



COMUNIDAD Y DROGAS  
(Publicación trimestral)

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

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

ISSN: 0213-5884  
NIPO: 351-87-001-0.  
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 Asis Rábago**

## **EDITORIAL**

### **ESTUDIOS Y EXPERIENCIAS**

- 9 Imágenes sociales, política criminal y proceso terapéutico en las drogodependencias. Jaime Funes y Carlos González.
- 35 Estudio descriptivo de los pacientes heroínómanos asistidos en centros de tratamiento en el período 1981-1985. Diego Martínez, Luis de la Fuente y José M. Arteagoitia.
- 61 Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. José Guardia, José Masip, Carmen Viladrich.

### **DOCUMENTACION**

- 83 Prevención educacional de las toxicomanías: criterios básicos. Pedro Oñate.
- 101 Política europea ante la droga. Santiago de Torres.

### **MISCELANEA**

### **NOTAS BIBLIOGRAFICAS**

### **Nota a los colaboradores**

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

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

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

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

---

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

---

# Editorial

## **Participación social en el Plan Nacional sobre Drogas**

5

La participación de la sociedad civil en las actividades tendentes a la consecución de un Estado cada día más avanzado, especialmente en sus aspectos cualitativos, es algo que cobra mayor relevancia a medida que se desarrollan los cauces democráticos.

Si esa participación parece necesaria en múltiples aspectos de la problemática social, resulta inexcusable en lo que afecta a las drogodependencias. Efectivamente, es éste un tema en el que las instituciones sociales han de jugar un papel de primer orden, si queremos aproximarnos cada día con mayor efectividad a la solución del problema.

En este sentido, hay que decir que ya en el texto del Plan Nacional sobre Drogas (1985), se encuentran abundantes referencias a la importancia de la aportación social en este ámbito, y que en sus planteamientos futuros sigue destacando la necesidad de potenciar el desarrollo y la actuación del movimiento asociativo.

Por otro lado, esta participación surge con energía desde la misma base social, y buena muestra de ello la tenemos en el desarrollo que el movimiento asociativo ha tenido en el último año y sobre todo en el papel que cada día va asumiendo con mayor fuerza. Absolutamente dignas de encomio como son actuaciones de este tipo, no hay que olvidar, sin embargo, que el llamado «problema de la dro-

ga» no es tanto un síndrome, cuanto un síntoma de la falta de expectativas ante el futuro que están viviendo amplios sectores de población en toda la sociedad occidental, y de un modo especialmente acusado, la juventud, que es quien —lógicamente— siente con mayor angustia esa ausencia de un futuro atractivo.

Debemos enmarcar, pues, en sus límites correctos lo que significa un fenómeno como el de la drogodependencia, y ser conscientes de que, sin olvidar la necesidad y urgencia de actividades puntuales en este campo, lo verdaderamente importante es construir entre todos una alternativa vital capaz de atraer a unos sectores de población que se encuentran hoy día ante un porvenir sin horizonte.

En el ámbito de competencias que le es propio, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, convocó el pasado mes de diciembre una reunión donde se debatieron las posibilidades y medios de participación de las entidades sociales en el Plan Nacional sobre Drogas y las vías de colaboración entre éste y la Administración. A esa reunión acudieron representantes de partidos políticos, agrupaciones sindicales, colegios profesionales y entidades privadas sin ánimo de lucro, y de sus resultados damos cumplida cuenta en este número de Comunidad y Drogas.

# Estudios y experiencias



Jaime Funes y Carlos González\*

# Imágenes sociales, política criminal y proceso terapéutico en las drogodependencias

## RESUMEN

*Se analiza y discute la interrelación entre las imágenes sociales en torno a las drogas y las respuestas penales que sucesivamente se van dando. Ante las que parecen ser políticas criminales dominantes en Europa y las modificaciones legales que se anuncian, se ponen en evidencia las contradicciones que comportan y los efectos «perniciosos» que pueden generar. Se proponen los elementos básicos a tener en cuenta en la relación compleja y conflictiva que hoy en día se da entre el proceso penal y el proceso de recuperación de los drogodependientes. Finalmente se llama la atención sobre la cuestión de las medidas alternativas a la cárcel como algo básico al sistema penal, no sólo para los drogodependientes.*

9

## Social images, criminal policy and therapeutic process in drug dependency

### SUMMARY

*Analyze and discuss the interrelationship of social images of the drug problem and the successive penalty responses given. Before what seem to be the dominant criminal policies in Europe and legal modifications announced, to put in evidence the contradictions involved and the «pernicious» effects they are able to generate. To determine the basic elements of the complex and often conflicting relationship found today between the penal process and the recovery process for those dependent on drugs. Finally, to call attention to the question of alternatives to incarceration as something basic in the penal system, not only for those dependent on drugs.*

**R**ECIENTEMENTE, sobre todo a partir de la drástica revisión propuesta por Francia, se observan en las líneas de la política criminal en torno a las drogas que dominan en Europa, una fuerte ambivalencia entre la duda y el endurecimiento.

Aunque la concepción humanista, flexible y rehabilitadora todavía parece ser dominante (ver resoluciones de septiembre de 1986 en el Parlamento Europeo. «Comunidad y Drogas» n.º 2) no dejan de alzarse voces invocando el control sistemático y la reacción endurecida. El efecto expansivo de la ideología ultraconservadora de los U.S.A. ha tenido su primera reverberación en las propuestas francesas y amenaza

(\*) Correspondencia: Centre d'Estudis i Formació. Departament de Justícia. C/Roger de Flor. 196. 08013 BARCELONA.

con generar nuevas imágenes sociales colectivas profundamente criminalizadoras de las drogodependencias.

Reaparece el ensalzamiento de la coacción penal como panacea de la recuperación. Se defiende la cárcel como la solución idónea a lo que se supone son desviaciones individuales voluntarias. Se da nueva patente de corso al aislamiento en prisiones, manicomios o «campos de concentración» de los sujetos que enferman el cuerpo social.

