERLIN, M. K.; TEMERLIN, J. W., (1984): «Some hazards of the therapeutic relationship», en *Deshumanization and therapy*, Annual conference an training institute of the American Academy of Psychotherapists, Chicago.
- WEST, L. J.; SINGER, M. T., (1980): «Cults, Quacks, and nonprofessional psychotherapies, en KAPLAN, H. I.; FREEDMAN, A. M.; SADOCK, B. J.: *Comprehensive book of Psychiatry*, Vol. 3, Baltimore, Williams and Wilkins.
- ZIMBARDO, P. G.; EBBESEN, E.; MASLACH, C., (1977): *Influencing attitudes and changing behavior*, Reading, MA., Addison-Wesley.

Documentación

Grupo de trabajo europeo sobre políticas de apoyo a la educación para la salud en los centros docentes

Informe final

Sevilla, 25-26 de mayo de 1989

Dada la importancia que va adquiriendo la formación en el área de la salud y los esfuerzos cada vez más intensos que se realizan para llevar dicha formación al ámbito escolar, consideramos de interés la publicación del «Informe final» de la reunión del «Grupo de trabajo europeo sobre políticas de apoyo a la educación para la salud en los centros docentes». Dicha reunión fue organizada por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la Dirección General de Planificación Sanitaria (ambas adscritas al Ministerio de Sanidad y Consumo) y la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía. Colaboraron, asimismo, la Comisión Europea y el Ministerio de Educación y Ciencia español.

INTRODUCCION

EXISTE hoy día un acuerdo generalizado sobre la necesidad de que la educación para la salud se incluya en las actividades cotidianas de los centros docentes como un componente importante de su quehacer educativo. Son muchas y conocidas las razones que sostienen esta postura, tanto educativas como sanitarias.

Sin embargo, este consenso internacional contrasta con la pobre realidad de la educación para la salud en las escuelas europeas. Son escasos los países en que ésta forme parte oficial del curriculum educativo y se imparta en la generalidad de las escuelas del país, aprovechando así su potencial para preservar o fomentar estilos de vida saludables en los alumnos.

Esta situación no es por azar. La formación facilitada a los educadores no siempre les ha ayudado a tomar conciencia de la importancia de este aspecto de la educación integral de sus alumnos, ni los

educadores que sí eran conscientes de ello se han sentido siempre apoyados por las autoridades educativas, las sanitarias y los propios padres de los alumnos a la hora de realizar actividades de educación para la salud.

Aunque la situación varía enormemente de unos países a otros, y dentro de éstos, de unas áreas geográficas a otras, en el conjunto de los países europeos se tiene conciencia de la necesidad de potenciar la educación para la salud en los centros docentes. Este esfuerzo deben realizarlo los propios profesionales de la educación y de la sanidad, así como sus asociaciones profesionales, otras organizaciones no gubernamentales y, de manera especial, las autoridades nacionales, regionales o locales relacionadas con la educación y con la salud.

Es improbable que la educación para la salud acabe convirtiéndose en una práctica generalizada en todas las escuelas de un país — única forma de garantizar el de-

recho del alumno a que el sistema docente le forme en el conocimiento de los factores que determinan la salud y cómo mejorarla— si no se diseñan y ponen en práctica *políticas de apoyo* a este aspecto de la educación.

Con el objeto de poner en común las experiencias europeas en este terreno, de identificar los problemas existentes para el diseño de políticas efectivas en este campo y de estudiar las vías de solución ensayadas o posibles, se ha reunido este grupo de trabajo europeo sobre políticas de apoyo a la educación para la salud. En él han participado una veintena de investigadores y funcionarios de distintos países de Europa (en su mayoría vinculados al Estudio de la Oficina Regional para Europa de la OMS sobre Conductas relacionadas con la Salud en los Niños en Edad Escolar) y otra veintena de autoridades y funcionarios españoles relacionados directamente con la educación para la salud en los centros docentes.

El programa del grupo de trabajo ha partido de una revisión somera de la actuación de dos organismos internacionales en cuanto al apoyo a la educación para la salud en las escuelas europeas (la Oficina Regional para Europa de la OMS y la Comunidad Europea), así como de las actividades que se llevan a cabo en nuestro país, tanto por el Ministerio de Educación y Ciencia y el de Sanidad y Consumo como por uno de los gobiernos autónomos (la Junta de Andalucía).

El grueso de la reunión ha estado centrado en el análisis de cuatro elementos que parecen claves a la hora de diseñar una política efectiva en este ámbito:

- la sensibilización y la formación del profesorado en educación para la salud;
- su integración curricular adecuada;

- la existencia de estructuras administrativas de apoyo al profesorado en este tema (no necesariamente específicas) desde el sistema educativo y el sanitario;
- la elaboración y difusión de materiales didácticos apropiados.

1. LA POLITICA DE APOYO EN EDUCACION PARA LA SALUD EN LOS CENTROS DOCENTES POR PARTE DE LOS ORGANISMO GUBERNAMENTALES EN EUROPA.

Una de las ideas que actualmente goza de mayor consenso en Europa es la consideración de los jóvenes como uno de los mejores recursos de que goza la comunidad.

Ello implica conceder una gran importancia a la educación y considerar a los profesores como uno de los mejores agentes de construcción del futuro. De ahí la necesidad de intensificar el diálogo entre las diversas instituciones educativas a nivel europeo para incrementar las actividades de formación del profesorado.

En el campo específico de la educación sanitaria esta afirmación se da paralelamente a un cambio de orientación por parte de la OMS, que consiste en pasar de un enfoque de la educación sanitaria centrado en el profesor, a un enfoque centrado en los niños. En este sentido, se destaca la importancia de los medios de comunicación sobre el proceso formativo y se invita a los profesionales de la educación para la salud a iniciar un diálogo con los medios de comunicación y a los políticos a actuar sobre ellos con medidas preventivas para la infancia.