10 Pero a la vez también se asientan concepciones medicalizantes, basadas en el modelo de la enfermedad individual, que exigen respuestas penales a menudo discriminadoras de determinados colectivos. Son concepciones de la drogodependencias escasamente respetuosas con la realidad social, que exigen del derecho y la Justicia una intervención ambigua, a la larga casi siempre en contra de los propios drogodependientes.

Con una imagen social u otra de las drogodependencias con la correspondiente política criminal subsidiaria, nos encontramos, además, con que la aplicación concreta de la justicia a las personas implicadas, está hoy llena de contradicciones. Unas afectan a las supuestas distinciones entre los que venden y los que consumen, otras afectan a los datos que deben considerarse en el acto de juzgar, otras muchas a cómo se aplica, cómo se cumple, la pena impuesta. En el último eslabón, proceso de recuperación y proceso penal entran en conflicto, y dependen —a la vez que las generan— de las imágenes sociales en torno a las drogas, así como de la política criminal general dominante.

Las páginas que siguen constituyen un pequeño repaso de la relación entre imagen social y política criminal en tor-

no a las drogas, para pasar después a analizar algunas contradicciones de su aplicación actual, así como algunas orientaciones posibles de una mayor relación entre la aplicación de la justicia y la atención a las drogodependencias.

## I. CONTROL SOCIAL E IMAGEN DE LAS DROGAS

Intentar abordar el llamado «problema de las drogas» en nuestra sociedad, supone enfrentarse inmediatamente con dos dimensiones de este fenómeno que a menudo permanecen enmascaradas. En primer lugar, ha de analizarse qué representan las drogas para nuestra sociedad, cuáles son las imágenes, las representaciones culturales que socialmente definen los contornos del problema; y en segundo lugar, ha de abordarse el problema de delimitar cuáles son los mecanismos sociales e institucionales que la sociedad pone en marcha para controlar dicho fenómeno, hasta qué punto estos mecanismos están condicionados por las categorías culturales presentes en la sociedad y hasta qué punto ellos mismos contribuyen a definir los perfiles de «la cuestión droga».

Pues bien, cuando uno presta atención a las actitudes e imágenes presentes en la opinión pública, en los medios de comunicación, es fácil advertir un tipo de identificación entre los términos «droga», «juventud», «desviación», «delincuencia», «enfermedad». (De Leo, G., 1982. p. 23; 1985, p. 3).

Se diría incluso que esas imágenes se presentan de algún modo superpuestas y teñidas de un alto nivel de emotividad, que hace que las drogas sean vividas como una amenaza, una amenaza sobre la que no es posible

distanciarse, relexionar, sino sobre la que hay que *actuar*, pronto y en *contra*. (Romani, O., 1985, p. 93).

Se trata de un tipo de imagen que, como más tarde veremos, no está basada en datos objetivos sobre la auténtica realidad del fenómeno, sus dimensiones o los efectos que produce, sino en concepciones estereotipadas e irracionales, más destinadas a conmover que a informar y que en consecuencia tienden más a movilizar que a hacer pensar.

Pero de hecho, como es sabido, en este tipo de fenómenos sociales, tan importante es lo que en realidad pasa, como la imagen que la gente tiene acerca del fenómeno, es decir, lo que *crea* que pasa ¿Cómo se ha llegado pues a conformar este tipo de imagen? ¿A través de qué proceso se ha ido generando la actitud social prevalente sobre las drogas?

A este respecto podría decirse que nuestro país ha seguido, con unos años de retraso, una evolución similar al resto de los países europeos y en la que pueden distinguirse tres etapas fundamentales (1).

La primera de estas etapas se corresponden con la imagen del toxicodependiente como el enemigo político, el joven contestatario social o cultural que hace de su vivencia de las drogas una manifestación más de su rechazo de la cultura y el sistema social imperante, y como un instrumento más de elaboración de un modelo social alternativo. En nuestro país, dicha etapa coincide con el final de los años sesenta en el que se vivió un estado de alarma social causado por las noticias que sobre las drogas y sus efectos aparecían constantemente en la prensa (a pesar de que los datos existentes indican la

práctica inexistencia de un uso masivo de drogas ilegales en esa época). Durante esos años se tendía a asociar cualquier tipo de disidencia política con el consumo de drogas, relacionando ambas actitudes como parte de una única estrategia cuyo objetivo final era debilitar al régimen franquista, o lo que era lo mismo, a la nación española. (Comas, D., 1985. p. 66).

A esa primera imagen del «drogadicto» —contestatario— enemigo político corresponde un tipo de respuesta puramente represiva, penal. Al «drogadicto» se le persigue por el hecho de serlo, porque su drogadicción le enfrenta inmediata y directamente con las normas sociales. El consumidor de drogas (de un tipo de drogas) es, por el hecho de serlo, un enemigo social. La cárcel es el único instrumento de respuesta.

La segunda de las etapas en cuanto a la definición social del fenómeno droga se corresponde con un modelo de identificación del toxicómano con el joven marginal de cualquiera de los barrios periféricos de las grandes ciudades. Se trata de un joven desocupado, inmerso en condiciones sociales caracterizadas por la desorganización social en las que el consumo de drogas y las actividades delictivas forman parte de un contexto normalizado. La droga comienza a ser vista como un factor de cohesión y de identificación del grupo marginal y se diversifica: además del L.S.D. y los derivados del cannabis —predominantes en la etapa anterior— comienzan a formar parte de la percepción social de otros productos como los inhalables, las «pastillas» (barbitúricos y anfetaminas) y en menor medida también la heroína.

A este segundo modelo de percepción social corresponde un tipo de control doble: se comienza a distinguir en-

tre traficante y consumidor (corresponden a esta etapa las primeras sentencias del Tribunal Supremo declarando la impunidad de la tenencia de droga para el propio consumo); al primero, obviamente, se le sigue considerando delincuente y enviándole a la cárcel; al segundo comienza a considerársele no delincuente, sino *peligroso social*.