Algunas actuaciones recientes de la OMS en el campo de la Educación Sanitaria son:

- La preparación durante el próximo mes de julio de un curso de Formación del Profesorado que se realizará en 1990, adoptando una perspectiva de formación de formadores en la que se otorguen incentivos de reconocimiento a los profesores participantes.
- La realización periódica del Estudio Europeo sobre Conductas relacionadas con la Salud en los Niños en Edad Escolar, destinado a proporcionar una información utilizable en la adopción de decisiones favorables a la promoción de la salud entre los jóvenes.
- El desarrollo de un proyecto conjunto de Educación Sanitaria entre la OMS y la CE, cuya primera realización es un Manual de Formación para Profesores.
- La continuidad de distintos programas de trabajo, destacando que en el Octavo Programa General de la OMS se incluye por primera vez un objetivo específico para los escolares, que ha generado distintos programas de la Organización.

Por lo que se refiere a la actuación de la CE en este campo, se destaca que el tema ha sido abordado muy recientemente y que, por otra parte está limitado por el hecho de que el sistema educativo no forma parte de sus competencias.

El marco legal de la acción comunitaria en Educación Sanitaria viene respaldado por las siguientes Resoluciones del Consejo:

- a) R. C. (86/C 184/07 Junio 1986) sobre la Educación para el Consumo en la Escuela Primaria y Secundaria.
- b) R. C. (86/C 184/02 Mayo 1986) sobre el Abuso del Alcohol.

c) R. C. (86/C 184/06 Mayo 1986) sobre el SIDA.

d) R. C. (89/C3/01) sobre la Educación para la Salud en la Escuela (23 Noviembre 1988).

De esta última resolución se derivan cuatro áreas en las que la Comunidad puede actuar:

1. Incrementar y dar soporte a los intercambios de información entre las diferentes instituciones que organicen encuentros y seminarios.
2. Analizar las líneas fundamentales del curriculum de educación sanitaria y difundir ejemplos prácticos que hayan obtenido resultados positivos.
3. Incrementar y dar soporte al intercambio de materiales para los profesores.
4. Proporcionar asistencia a los estados miembros para planificar y llevar a cabo investigaciones y proyectos piloto en programas de educación para la salud.

Esta resolución ha generado también la creación de un Grupo de Trabajo que se reunió por primera vez en Luxemburgo el 21 de abril de 1988, con la asistencia de un representante de cada estado miembro. Este grupo de trabajo ha analizado la diversidad de sistemas educativos en los respectivos países, lo cual redundará en una gran heterogeneidad de la situación de la educación para la salud en la escuela, y ha recomendado dar importancia a los encuentros y grupos de trabajo de profesores de distintos países que pudieran analizar experiencias de educación para la salud bajo los siguientes aspectos:

- Descripción de las actividades de educación para la salud en un país, región o escuela.

- Análisis de los métodos y técnicas empleados.
- Unión entre la actividad de la escuela y la actividad comunitaria.
- La evaluación del proceso.

Uno de los principales problemas que se encuentran para hacer educación para la salud en Europa es el tabú que todavía existe en torno a la educación sexual. Este problema debería abordarse desde una doble perspectiva: el enfoque de las relaciones sexuales en el marco de unas relaciones interpersonales positivas, felices y sanas y la difusión de la idea de que la ignorancia no ayuda a nadie.

La necesidad de hacer educación para la salud en relación con el SIDA intensifica este problema y añade el peligro de cargar la educación sexual de connotaciones negativas. Para evitarlo hay que difundir un enfoque basado en la educación integral, que incluya la educación sexual en un planteamiento educativo global y que tenga en cuenta las diferencias culturales de cada país y de cada zona.

Dada la importancia del tema, su complejidad y la necesidad de rentabilizar al máximo los recursos que se invierten, se destaca la imperiosa necesidad de una coordinación entre los diferentes organismos internacionales implicados.

En este sentido, hay que destacar el inicio de colaboración entre la OMS y la CE que supone la edición del Manual de Formación de Profesores antes citado. En el mismo sentido se destaca la necesidad de incorporar a esta coordinación la UNESCO y se hace constar que ha habido algún tipo de actuación a través de la UNICEF.

Sin embargo la situación es compleja, si se considera por una parte, que una coordinación supranacional debería incluir no

sólo la CE, sino también otros organismos internacionales como el COMECON y el Consejo de los Países Nórdicos; y por otra parte, que muchos de los estados europeos tienen una estructura interna diferenciada y compleja en la que las competencias en educación tienden a descentralizarse. Esta situación plantea la necesidad de una coordinación basada sobre todo en el debate y clarificación del marco conceptual en educación para la salud.

2. SITUACION Y PERSPECTIVAS EN ESPAÑA DE LA POLITICA DE APOYO A LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LOS CENTROS DOCENTES.

El análisis de la situación de la educación para la salud en España sólo puede hacerse dentro del contexto de la reforma global y estructural del sistema educativo que el país tiene planteada.

Por otra parte, esta reforma debe entenderse en el marco de una España de las Autonomías, en la que las competencias de educación se encuentran fuertemente descentralizadas.

2.1 *La Administración Central*

La reforma del sistema educativo comporta, como cambio fundamental, el paso de una programación centralizada, cerrada e inflexible a la adopción de un modelo curricular abierto y flexible en el que sea el profesorado el encargado de elaborar diseños curriculares de centro, adecuados a la realidad de cada aula y suficientemente diversificados como para responder a los diversos estilos de aprender de los alumnos.

Esta propuesta se ha concretado en un Diseño Curricular Base que recoge la experiencia de un período de aplicación experimental (1985-88) y que durante el pró-

ximo curso (1989-90) va a ser ampliamente debatida a diferentes niveles sociales.

El Diseño Curricular Base recoge, como dimensiones transversales al currículum, la educación para la salud al igual que la educación para la paz, la educación ambiental, la educación para la igualdad de sexos y la educación para el ocio. Estas dimensiones transversales al currículum se recogen como contenidos de especial relevancia a integrar en los currícula de las disciplinas escolares: ciencias naturales, ciencias sociales, deporte, etc...

Los objetivos de los currícula disciplinares se diseñan a tres niveles: objetivos cognitivos, procedimentales y actitudinales, siendo estos últimos los de mayor relevancia a la hora de desarrollar en los alumnos la capacidad de dar una respuesta autónoma a los problemas y demandas que la sociedad les formula. En este sentido se pone el acento en la consecución de objetivos como el desarrollo de las capacidades, la aceptación del propio cuerpo, el aumento de la autoestima, la capacidad crítica, etc...

Una reforma de tanta profundidad y envergadura debe afrontar no pocos problemas. El primero de estos problemas es la evidente necesidad de formación del profesorado, que se manifiesta en dos vertientes: la necesidad de transformar los contenidos de la formación inicial y la necesidad de arbitrar un proceso generalizado de formación permanente para los docentes ya en ejercicio. Dada la juventud media de los docentes españoles y la reducción creciente de la natalidad, esta última será fundamental, ya que serán los docentes actualmente en ejercicio los que mayoritariamente seguirán constituyendo el cuerpo docente del país en los próximos treinta años.

Otro de los grandes retos que debe afrontar la Reforma será conseguir que los nuevos contenidos no se perciban como algo

añadido, sino que generen una verdadera transformación del proceso educativo.

Estos nuevos contenidos, que favorecen planteamientos interdisciplinares y tienden a aumentar la relación de la escuela con su entorno, deberán ser especialmente apoyados por la Administración.

En este sentido y en el caso específico de la educación para la salud, se hace evidente la necesidad de colaboración a todos los niveles de la Administración sanitaria y la Administración educativa. A partir del momento en que se toma la opción de integrar la educación para la salud como una dimensión transversal del currículum, el modelo de colaboración basado en el médico que va a dar una charla a la escuela no es ya un modelo a seguir, y se hace necesario estructurar otros modelos de colaboración que partan de considerar al profesorado como al primer agente de educación para la salud en la escuela.

El proceso seguido hasta aquí ha sido formar una comisión mixta de especialistas en educación y en sanidad con experiencia en el campo de la educación para la salud, que se ha encargado de elaborar una propuesta curricular secuenciada de 0 a 18 años. El fruto del trabajo de esta comisión se ha pasado a los equipos encargados de redactar los diseños curriculares de las diferentes disciplinas, que han concretado la inclusión en ellas de la educación para la salud.

Finalmente, se ha elaborado un convenio entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación destinado a hacer confluir el trabajo de sanitarios y docentes en el campo de la formación del profesorado y de la producción de materiales de apoyo.

2.2 La Administración autonómica: el caso de Andalucía.

Actualmente se hace muy difícil evaluar el grado de implantación de la educación

para la salud en el sistema educativo, debido a la diversidad que existe entre unas y otras Autonomías, teniendo en cuenta que cinco comunidades Autónomas tienen competencias plenas en materia de educación y que en muchos casos es distinto el nivel de transferencia del sistema educativo y del sistema sanitario.

Se puede decir, sin embargo, que salvo en escasas excepciones, la mayoría de experiencias realizadas adolece de falta de continuidad y de un planteamiento global e integrador.

La experiencia de Andalucía, que es corta en el tiempo, se caracteriza por tener como objetivo principal la creación de una infraestructura que posibilite la continuidad de actuación.

El Programa de Educación para la Salud en los Centros Docentes se realiza en colaboración con la Administración educativa y se desarrolla en diferentes fases.

- Análisis de la situación.
- Desarrollo de un programa educativo.
- Motivación del profesorado.
- Creación de una red de apoyo a los profesores a nivel local.
- Inclusión curricular.
- Contactos regulares con los profesores.
- Intercambio de experiencias.

Este programa general tiene cinco sub-programas:

1. Programa de Apoyo a los Centros de la Reforma Educativa.
2. Programa de Adultos.

3. Programa de Grupos con Experiencias.
4. Programa de Educación Compensatoria.
5. Programa de Elaboración de Materiales.

A pesar del corto tiempo de aplicación, este programa andaluz ha generado un aumento del número de experiencias por parte de equipos docentes que se han acogido a las subvenciones en él previstas.

Por otra parte, la experiencia del trabajo realizado hasta aquí permite plantear como cuestiones fundamentales, que habrá que responder en el futuro, cuál es el papel que deben tener los profesionales de la salud en la educación; qué actividades habrá que fomentar a nivel local y cuál deberá ser el papel de los servicios sanitarios en el apoyo a la educación para la salud en la escuela.

3. LA INTEGRACION DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN EL CURRICULUM ESCOLAR.

La reflexión en torno a la mejor manera de incluir la educación para la salud en el sistema educativo ofrece tres modelos posibles.

1. La inclusión de una asignatura específica de educación para la salud en los distintos niveles del sistema educativo.
2. La integración curricular de la educación para la salud de forma interdisciplinar en las diversas asignaturas ya existentes.
3. Un modelo mixto que combine elementos de los dos anteriores.

El primero de los modelos parece hoy en día superado, ya que si bien podría ser útil para la inclusión de algunos aspectos informativos, no es posible pensar que desde un solo profesor, y desde una sola asignatura, que forzosamente dispondría de escaso tiempo lectivo, se pueda influir en el desarrollo de una personalidad sana, con actitudes positivas respecto a los problemas de salud.

Un concepto de educación para la salud como el que hemos definido anteriormente sólo puede desarrollarse a través de un proceso educativo global y continuado que implique al conjunto de la comunidad escolar.

En los países en que se ha optado por la integración curricular de la Educación para la Salud, es frecuente que ésta se incluya en materias como Educación Física, Ciencias Naturales y también en algunas asignaturas que tratan aspectos de la vida doméstica.

La experiencia llevada a cabo por estos países nos permite plantear algunos de los principales riesgos que comporta esta opción:

- La falta de formación específica y consecuentemente de motivación del profesorado, implica que con frecuencia se abandone la realización de actividades de educación para la salud.
- La disolución de los contenidos de la educación para la salud en el conjunto de los contenidos escolares hace muy difícil su identificación, así como también la garantía de su realización.
- La dificultad de una evaluación específica no permite aportar datos relevantes para la toma de decisiones en este campo.

Para garantizar que la integración curricular de la educación para la salud se lleve a cabo con éxito deberían darse un conjunto de condiciones:

1. Una estrecha colaboración entre el Sistema educativo y el Sistema sanitario.
2. La elaboración de un curriculum escrito.
3. Un proceso de formación del profesorado.
4. Un proceso de implantación en el medio educativo.
5. Un proceso de evaluación y desarrollo del curriculum que permita confrontar las opiniones de maestros, alumnos y padres.