Se produce en esta época la promulgación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social —que supuso la extensión del control penal a colectivos de «desviados» a quienes resultaba difícil aplicar la categoría de delincuentes (vagos, toxicómanos, homosexuales, ... etc)— y a pesar de que la mayor parte de las veces la aplicación de dicha ley a los toxicómanos significaba para ellos la cárcel, comienza a aparecer un cambio en el discurso ideológico: El objetivo de la *cura*, el objetivo terapéutico, comienza, aunque tímidamente a introducirse en la legislación penal y a veces en la práctica judicial. El hospital penitenciario o el sanatorio psiquiátrico son, junto a la prisión, los nuevos instrumentos de control que ya comienza a aparecer como «aislamiento» y «tratamiento». (Del Rosal Blasco, B., 1985. pp. 14-15).

En la tercera de las etapas, la más próxima, la definición de droga viene asimilada de forma inequívoca con la heroína. Los «drogadictos» ya son sujetos pertenecientes a todas las clases sociales (2), unos, *portadores* de la enfermedad y otros, *infectados* por la misma. La imagen del toxicómano que delinque para atender sus necesidades de droga o de dinero para obtenerla es la imagen predominante. La toxicoddependencia comienza a asimilarse a la enfermedad. La respuesta social comienza a preocuparse por la «curación» de los toxicómanos y diversas iniciativas legislativas empiezan a plantear la

necesidad de buscar alternativas a la prisión como modelo de respuesta a este fenómeno. La «comunidad terapéutica» se convierte en el modelo de respuesta que goza de mayor prestigio en base a su pretendida eficacia (Mautovani, F. 1986. p. 380). Todo ello, por supuesto, sin abandonar la respuesta penal que, al contrario, tiende a endurecerse cada vez más.

Todo este complejo proceso en el que las etapas sucesivas no anulan las anteriores sino que se superponen a ellas, ha creado un tipo de percepción social basada más en preconceptos, en estereotipos que mixtifican el fenómeno y lo tiñen de connotaciones morales que en definitiva sirven para crear, reforzar, perpetuar y amplificar la desviación. (Duster, T. 1984; Young, J. 1973.)

## II. LOS ESTEREOTIPOS SOBRE LAS DROGAS Y LA TOXICOMANIA

Los trabajos más serios y la opinión de los expertos más cualificados en el tema afirman que hoy en España los auténticos problemas de salud pública derivados del consumo de drogas provienen del uso del alcohol, tabaco y medicamentos. No existe en nuestro país un problema sanitario ligado al consumo de los derivados del cannabis y el problema *sanitario* ligado al consumo de heroína es muchísimo menor que el de los dos primeros, tanto en términos de muertes anuales producidas por su consumo, como por enfermedades asociadas al mismo, y mucho menor que otros problemas sociales perfectamente asimilados socialmente hasta el punto de ser considerados consustanciales con un cierto grado de desarrollo económico y social (piénsese en los accidentes de trabajo o en los accidentes de circulación, por citar tan sólo dos ejemplos).

Y sin embargo, las drogas, «la cuestión droga», constituye hoy uno de los temas de preocupación fundamental a nivel de opinión pública. Todas las encuestas revelan que este tema despierta inmediatamente reacciones colectivas de temor asociadas siempre a la inseguridad personal y colectiva. No parece existir correspondencia entre los perfiles objetivos del problema y el nivel de alarma social.

Hoy, para la gran mayoría de la población incluidos los propios usuarios de drogas, las drogas se delimitan, se definen y causan efectos según lo deciden los medios de comunicación. Y es precisamente la pseudoinformación brindada por los medios de comunicación la fuente de los mayores equívocos en este tema y en especial de la creación de los estereotipos en que hoy se basa la percepción social de la droga y los drogadictos. (Oliva, M. P., (1986).

Vale la pena repasar, siquiera brevemente, cuáles son algunos de esos pre-conceptos o estereotipos.

- a) El primero de ellos se basa en el propio *concepto de droga*. Se trata de un concepto monolítico, sin distinciones, sin especificidades, que asigna una relevancia determinante a algunas drogas (opiáceos, derivados del cannabis, cocaína,... etc) y excluye o considera mucho menos relevante a los fines de la definición otras drogas (alcohol, barbitúricos, psicofármacos,... etc) sin que tal distinción tenga ningún fundamento objetivo y científico desde el punto de vista de la dañinidad social, de la nocividad o de la dependencia. (De Leo, G., 1985, p. 8).

Hoy en día puede darse por definitivamente perdida la batalla

por lograr que no se hable de «la droga», sino, en todo caso, de diversas sustancias con efectos diversos y de modelos de consumo perfectamente diferenciados. Incluso, una parte de los expertos en el tema, incapaces de argumentar el absurdo que supone unir lo que debería estar separado, es decir, atribuir a todas las sustancias los efectos de los opiáceos, y separar lo que debería estar unido, esto es, no considerar drogas a sustancias tales como el alcohol o los psicofármacos, han elaborado otro tipo de explicación para mantener el mismo equívoco: las drogas *legales* no producen desviación (3). Como si la desviación fuese una cualidad intrínseca a determinados actos humanos y no el producto de un proceso interactivo entre el sujeto y el contexto normativo que define sus acciones como aprobadas o desaprobadas.