Finalmente, la tercera opción, es decir, combinar algunos aspectos de la integración curricular con la creación de asignaturas específicas, parece ser el modelo más aceptado y el que puede dar mayores resultados. La integración curricular se reservaría para las edades más jóvenes, mientras que a niveles superiores parece mejor la creación de una asignatura.

Hay que observar que, aún en los niveles superiores y pensando en la existencia de una asignatura que garantice la adquisición de los conocimientos específicos, debe mantenerse un cierto nivel de integración de la educación para la salud en las otras materias, en el sentido de que los hábitos y actitudes que se promocionan en ellas sean coherentes con la educación para la salud.

El tema de la participación de los padres en el desarrollo del curriculum es de los más controvertidos, ya que, si bien por un lado la educación para la salud debe comprometer a toda la comunidad escolar, parece que, en algunos casos, la participación de los padres puede ser negativa de cara a la inclusión de temas como la educación sexual.

En algún país (Hungría), la participación de los padres se ha incentivado a partir de incluir en los manuales actividades que in-

vitan a los niños a hablar con sus padres de estos temas.

También aquí se destacan las especiales dificultades que presenta la educación sexual de cara a la integración curricular, ya que en algunos casos los profesores de otras materias no quieren asumirla, no sólo por falta de preparación, sino porque les plantea problemas de relación personal con los alumnos y problemas de control social con los padres.

En algunos países este problema se plantea con especial intensidad, ya que el miedo a la libertad que conlleva la educación sexual puede llegar a bloquear la educación para la salud.

Sin embargo, en otros países se ha comprobado que en muchas ocasiones las presiones son orquestadas por determinados grupos sociales sin que posteriormente se vean confirmadas socialmente. En este sentido sería interesante realizar investigaciones basadas en amplios trabajos de campo, para saber si realmente los problemas relativos a la oposición a la educación sexual son tan graves como se cree.

4. LA SENSIBILIZACION Y LA FORMACION DEL PROFESORADO EN RELACION CON LA EDUCACION PARA LA SALUD

Existe un enorme consenso en torno a la idea de que la formación del profesorado es un aspecto clave a la hora de introducir la educación para la salud en la escuela.

Del mismo modo, parece claro que no tiene sentido crear estructuras paralelas de formación del profesorado, por lo que la formación en aspectos de educación para la salud debe incluirse en los planes generales de formación del profesorado.

Por otro lado, el escaso crecimiento demográfico que se da en la mayoría de

países europeos implica que el ritmo de incorporación de nuevos profesores al sistema educativo sea muy lento y, por lo tanto, que los esfuerzos que a partir de ahora se realicen en materia de formación inicial tengan muy escasa repercusión en la práctica a corto y medio plazo.

Esto no quiere decir que este aspecto deba olvidarse. La introducción de la educación para la salud en los planes de estudio de la formación inicial del profesorado es fundamental, tanto por sus efectos sobre la formación de nuevos profesores como por la importancia de que se introduzca en la Universidad. Esta inclusión debería impulsar la investigación universitaria en torno al tema.

Los mayores esfuerzos, sin embargo, deberán realizarse en el campo de la formación permanente, tanto más necesaria cuanto que la mayoría de profesores actualmente en ejercicio no tuvieron ocasión de formarse en estas materias en su formación inicial.

La primera cuestión que surge en torno a la formación permanente es el grado de obligatoriedad y consecuentemente de generalización que ésta puede tener.

En los países en que no es obligatoria y en los que no hay una política global de formación del profesorado en activo, ésta suele llegar a pocos profesores que, por otra parte, suelen ser los que estaban previamente motivados. En los países en que se aborda algún tipo de reforma educativa, suele darse un proceso más generalizado.

Un posible modelo a seguir para la generalización de la formación permanente del profesorado sería el de los créditos obligatorios que se ha aplicado en los EEUU. Con éste u otro sistema debería resolverse el reconocimiento o recompensa al profesorado por su trabajo suplementario, ya que se ha demostrado que el volun-

tarismo no es solo innecesario sino también ineficaz.

Este problema tiene diferentes posibilidades de solución. La óptima sería quizás el reconocimiento de un tiempo de formación en el horario profesional. Otras formas de reconocimiento pueden ser el otorgar diplomas, financiar los cursos, crear un red multisectorial a nivel local que facilite el trabajo al profesorado o, también en el mismo sentido, crear estructuras que faciliten el intercambio de experiencias a nivel local.

Otro aspecto a considerar, ligado al anterior, sería el paso de una formación permanente basada en la acción sobre los individuos a un nuevo modelo de formación permanente que incida colectivamente sobre los equipos docentes. Este modelo de Formación Permanente Institucional se caracteriza, además, por basar el proceso de formación del profesorado en la reflexión teórica sobre la propia práctica docente, analizada y compartida con el equipo del mismo centro.

En cuanto a los contenidos y métodos de la formación del profesorado para la inclusión de la educación para la salud en la escuela, hay que decir que se hace necesario aplicar la creatividad y renovación que se quiere introducir en la escuela al proceso de formación del profesorado. Esto es necesario no sólo por coherencia, sino porque el cambio metodológico en las aulas es más fácil cuando el profesor ha tenido ocasión de experimentarlo en su propio proceso de formación.

Hay que buscar un enfoque que aumente las competencias del profesor no sólo para transmitir información, sino para establecer una auténtica comunicación con sus alumnos; más centrada en la salud que en las enfermedades; que haga tomar conciencia al profesor de su papel como modelo y como agente de salud y, finalmente, más centrado en el cambio de acti-

tudes que en la transmisión de nuevos conocimientos.

5. ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS DE APOYO A LA EDUCACION PARA LA SALUD DESDE EL SISTEMA EDUCATIVO Y DESDE EL SISTEMA SANITARIO

Es un hecho común a muchos países que las estructuras administrativas de apoyo a la educación para la salud sean muy diversas, tanto por el hecho de proceder unas del campo sanitario y otras del campo educativo como porque dentro de cada uno de estos campos son también diversas las iniciativas que se crean desde la administración pública y desde la iniciativa privada.

Esta situación provoca una oferta múltiple y descoordinada, que llega a las escuelas sin ningún tipo de filtro unificador que le dé coherencia.

La situación es muy diversa de unos a otros países, ya que en algunos se cuenta con una amplia plantilla de personal sanitario trabajando directamente en las escuelas.

En algunos países se han ensayado sistemas de coordinación que permitan integrar las diversas ofertas procedentes del sector público y del privado, con vistas a aumentar la eficacia y rentabilizar al máximo los recursos.

Otro gran reto que hay que afrontar es la creación de una estructura de coordinación que permita articular actuaciones a nivel nacional y regional con otras actuaciones a nivel local.

Por otra parte, se requeriría que el sistema fuese lo suficientemente flexible como para adecuarse, en el tiempo y en el espacio, a las demandas concretas de cada comunidad educativa.

Recientemente se ha abierto un debate sobre la necesidad de avanzar desde un enfoque de la educación para la salud centrado en la escuela hacia un planteamiento global de promoción de la salud centrado en el niño como receptor de mensajes que le llegan por vías diversas. En este sentido, se destaca la importancia de la publicidad y de los medios de comunicación y la necesidad de generar actuaciones paralelas al sistema educativo.

6. LA ELABORACION Y DIFUSION DE MATERIALES DE APOYO AL PROFESORADO EN EDUCACION PARA LA SALUD

El sistema clásico de producción de materiales ha sido el de crear materiales de aula, más adaptados al profesor que al alumno y que han sido producidos por instituciones públicas y por personal mayoritariamente sanitario.

El resultado de esta política es que existe material que llega a la escuela, pero que no se utiliza y no se evalúa. Esta situación aconseja crear sistemas de difusión de los materiales existentes, más que seguir produciendo materiales que tendrán poco uso.

Para conseguir este objetivo se podría trabajar en tres líneas:

1. Detectar las necesidades reales a nivel local, para producir aquellos materiales que son realmente útiles y están adaptados al contexto en que van a ser utilizados.
2. Editar guías de materiales preexistentes que hagan llegar la información de modo coordinado y faciliten a los profesores que deseen utilizarlos

la localización y accesibilidad a los materiales.

3. Difundir los materiales y profundizar en sus posibilidades de utilización, a partir de las actividades de formación del profesorado.

En cuanto a la elaboración de los materiales, se destaca la importancia de que en el proceso de fijar prioridades y establecer objetivos para cada edad participen de modo coordinado especialista en el campo de la educación y en el campo de la sanidad.

Por otra parte, hay que considerar que una buena estrategia por parte de la Administración puede ser incentivar la producción de materiales de calidad por parte de la iniciativa privada. Mejorar el papel de la iniciativa privada puede ayudar a generalizar la oferta y a mejorar la distribución.

En este sentido, la Administración podría arbitrar estrategias para estimular la calidad de los productos de la industria, primando los libros de texto que integren la educación para la salud, y producir desde la Administración materiales para maestros (guías didácticos u otros) y materiales de aula (juegos colectivos, posters, etc...).

Aparte de la importancia de que existan materiales específicos que apoyen la introducción de la educación para la salud, hay que destacar la importancia de la calidad de los materiales didácticos en general, ya que se ha comprobado que en las clases que los usan es más fácil implantar la educación para la salud.

**Araceli Vilarrasa
(Relatora)**

Miscelánea

Sobre normas

(Apuntes de un seminario europeo que para discutir posibles estrategias orientadas a la reducción de la demanda de drogas, tuvo lugar en Palma de Mallorca durante los días 28, 29 y 30 de junio de 1989).

EN asuntos relacionados con la reducción de la demanda de drogas, ¿es útil la estrategia normativa? ¿Es útil la intervención del derecho penal? ¿Es conveniente? ¿El efecto disuasorio es tan indiscutible como para que resulte aconsejable la criminalización del consumo?

Estas fueron algunas preguntas formuladas a propósito de la celebración de un seminario europeo, en el que se discutieron estrategias, normativas entre otras, para la reducción de la demanda de drogas.

En lo que atañe al fenómeno social de la droga los debates acerca de cómo contribuir a la prevención a través de instrumentos normativos se han venido centrando en dos aspectos diferentes: por una parte en la identificación de estrategias que promuevan condiciones para lograr la reducción de la oferta de drogas, y por otra, en la identificación de estrategias que promuevan condiciones para conseguir la disminución de la demanda de drogas.

Sobre el primero de los aspectos se han ocupado intensamente expertos y políticos de los distintos países en los últimos tiempos. Como botón de muestra baste mencionar la Convención, acordada y suscrita hace solo unos meses en Viena, contra el tráfico ilegal de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Es este un instrumento que, con independencia de la importancia que puede tener para promover y propiciar la cooperación internacional en estos asuntos, orienta a las partes a tipificar como delitos penales, con arreglo a su derecho interno, los actos de tráfico

que se relacionan con minuciosidad, rayana, a veces, en lo reglamentista, en el texto.

En cambio, la definición de estrategias normativas tendentes a la disminución del consumo de drogas plantea dificultades para ser tratada con criterios homogéneos que vinculen, en alguna medida, a los distintos países.

Porque los hay que consideran que, en este aspecto, es preferible —más rentable y de mejores resultados a la larga— convencer que vencer, informar y desalentar (crear una sensibilidad y condiciones personales y sociales desfavorables al consumo) que castigar.

Por el contrario, hay otros países que estiman imprescindible la intervención del derecho penal en este área aunque solo sea para evitar la contradicción —y a veces el agravio— que supone penalizar la venta y no penalizar la compra, castigar la oferta y no castigar la demanda. Esta contradicción ha sido de hecho utilizada en reiteradas ocasiones como arma arrojada por países productores respecto de los considerados, principalmente, como consumidores.

Por último, hay países que consideran que la intervención del derecho penal es útil para controlar y disuadir aún cuando las sanciones no lleguen a aplicarse. Sería la plasmación de la estrategia del miedo al castigo en su más pura esencia, eficaz, a decir de algunos, para conseguir los efectos de disminución del consumo de drogas.

Con este abanico tan amplio y diverso de opciones no es de extrañar que existan dificultades serias para lograr una coherencia mínima entre los países, imprescindible, por otra parte, para abordar un proyecto global de colaboración internacional en este campo. De hecho en la Convención única que mencionaba, cuando brevemente se apunta el tema del consumo a efectos de su consideración como delito penal, se utilizan cláusulas de salvaguardia tan amplias y consistentes que ponen a cubierto perfectamente, las distintas estrategias, de signo bien diverso a veces, utilizadas por los diferentes países.