Este tipo de confusión es el que permite mantener hoy la absurda división entre drogas legales e ilegales, en especial cuando se aborda la razón de la penalización de sustancias como los derivados del cannabis. Son reveladoras al respecto las palabras de algunos expertos médicos en la materia. «Es evidente, pues, que el actual fenómeno de la politoxicomanía se halla inextricablemente unido a la manera como *ahora* viene siendo consumida la cannabis sativa: sus preparaciones POR SI MISMAS, suponen igual o incluso menor riesgo que el consumo tabáquico, pero sin embargo, EN SU CONTEXTO, se erigen en “eje de las toxicomanías”» y añaden, «... es precisamente el contexto en el que se desarrolla el actual canna-

bismo lo que le hace eje o plataforma para nuevas y peligrosas incursiones en el terreno de los punks y sus "hard drugs"» (Soler Insa - Solé Puig - San Molina - Bernardo, 1981, p. 200). Como es fácil advertir, el hecho de que *el contexto* del consumo venga determinado *precisamente* por la definición normativa de la cannabis como ilegal, desaprobada y peligrosa a pesar de todas las evidencias médicas, parece no importar. Dicha definición sirve, al contrario, para demostrar... la nocividad de la cannabis.

Como ha dicho Hulsman, (1971, p. 33), una toma de posición que acepta las sustancias «farmacológicas» tradicionales (como el alcohol) pero que rechaza las sustancias no tradicionales usadas por grupos minoritarios, sin que pueda probarse la superior nocividad de estas últimas, corre el riesgo de convertir la desviación primaria en desviación secundaria y en definitiva tender a agravar y perpetuar el fenómeno que hipotéticamente se trata de combatir.

- b) El segundo de los estereotipos alimentados por los mass media se corresponde con lo que se ha llamado el «*fetichismo de la sustancia*» (Arnao, 1985, p. 162), esto es, la identificación de la droga con una especie de ente mágico, de propiedades casi demoniacas, que aparece como algo externo a la sociedad y que infecta al cuerpo social sano, sobre todo el formado por los jóvenes. La droga ha asumido el mismo papel que en la Edad Media ocupaba la peste (la heroína ha sido definida como «la peste blanca»), esto es, la de un mal extraño, causante de un terror

irracional que dirigía sus ataques contra el peligro del contagio, dando caza a los posibles portadores de la enfermedad y que, como ha analizado Foucault, ofrecía la oportunidad de poner en marcha nuevos mecanismos de control y de disciplina social. «La peste, como forma a la vez real e imaginaria del desorden tiene por correlato médico y político la disciplina. Por detrás de los dispositivos disciplinarios, se lee la obsesión de los contagios, de la peste, de las revueltas, de los crímenes, de la vagancia, ...» (Foucault, 1976, p. 201).

Esta identificación de la drogodependencia con la enfermedad causada por un agente patógeno externo permite abordar el problema del consumo de sustancias psicoactivas en términos estrictamente ideológicos y morales: frente a la «epidemia» de la droga la única actitud que se demanda es un posicionamiento igualmente ideológico, a saber, la lucha contra el mal.

Por otro lado, la identificación de la droga como enfermedad permite ofrecer al fenómeno el tipo de explicación más tranquilizadora para la sociedad, en cuanto sus causas son atribuidas a un agente externo, a un evento patológico extraño tanto a la sociedad como a los propios sujetos que lo padecen. Evidentemente el que hoy muchos jóvenes hagan del consumo de drogas una forma de expresar sus carencias de orden social (De Leo, G. 1982, p. 30) o su rechazo a los valores tradicionales y demuestren su malestar por la ausencia de perspectivas sociales, tiene una explicación mucho más

tranquilizadora si se atribuye a un agente extraño («la droga») que si se analiza en toda su complejidad como denuncia de injusticias patentes y de hipocresías sociales intolerables (Arnao, 1985, p. 41) (4).

En último término, la identificación de la drogodependencia como una enfermedad, establece entre los toxicómanos y la sociedad un tipo de relación que tiende a fijar al toxicómano en un rol dependiente. La identificación con el enfermo (muchas veces considerado incurable), alimentada por el estereotipo, tiende a confirmar al propio toxicómano en su papel de pasividad e irresponsabilidad, y en consecuencia, a hacer más difícil la superación de su estado.

«Identificándose en el rol de enfermo el toxicodependiente no se ve obligado a escindirse: toda su debilidad se proyecta hacia afuera, sobre el virus de la toxicodependencia, y él, puede considerar su propia personalidad como unívoca e integrada en todas sus partes. Es así como el toxicodependiente (...) puede considerar sus propias acciones más allá del propio control. (Young, 1971, p. 89.)»

La anécdota del muchacho que, interpelado por un compañero que le veía inyectarse heroína en plena vía pública y que como respuesta le dice: «Es que yo soy un toxicómano» es reveladora al respecto. (Funes, J., 1985, p. 84).

A partir de ahí ya es relativamente sencillo entrar en un proceso de institucionalización médica, en el «circuito terapéutico de la droga», —desintoxicación, comunidad terapéutica, centro de post

cura, ... etc— y en muchos casos quedar fijado para siempre el rol de toxicómano o en el de su contrario, el de ex-toxicómano.

- c) El tercer estereotipo identifica la droga como la expresión de una actitud individual o colectiva de *oposición a la sociedad* y de afirmación de una cultura propia, al margen de las normas sociales, típica de la juventud.

La droga aparece, desde ese punto de vista, como un factor de cohesión de los jóvenes, y como un elemento capital dentro de una política tendente a «fijar» un rol social para este período de edad, que los enormes problemas de inserción en el mundo adulto ha ampliado considerablemente, y que se presenta como un potencial consumidor de todo tipo de bienes y servicios de fundamental importancia económica y cultural.

La droga, desde ese punto de vista, se utiliza a la vez como reclamo comercial (baste pensar en la cantidad de anuncios publicitarios que hoy utilizan palabras extraídas de la jerga toxicómana: «coloque», «enrolle», «ir ciego», «mono», ... etc.) y como estigmatización de determinados comportamientos y actitudes generalmente asociados a la cultura juvenil.

Dentro de este tipo de imagen estereotipada, la heroína cumple el papel de «estrella» de las drogas. A ella se asocian los mayores males y los mayores placeres; ella representa la quintaesencia de la contraposición entre la cultura de los normales y la subcultura de los desviados. Desde ese

punto de vista, la exaltación de la omnipotencia de la heroína para hacer «esclavos», subraya su validez como símbolo de identificación-transgresión: cuanto más la sustancia es descrita como «mala», más intensa y atrayente es su carga simbólica. (Arnao, 1985, p. 166).

Esa identificación, esa imagen estereotipada tiene consecuencias desastrosas desde el punto de vista de la difusión y la profundización del uso de drogas.

En primer lugar dicha identificación hace que la condición de toxicómano pueda aparecer ante los ojos de muchos jóvenes como un factor de identificación de un extraordinario atractivo. Si como es sabido, uno de los problemas esenciales de esa edad es la búsqueda de la propia identidad, muchos jóvenes, escasamente atraídos por los modelos de identificación propuestos por la educación convencional, pueden sentirse atraídos por un modelo de identificación en el que esos valores aparecen invertidos. «Escoger ser drogadicto es elegir algo: es una vida (literalmente) de altos y bajos, preferible a una existencia vacía en la que miserables compensaciones materiales premian la falta de carácter.» (5).

La identificación, como ha puesto de relieve Arnao (1985) se potencia por el hecho de concretarse en un comportamiento prohibido por la Ley, lo que satisface la *necesidad de transgresión* y de rebelión respecto de los valores de una sociedad adulta sentida como enemiga, y por otro lado, la atención sensacionalista prestada

por los medios de comunicación al «problema de la droga y sus "víctimas"», atribuye cada día más a la figura del tóxicodependiente el halo del protagonismo (aunque sea en negativo) no sólo en el ámbito juvenil sino en toda la sociedad. (Arnao, 1985; pp. 33-34).

En definitiva, ser toxicómano hoy puede ser vivido por muchos jóvenes como algo importante, como algo que despierta al mismo tiempo temor y compasión, como algo que se considera que hay que castigar, pero también ayudar a superar, algo de lo que hoy se ocupan el cine, la televisión, algo que constituye la materia de preocupación (y de sustento) de sociólogos, psicólogos, médicos, juristas, ...etc., algo en fin, que constituye un polo de búsqueda de la propia identidad bastante más atractivo que los modelos basados en los patrones convencionales. Y que al mismo tiempo, como decíamos antes, le permite mantenerse en una condición de pasividad e irresponsabilidad que él identifica con su condición de «no adulto». Con lo que una vez más el estereotipo funciona reforzando y consolidando el fenómeno más que combatiéndolo.

Pero es que, además, esa identificación tiene un segundo efecto «perverso»: en la medida en la que el consumo de drogas se presente como un factor de identificación-transgresión para los jóvenes, el paso del consumo de cannabis a la heroína no supone sino una progresión natural dentro de la escala de valores de cierta subcultura juvenil. El hecho de que la heroína sea más «dura», menos

«tolerada» por la cultura dominante, hace aumentar su atractivo y el prestigio de quien la usa en determinados contextos juveniles, con lo que de hecho se está potenciando la llamada «escalada» (Arnao, 1985, p. 35). Una vez más se demuestra que la explicación al paso del consumo de drogas «blandas» al de drogas «duras» no habrá de hallarse en las propiedades farmacológicas de las primeras, sino en la mixtificación producida por los mass media y por una legislación penal que engloba dentro de un mismo proceso criminalizador a unas y otras. (González Zorrilla, 1983, p. 212).

Por último, no podemos dejar de mencionar un ulterior efecto de las imágenes que asocian drogas —cultura juvenil y drogas— desviación, y las políticas institucionales a que da lugar: el de servir de mecanismo de control del sector social representado por los jóvenes, vistos como peligrosos a medida que aumentan sus dificultades para acceder al mundo adulto. Y al mismo tiempo ofrecen la posibilidad de encontrar consensos y apoyos en la sociedad de los normales, que tienden a «cerrar filas» frente al inquietante fenómeno y, en definitiva, a poner en segundo plano las contradicciones y desigualdades presentes en nuestra sociedad. «La toxicoddependencia y las intervenciones institucionales a que da lugar permiten, entre otros, un mayor, continuo y vinculante control social sobre los jóvenes en una fase de edad cada vez más amplia, ofrecen ocasiones para movilizar energías, recursos y sobre todo, consenso por parte de amplios estratos de la población, tienden a re-

definir la jerarquía de importancia de los problemas sociales, distrayendo la atención de cuestiones potencialmente conflictuales, proponiendo modelos positivos de identificación para «nosotros», normales ciudadanos que no somos drogadictos, ofreciendo la posibilidad de satisfacciones sustitutivas a los deseos difusos de toxicoddependencia, a través de la representación proyectiva pública del fenómeno y la canalización de la agresividad sobre los chivos expiatorios que se prestan a tal fin. (De Leo, G. 1982, p. 43).

Como veremos más adelante, la identificación droga —desviación, droga— delincuencia, ha servido para este fin, y ha puesto en marcha mecanismos que han acentuado la exclusión y el control de grandes sectores de la sociedad, ahondando el foso entre los sectores integrados en la sociedad («normativos» se les llama ahora) y los excluidos, los marginados, entre los que pueden contarse buena parte de la juventud, sobre todo la perteneciente a los estratos sociales más desfavorecidos.

17

### III. APROXIMACIONES A UNA DEFINICION TAN NECESARIA COMO IMPOSIBLE

Globalmente, las drogodependencias tienen siempre una entidad prestada, se resisten a cualquier intento de definición estable y acotada que provenga sólo de una supuesta interacción objetiva entre sustancia y sistema nervioso. La imposibilidad de una única definición monolítica y objetiva agudiza todavía más la ambivalencia de las imágenes sociales, su evolución histórica y su profunda conexión con otras imá-

genes sociales, con otros elementos de las concepciones globales de la sociedad imperantes en un medio y en un momento histórico.