Así las cosas, el hecho de que, tanto en España como en países próximos a nuestro entorno social y cultural, haya cobrado últimamente fuerza y matices nuevos el debate sobre la penalización del consumo y, sobre todo, el hecho de que, a partir de 1992, la supresión de las fronteras interiores de la Comunidad Europea vaya a exigir una aproximación de las legislaciones nacionales en estos asuntos, provocaron la convocatoria de un foro pequeño pero significativo: el de los países miembros del mencionado organismo supranacional que, durante los días 28, 29 y 30 de junio de 1989, se reunieron en Palma de Mallorca para reflexionar sobre aquellas estrategias, entre otras las de naturaleza jurídica, que se orientan a la reducción de la demanda de drogas.

La organización corrió a cargo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y de la Comisión de las Comunidades Europeas, contando con la colaboración de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

Bernard Leroy, magistrado francés, fue el encargado de introducir la materia jurídica, a través de una ponencia referida a las aproximaciones legales que, orientadas a la reducción de la demanda, tienen como

objetivos de lucha contra la toxicomanía en Europa.

En su intervención Leroy, tras pasar revista a las legislaciones de «los doce» en este campo, apuntó un triple enfoque para enmarcar el debate: 1) Cúal es la actitud del Estado con respecto al uso de drogas; 2) cúal con respecto a la posesión de drogas bien sea para traficar, bien para consumir, bien para financiar, a través del tráfico, el propio consumo; y 3) como se articulan, en cuanto funciones que debe asumir el Estado, el tratamiento y la represión.

Uno de los grupos de trabajo que se reunió a continuación tenía como objetivo reflexionar sobre este conjunto de cuestiones. Se trataba de propiciar un intercambio de información, de criterios, de orientaciones y de experiencias acerca de la conveniencia y operatividad de las estrategias normativas para disminuir la demanda, y, señaladamente, en torno a la eficacia que puede tener, a esos efectos, la criminalización del consumo de drogas. Y ello en el convencimiento de que un mejor y mayor conocimiento de las aspiraciones y de los intereses mutuos, así como de las dificultades y limitaciones que afectan a los países miembros de las Comunidades Europeas, favorecerá la cooperación entre quienes formamos parte de ese marco común.

¿Es compatible la estrategia normativa con otras orientadas a informar, a controlar y desalentar, en definitiva a convencer? ¿Qué otras estrategias normativas, diferentes de la penalización del consumo, parecerían convenientes para evitar una cierta sensación de desarme institucional ante algunas manifestaciones de esa conducta, como puede ser el consumo provocador en plazas públicas que a menudo aparecen «tomadas» por los consumidores de drogas? Fueron preguntas —muchas no encontraron respuesta unívoca— que contribuyeron a encauzar y caldear el debate.

De las conclusiones de la discusión, recogidas con habilidad y prudencia —en línea de búsqueda de coincidencias más que de divergencias— por Javier Blanco, se transcriben algunos de los aspectos y matices más relevantes:

- Los sistemas legales vigentes en los países comunitarios, en lo que se refiere al abordaje de la reducción de la demanda de drogas, presentan diferentes enfoques en los aspectos de uso y tenencia —ya sea para autoconsumo o para tráfico— y mayores aproximaciones en la articulación entre represión y tratamiento.
- Se considera, de forma unánime, que en el ámbito de la reducción de la demanda de droga, es útil y necesaria la estrategia normativa, pero también se advierte que dicha estrategia, por sí sola, resulta insuficiente.
- Los mensajes normativos deben ser nítidos y resultar coherentes con aquellos otros de carácter educativo que se orientan a promover la salud y a prevenir las drogodependencias.
- Existe cierto consenso en torno a la eficacia, simbólica en buena parte, de la intervención del derecho penal en el campo de la reducción de la demanda. Dicha eficacia se manifiesta básicamente en su poder disuasorio, orientado no sólo hacia los consumidores ocasionales, sino también hacia los potenciales.

Los efectos disuasorios de la respuesta penal se alcanzan en la medida que la norma resulta creíble, y la credibilidad de una norma exige que se aplique y cumpla en todas sus previsiones.

Por otra parte, una exigencia inexcusable de la credibilidad normativa la

constituye el hecho de que las medidas represivas se complementen con medidas preventivas y de rehabilitación.

- Algunos representantes consideran que las estrategias normativas en el ámbito penal no son las únicas posibles. Existen otras estrategias normativas (sanciones administrativas, regulaciones sobre publicidad, medidas fiscales...) que pueden resultar eficaces y coherentes con otros mensajes saludables.

En este sentido se pone de manifiesto cómo no se produce necesariamente una relación de causa-efecto entre la disminución del consumo y su tipificación penal puesto que, bajo idénticas regulaciones legales, se asiste al incremento del consumo de determinado tipo de drogas y a la sensible reducción del de otras.

- Por lo que se refiere a la articulación represión/tratamiento, existe general coincidencia en la necesidad e importancia de establecer y, en su caso, afianzar, relaciones de cooperación y coordinación entre los diferentes servicios profesionales implicados, señaladamente los órganos jurisdiccionales y los socio-sanitarios.
- Se ha manifestado la conveniencia de institucionalizar órganos o equipos multiprofesionales de carácter asesor y coordinador.
- Es punto de vista común considerar que la expresada necesidad de fomentar la cooperación y coordinación entre los sectores profesionales implicados, no debiera confundir las distintas competencias que corresponden a cada agente interviniente, ni llegar a desnaturalizar sus diferentes funciones.

- Se ha apuntado la conveniencia de establecer programas de tipo informativo y formativo dirigidos a los distintos profesionales implicados en este tema. Estos instrumentos parecen apropiados tanto para el mejor conocimiento y ejercicio de las funciones asignadas a cada profesional, como para el fomento de adecuados niveles de colaboración.
- También se ha compartido por las distintas representaciones la idea de que el tratamiento del drogodependiente debe ser voluntario para que sea eficaz. La voluntariedad debe ser entendida de forma mutua, tanto por el destinatario del tratamiento como por el profesional que lo establece.
- Alguna representación formula una observación advirtiendo sobre los

problemas que, ante la próxima apertura del mercado comunitario, pudieran llegar a plantearse, por la prescripción y dispensación de psicofármacos, de disponibilidad limitada en diferente grado, en los distintos países comunitarios.

- Por último, y pese a aceptarse la existencia de puntos de partida divergentes, algunos representantes consideran necesario, que previa reflexión conjunta sobre las distintas experiencias nacionales, se inicie el camino, difícil pero posible, de armonización de políticas legislativas, de las que se deduzcan mensajes sociales más homogéneos y convergentes.

María Eugenia Zabarte

Notas bibliográficas

Derecho de las drogodependencias. Legislación y Trabajos Parlamentarios.

Edición dirigida por Francisco Javier Blanco Herranz. Vitoria. Parlamento Vasco. 1988.

El nivel de conocimientos que el ciudadano medio tiene de la problemática de la droga en nuestro país es bastante escaso. Si a eso añadimos que el tratamiento que del mismo ofrecen los medios de comunicación — pese a un loable, aunque aún insuficiente, cambio de orientación en los últimos dos años — suele ser bastante sesgado y centrado básicamente en los aspectos más morbosos y sensacionalistas del tema, nos encontramos ante un panorama ciertamente preocupante.

Dentro de este escaso bagaje de conocimientos la información acerca de la normativa legal en torno a este asunto roza ya lo esperpéntico. Así, parece estar muy extendida la creencia de que en España el comercio de las denominadas «drogas blandas» está absolutamente permitido, y el de las «drogas duras» es contemplado con benignidad por la legislación vigente. Los términos exactos de la reforma de 1983 (que despenalizaba el consumo pero continuaba penalizando el cultivo, fabricación o tráfico de *cualquier tipo* de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas con destino a su consumo ilegal) y la posterior de 1988 (que aumentaba las penas para los traficantes y abría al mismo tiempo una puerta — todo lo tímida que se quiera, pero que puede dar lugar a un desarrollo más amplio — para que el delincuente por razón de su toxicomanía no diera con sus huesos en la cárcel) parecen no haber llegado a oídos no ya del público, sino de algunos medios de comunicación, y en algunos casos — y podría contar experiencias vividas personalmente — hasta de profesionales del Derecho.

Y si esto sucede con el aspecto penal de la legislación (el más «popular» por así decirlo) excusado es decir el grado de desconocimiento existente sobre la legislación civil, laboral, administrativa, etc.

Posiblemente, la responsabilidad de esto recaiga en su mayor parte en los propios responsables políticos y administrativos que no han — no hemos — sabido hacer llegar al público y a los sectores interesados la existencia de un «corpus legal» que en sus aspectos más básicos debería ser mejor conocido.

El libro objeto de este comentario, dada su extensión y exhaustividad, no es el medio idóneo para llenar el vacío antes citado. Ahora bien, es un material de trabajo impresionante para que a partir del mismo, se elaboren las correspondientes guías, brevarios o prontuarios básicos que permitan acceder a amplios sectores de población que trabajan en el ámbito de las drogodependencias a lo más elemental de esta legislación.

Y por supuesto, este trabajo es ya, desde este momento, una herramienta imprescindible para cualquiera que desee trabajar con rigor (sea desde el ámbito estrictamente jurídico, o desde otros) sobre la situación de la «cuestión droga» en nuestro país.

El volumen se compone de dos partes. Una primera, dedicada a referencias, y dividida en tres apartados: Legislación (española, de Comunidades Autónomas, extranjera, y Convenios Internacionales), Trabajos Parlamentarios (Congreso de Diputados, Senado, Parlamentos Territoria-

les, Parlamento Europeo), y Resoluciones y Recomendaciones de Organismos Internacionales (Naciones Unidas, Consejo de Europa, Comunidades Europeas, Interpol, etc.).

La segunda parte contiene una selección de disposiciones agrupadas por los mismos apartados y divisiones que en la parte primera. Estas disposiciones abarcan no sólo Leyes, Reales Decretos u Ordenes Ministeriales, sino que incluyen, Resoluciones, Circulares o Consultas a Organismos de la importancia de la Fiscalía General del Estado, o del Fiscal Especial para la Prevención y Represión del Tráfico de Drogas.

Finalmente, el volumen se completa con 8 Anexos que abarcan desde el Plan Nacional sobre Drogas, o los Planes del Gobierno Vasco y de Cataluña, hasta los aspectos más destacados del Convenio aprobado en Viena en diciembre de 1988, en el marco de NN.UU., y que lo fue en el momento en que este libro se encontraba prácticamente en prensa, lo que no ha sido óbice para que se dé una cumplida información sobre el mismo, mostrando claramente el celo profesional del director de la edición en conseguir la máxima actualización para su obra.

En conjunto, cerca de 1400 referencias a disposiciones normativas, de las que 157 se reproducen total o parcialmente (en lo que afecta a las drogodependencias) y que pueden consultarse cómodamente gracias a los índices que figuran al final.

Obviamente, en una obra de tales características siempre puede señalarse la ausencia de tal o cual disposición (a título de ejemplo, las disposiciones seleccionadas en la legislación extranjera —sólo está representada Francia— podrían haberse ampliado a otros países), pero estos detalles en nada empañan la magnitud de la obra en su conjunto.

Un trabajo de estas características queda incompleto al día siguiente de su publicación, dada la velocidad con que se producen las normas en este campo y la extensión geográfica que abarcan. Por eso, el mejor reconocimiento que el público interesado puede hacerle es una demanda que provoque la aparición de sucesivas ediciones ampliadas, que la obra, desde luego, merece.

Francisco Rábago

Opium and the people

Virginia Berridge & Griffith Edwards.
Yale University Press. New Haven and London, 1987.

Esta obra supone una revisión de la historia del opio y sus derivados en la Gran Bretaña del siglo XIX. Su importación, cultivo, venta libre, la adulteración, el diferente uso que hacían de él las clases sociales y profesionales, las ideologías subyacentes, las primeras medidas legislativas y el consumo de otros narcóticos, se describen detalladamente en este trabajo, dividido en nueve partes y que finaliza con un capítulo dedicado al acercamiento entre la visión del pasado y el presente.