Los diseños teóricos sobre qué es y en qué consiste la drogodependencia responden básicamente a la necesidad teórica de aplicarle un remedio acotado y programable. La necesidad de encontrar la solución nos empuja a definir y acotar el problema, definirlo y acotarlo como «un» problema de variables más conocidas y mensurables. Por esta razón, el modelo enfermedad-terapia se impone fácilmente como el aparente más útil y menos angustioso para una sociedad que poco a poco asume la presencia de drogas más problemáticas, mientras pueda pensarse que su existencia, su uso y su terapéutica responderán a un modelo acotado y definido.

Hemos dicho que intervención terapéutica y respuesta penal aparecen estrechamente ligados a la imagen social sobre las drogodependencias dominantes en cada momento. Pero es una ligazón mutua, ya que el modelo terapéutico es uno de los principales elementos generadores de la imagen. A la vez, la respuesta penal aporta igualmente su parte, de la misma manera que exige al sistema terapéutico un modelo explicativo en el que asentar su certeza jurídica.

Para el terapeuta existía la necesidad de definir qué es un drogodependiente en función de poder diseñar un remedio; pero, en realidad, ha acabado diseñando su intervención terapéutica y a partir de ella definiendo los sujetos «asistibles»; los individuos a «tratar» acaban siendo definidos, en parte, por el propio tratamiento.

El Derecho Penal, la política criminal de nuestra sociedad —necesitados de

un modelo cierto de la conducta humana y de las «enfermedades» que la alteran—, intentan asentarse en el esquema asistencial, aunque para ello deba procederse a reajustes en el enjuiciamiento y en la ejecución penal.

Así como las redes asistenciales de nuestro país caminan —aunque sometidas a fuertes dificultades— hacia una sana crisis normalizadora e integradora, dentro de estructuras asistenciales más amplias, lo mismo debería pasar con la respuesta penal. Aunque sea más difícil, convendría evitar que las adaptaciones de leyes y procedimientos se asentaran, de nuevo, sobre modelos estáticos y simplistas que tendrían fácilmente inaplicables.

A nuestro entender, los elementos básicos de un modelo explicativo de las drogodependencias, que deben tenerse en cuenta cuando se piensa en diseñar respuestas penales serían los siguientes:

- a) Junto a la conocida dependencia global de un mercado de intereses y poderes económicos de inusitada potencia, conviene precisar que, a diferencia de otras épocas y otras drogas, la distribución en la mayoría de los niveles bajos y medios de las actualmente drogas ilegales está asociada a diversos tipos de consumos. Al igual que los consumos, las distribuciones son diferentes y variables, profundamente personalizadas y con capacidad de adaptación y de creación de fórmulas difícilmente previsibles. Cualquier política de intervención (terapéutica o penal) acaba teniendo entre sus clientes, distribuidores y consumidores, sin que sea fácil la ficción de entender o perseguir sólo a uno de ellos.

- b) La población que tradicionalmente ha sido cliente de la justicia ha pasado a ser usuaria habitual de drogas ilegales diversas, por lo que sus intervenciones están repercutiendo indirectamente sobre las drogodependencias. Se da una situación interactiva entre uso de drogas y dificultad social, y a la vez la respuesta ante estos usos pasa a ser parte del conflicto social. Frecuentemente, incluso el uso problemático de algunas drogas reagrupa, sintetiza y enmascara el resto de la dificultad y el conflicto.
- c) La respuesta penal ante el uso de algunas drogas ha llevado ante la justicia a clientes, no previstos, de extracción social no tan habitual; o si se prefiere, ha hecho que nuevos colectivos transgrediesen de manera patente normas sociales consideradas básicas. En gran parte es ese «nuevo» colectivo el que, paradójicamente, parece poner en crisis la respuesta penal («si afecta a los que no aparecían como delincuentes es que no debe ser adecuada»).
- d) La interacción entre individuo y drogas no parece posible definirse en términos de afectación del «querer» y del «conocer» (alteraciones de la inteligencia y la voluntad) en el momento de la presencia en el organismo de la sustancia. Por un lado puede resultar más determinante su ausencia y, por otro, se hace necesario hablar de manera de vivir, de estilos de vida, de subsistencia en estrecha relación con el uso de drogas. Lo que el individuo hace —incluido el delito— se explica en parte, no por la «despersonalización» puntual, sino por la condición de dro-

godependiente en la que vive (presión de grupo, padecimientos asociados, compulsión al consumo, anomia temporal y social, ...)

- e) Tanto el consumo como la recuperación no son estables en el tiempo, sino que siguen secuencias dialécticas, hacia condiciones de mayor a menor gravedad, que se casan mal con la estaticidad del delito y de la sanción penal.
- f) La coacción y la restricción de libertades aparecen presentes tanto en el sistema terapéutico como en el penal, lo que no quiere decir que tengan el mismo sentido en los dos ámbitos ni que se las pueda hacer intercambiables. Igualmente, lo terapéutico, por el hecho de intentar serlo, no puede enmascarar una sanción penal sin garantías.

19

Supeditada la una a la otra, sin que puedan separarse, la política criminal ante el fenómeno de las drogas se compone de actuaciones conectadas con el llamado tráfico, de respuestas directas o indirectas ante los sujetos que consumen, de adaptaciones en la sanción y el procedimiento penal ante la aparente condición de drogodependientes que prestan antiguos y nuevos clientes de la Justicia.

Aunque sea de manera parcial, hablaremos de los elementos contradictorios que deben tenerse en cuenta en algunas de estas actuaciones.

#### IV. DROGAS Y CONTROL PENAL: LA «ILUSION REPRESIVA»

Como decíamos en la primera parte de este artículo, las imágenes de la

toxicodependencia asociada a la enfermedad se han superpuesto, sin sustituirla, a la imagen que identifica el mundo de las drogas con la delincuencia. Hoy, al hablar de «la droga», se pone en marcha un inconsciente colectivo, en el que inmediatamente aparecen imágenes —extraídas de noticias, reportajes, telefilms de la T.V., etc.— de muerte, atracos, violencia, ... etc. Si además, una actitud pseudocientífica de los medios de comunicación aporta presuntas «pruebas» irrefutables de la identificación droga-delincuencia basándose en las estadísticas policiales que aseguran que un alto porcentaje de los «delincuentes» son «drogadictos», la opinión pública ve reforzada esa imagen estereotipada masivamente difundida de forma explícita o implícita.

Es sabido que la identificación drogadicto-delincuente se basa en una doble mixtificación: la de suponer que los toxicómanos oficialmente y socialmente identificados son representativos del universo de los toxicodependientes y la de suponer que los delincuentes «oficiales», esto es, los que pueblan las prisiones, son representativos de todos los delincuentes. Ni lo uno ni lo otro es cierto. Existe un vastísimo «número oscuro» no conocido, tanto de toxicodependientes como de delincuentes, con características sociológicas, generacionales y psicológicas, profundamente diferentes de los definidos como tal en la actualidad. No obstante lo cual, el estereotipo se mantiene y alimenta activamente la idea de la necesidad ineludible de la represión para atajar el fenómeno. (De Leo. G., 1985, p. 8).

Dejando ahora de lado el problema de saber qué normas sociales viola el comportamiento toxicómano, lo cierto es que, aun si se llegara a la conclusión de que dicho comportamiento debe ser considerado nocivo, ello no

entraña necesariamente la conclusión de que deba ponerse en marcha el mecanismo penal para contrarrestarlo. Con carácter previo deberían responderse a alguna de las siguientes preguntas: ¿La puesta en marcha de dichos mecanismos es eficaz para disminuir o canalizar ese comportamiento indeseable? ¿Los medios que se ponen en marcha son aptos para tal fin? ¿Cuál es el precio a pagar (económico, social e individual) para lograr el objetivo? ¿Existen otros medios menos costosos a los que poder recurrir? ... etc. (Hulsman, L., 1971, p. 33).

Pues bien, a pesar de que la respuesta a todas esas interrogantes sigue siendo todo menos clara, parece inútil intentar cuestionar la validez de este tipo de respuesta, so pena de ser declarado enemigo de la sociedad y poco menos que cómplice de los traficantes de drogas. «No sólo cualquier ley liberalizadora, sino ya las mismas propuestas o el *hablar* de liberalización favorecen la difusión de la idea de la droga». (Mantovani, F., 1986, p. 375).

Seguimos anclados a un modelo de respuesta *penal* al problema de la difusión de sustancias psicoactivas que proviene de la política puesta en marcha en los primeros años de este siglo en los Estados Unidos de América y que más tarde, el propio Gobierno USA se encargó de *exportar* al resto del mundo, dentro de un proceso de conquista de la hegemonía a escala mundial, hasta lograr que dicho modelo se convirtiera en legislación internacional mediante la firma de la Convención Unica de las Naciones Unidas de 1961, y el Convenio de Viena de 1971.

El proceso que llevó a hacer del problema de los toxicómanos en los EE. UU. no ya un problema de salud, sino un problema de orden público y de se-

guridad ciudadana, ha sido descrito con precisión por diversos autores, y podría definirse como el paso de una concepción social a una concepción *moral* del problema, en la que las fronteras entre la ética y el derecho quedaban borradas (6).

Como dice Duster (1984, p. 20), refiriéndose a la Harrison Act de 1914, la primera ley que penalizaba la distribución de opiáceos, «... la ley y la interpretación que de ella hizo la Corte Suprema, crearon la condición y el contexto definitivo para una nueva valoración, desde una perspectiva moralista, de aquello que hasta entonces había sido considerado un problema orgánico. Todo el país comenzó a asociar a los toxicómanos con sus nuevos compañeros pertenecientes a la mala vida, y a hablar de ellos como de una nueva categoría de personas que se estaba uniendo al mundo del crimen. Y el paso hacia la atribución de objetivos de tipo criminal fue muy breve. El puente entre ley y moralidad fue construido».

A partir de ese momento, esa especial opción de respuesta penal al comportamiento toxicómano —con variante y matices, a veces importantes como luego veremos, pero que en todo caso no cuestionan el modelo— se ha generalizado y ha ejercido una influencia determinante sobre la consideración del problema incluso en el ámbito asistencial. Y al mismo tiempo, ha producido consecuencias indeseables que hacen que sectores cada vez más importantes se cuestionen la viabilidad de continuar con el mismo, visto el altísimo coste social que provoca.

Para verlo, bastará citar sólo tres de los llamados «efectos perversos» de ese tipo de intervención institucional que hacen cuestionar su eficacia y su racionalidad. (Bertrand, M. A., 1980, p. 180 ss.):

1. En primer lugar ha creado un inmenso ejército de consumidores «fuera de la ley» y se ha potenciado su agregación subcultural.

De hecho, el efecto más inmediato de las leyes represivas en los EE.UU. no fue la disminución de los adictos a las drogas, sino el cambio de su identidad cultural o el cambio en cuanto a los modelos de consumo. «Lo que la ley ha hecho para esta franja de la población [los toxicómanos existentes antes de la aprobación de la Harrison Act], ha consistido en abolir el libre acceso a los narcóticos y sustituirlos por el uso de sedantes con receta médica. Exactamente el mismo tipo de personas que usaba los opiáceos en 1900 usa hoy los barbitúricos: edad media, clase media, mujeres blancas con diversos problemas psudamédicos, más bien de tipo emocional (...) Las leyes no han hecho nada por cambiar este tipo de toxicodependencia (...), simplemente ha cambiado la droga de la que la gente era dependiente» (7).