Los autores destacan que todavía hoy existen opiniones basadas en creencias que tienen su origen en el movimiento anti-opio del siglo pasado. Movimiento que preparó el terreno para el surgimiento de teorías que trataban de explicar el consumo de esta droga en términos de anomalía biológica y herencia genética, hipótesis que hoy en día ha vuelto a cobrar fuerza y donde otros factores, entre ellos los socioeconómicos, no fueron tomados en consideración.

En el libro se subraya que, la ausencia de análisis históricos serios y estudios en profundidad sobre el papel que han desempeñado los narcóticos en la sociedad inglesa, hace que el consumo actual parezca un fenómeno aislado y característico de los años sesenta y setenta de nuestro siglo.

Escrito por Virginia Berridge, socióloga, y Griffith Edwards, psiquiatra, interesados por la investigación en el campo de la drogodependencia y la creación de medidas de control, este trabajo interdisciplinario analiza el cambio de la actitud popular frente al opio, una de las drogas más utilizadas en esa época, no sólo en la práctica médica sino en la vida cotidiana, y que gozaba de una arraigada popularidad durante

la primera mitad del siglo pasado. La creciente preocupación suscitada por su consumo hizo emerger, con el paso del tiempo posturas cada vez más restrictivas.

Los cambios socio-económicos y las tensiones sociales generadas por la revolución industrial, así como los riesgos que representaba para la salud pública, hicieron necesario el inicio de campañas y la intervención de profesionales. Los médicos, empezaron así a ser responsables del control y tratamiento; el consumo de opio sin prescripción pasó, de mala costumbre, a ser considerado una enfermedad.

Cómo y quiénes lo utilizaban, fue, según los autores, un aspecto también relevante, aunque no hay que olvidar que aquella sociedad estaba acostumbrada a la automedicación y que los servicios sanitarios eran escasos. Es de destacar la habitual administración a niños, principalmente de la clase obrera, de jarabes calmantes cuya composición contenía opio, y por otra parte, la creencia generalizada de que esta clase lo usaba como estimulante, con la consecuente amenaza que ello suponía en las ciudades y no así paradójicamente en otras zonas del país. El uso «respetable» que de él hacía la clase media, raramente era motivo de preocupación oficial, ni siquiera el estímulo de la creatividad buscado en él por los escritores románticos.

Berridge y Edwards señalan que puede resultar llamativo constatar que muchos personajes famosos de entonces eran adictos a una droga cuyo consumo está considerado en la actualidad como síntoma de una personalidad enferma.

En la última parte del libro, esbozan algunos paralelismos entre el siglo XIX y el

momento actual. Así, el miedo que en nuestros días suscita la posible rebelión de los jóvenes adictos y el temor decimonónico a que los trabajadores se descontrolaran.

El problema de la adicción, en opinión de los autores, sirve en el presente para justificar la creación o intervención de organismos internacionales de control y presupuestos de investigación asesorados y dirigidos por médicos y científicos.

Consideran que sería preferible profundizar y conocer qué imagen de la adicción poseen los diferentes países y sectores de la sociedad en las cuales rigen determinadas leyes o hacen que ciertas comunidades se nieguen al emplazamiento de un centro de rehabilitación cercano y ponen de manifiesto que la opinión del propio adicto no ha sido apenas analizada.

les, su propio consumo de drogas, con una intervención mínima médica y legislativa. Este engranaje se ha ido transformando paulatinamente en un sistema rígido y punitivo, sustentado por una profunda desconfianza en los recursos de la propia cultura. El opio, para los autores, fue, como en otros lugares, el chivo expiatorio de otros problemas más importantes.

La complejidad de las estructuras actuales puede hacer necesario un control externo, pero los autores se preguntan si los sistemas restrictivos del presente son, como se piensa, realmente congruentes con los recursos y las vigentes necesidades sociales, o si no son, hasta cierto punto, un anacronismo, una herencia del pasado.

«Opium and the people» es un texto interesante que contiene no sólo un estudio histórico exhaustivo y documentado sino que suscita una cadena de interrogantes útiles sobre las actuales tendencias del problema de la adicción.

Paloma Letamendía

El funcionamiento de una sociedad en la que la adquisición y venta del opio era libre, es presentado como una muestra de cómo una población puede conseguir controlar, mediante mecanismos sociales informa-

Escriben en este número

RAMON BAYES: Doctor en Filosofía y Letras (Sección de Psicología) por la Universidad de Barcelona y Diplomado en Psicología Clínica por dicha Universidad. En la actualidad, es catedrático de Psicología Básica en la Universidad Autónoma de Barcelona. Es autor, entre otros, de los libros *Una introducción al método científico en psicología* (1974, 1978, 1980), *Iniciación a la farmacología del comportamiento* (1977), *Psicología y Medicina* (1979) y *Psicología oncológica* (1985). Ha sido profesor invitado por varias universidades e instituciones nacionales e internacionales, publicando numerosos trabajos en revistas científicas españolas y extranjeras.

MARIANO DIAZ MATEOS: Graduado Social. Adjunto a la Secretaría de Acción Sindical de CC.OO. y responsable del programa sobre drogas de esta Central.

LIDIA RODRIGUEZ GARCIA: Licenciada en Medicina. Miembro del Comité para las drogas de la Confederación Sindical de CC.OO.

MERCEDES ESCALONA PILLADO: Diplomada en Trabajo Social y Servicios Sociales. Miembro del comité para las drogas de la Confederación Sindical de CC.OO.

ALVARO RODRIGUEZ CARBALLEIRA: Psicólogo, cofundador del primer centro de asistencia a los afectados por las sectas destructivas, profesor colaborador de la Universidad de Barcelona, autor de varios artículos e investigación sobre el fenómeno de las sectas destructivas y la psicología de la persuasión coercitiva.

SERGI GONZALEZ NAVARRO: Psicólogo, miembro de la empresa consultora A. M. B. (Asesoramiento y Metodología en el ámbito del Bienestar), miembro de la asociación de profesionales GRUP IGIA. Ha trabajado en diferentes recursos de carácter asistencial y de prevención de las drogodependencias, así como en el ámbito de Justicia.