La ley por tanto no supuso un descenso del consumo de opiáceos, como no lo supuso del consumo de otras drogas como la cannabis. Simplemente cambió la identidad de los usuarios: de ser mayoritariamente blancos, mujeres y de edad media, pasaron a ser negros o chicanos, jóvenes del sexo masculino y habitantes de los ghettos de las grandes ciudades. Los antiguos consumidores legales de opiáceos fueron simplemente empujados en los brazos de las casas farmacéuticas.

La represión penal, pues, no ha supuesto un descenso en el con-

sumo de drogas ilegales, —lo que hubiera ocurrido en el caso de no existir dichas leyes entra en el campo de lo meramente hipotético— y en cambio ha potenciado los aspectos de rechazo y de rebelión, de elaboración de normas y valores contrarios a los de la sociedad por parte de los colectivos de toxicodependientes, que dificultan enormemente su proceso de recuperación.

2. En segundo lugar, la adopción de dicha legislación ha exasperado la reacción punitiva del Estado hasta extremos que hacen poner en duda la racionalidad del sistema penal en su conjunto.

Hoy parece ser una opinión político-criminal común a la mayoría de países europeos la elevación considerable de las penas para este tipo de delitos, la adopción de nuevas modalidades de respuesta penal y su agravación, y la puesta en marcha de nuevos mecanismos de control y de investigación que dotan a los aparatos policiales de un poder cada vez mayor y cada vez más autónomo.

En nuestro país, que en 1983 aprobó una reforma del Código Penal en esta materia que contenía algunos aspectos positivos (diferenciación en cuanto a la penalidad según la dañosidad de la sustancia, rebaja general de las penas y reafirmación de la penalidad exclusivamente del tráfico o de la tenencia para el tráfico) (González Zorrilla, C., 1983; Arroyo Zapatero, 1984), se anuncian cambios legislativos inminentes en el sentido de endurecer considerablemente la penalidad prevista para esos delitos e incluso la de

introducir nuevas agravantes (como la de difundir droga adulterada), que corren el peligro, una vez más, de dejar sin contenido la apenas estrenada reforma de 1983 (8).

A este respecto, Hassemer (1986, p. 96) ha hecho una acertada descripción de la situación general de las tendencias politicocriminales presentes hoy en el ámbito europeo: «El problema de la droga pertenece a los grandes temas de la política interior de varios países en las últimas décadas y el comercio de drogas está bajo una fuerte presión punitiva por parte de la opinión pública; luego el legislador ha estado “exigido”. Por otra parte, no hay ninguna prueba estadística significativa para una conexión entre influencia inmediata de la droga y aumento de la criminalidad (...). Finalmente, por el momento no hay “en el mundo un concepto de tratamiento para los adictos a las drogas que pueda considerarse científicamente o al menos prácticamente seguro”. Luego las esperanzas en efectos preventivos individuales están por lo menos disminuidas.

»Tomando todo esto en su conjunto, produce, desde un punto de vista político-criminal, una mezcla explosiva: por un lado, la necesidad creciente de criminalización por parte de la opinión pública, con la exigencia de penas draconianas, no se puede basar en una comprobación científica de peligrosidad especial; pero, por otra parte, una mayor necesidad de solución del problema no tiene por base una posibilidad real de solución del mismo. En resumen, un caldo de cultivo para la “legisla-

ción simbólica” cuyos efectos no se esperan directamente en una solución del problema (criminalidad de la droga), sino, indirectamente, por el apaciguamiento de la presión pública por parte de un legislador atento y decidido.»

«Legislación simbólica», pues, no como representación o cristalización de una norma social, sino como apariencia de diligencia para solucionar un problema que no se sabe cómo abordar, y que además ofrece serias dudas en cuanto a su eficacia real.

3. Por último, dicha legislación ha potenciado la conversión de los grandes traficantes en grupos de poder poderosísimos, capaces en la actualidad de manejar sectores enteros de la economía y aun de la vida económica y política de determinados países.

La legislación antidroga y la difusión de imágenes sociales irracionales ligadas a este fenómeno han cambiado la significación tradicional que para ciertas colectividades campesinas tenía la droga, como parte de equilibrios culturales que las ligaban a la vida cotidiana o a la práctica religiosa de centenares de miles de personas en el mundo. Hasta que la droga no se desvincula de esa específica matriz cultural, hasta que no se convierte en puro objeto de consumo y de beneficio, es decir, en una mercancía, su producción y circulación permanecieron drásticamente limitadas. La droga, lejos de ser, como afirma el estereotipo cultural, algo extraño o ajeno a nuestra sociedad, sólo puede comprenderse analizando los complejos mecanismos de pro-

ducción y distribución de bienes y de acumulación de capital propios de las sociedades industriales avanzadas (9).

«La formación del mercado mundial de la droga se ha producido de forma paralela a la creación de otros grandes mercados ilegales, como el de las armas de guerra vendidas por los productores occidentales a los gobiernos y a los movimientos insurreccionales del Tercer Mundo, con la mediación de traficantes, hombres de negocios y agentes de servicios secretos que obtienen ingentes beneficios de esa actividad.» (Arlacchi, P., 1985, p. 85.)

Hoy, a pesar del objetivo proclamado por la legislación penal de dirigir sus golpes preferentemente contra los grandes traficantes, de hecho, la situación de ilegalidad ha hecho aumentar enormemente la tasa de beneficio y, en consecuencia, ha hecho posible la creación de estructuras de poder inmenso, inextricablemente unidas a las redes financieras y económicas «legales», y capaces de intervenir decisivamente en las grandes opciones políticas y económicas de los Estados, incapaces de intervenir decisivamente contra esa estructura.

El aumento de las penas no es un método eficaz para luchar contra el tráfico organizado a escala mundial, sino que a lo sumo va a suponer un aumento de la tasa de riesgo para los grandes traficantes, que se verá compensada por el consiguiente aumento del precio de la droga y, por ende, de la tasa de beneficio.

Una vez más, esa exasperación penal va a caer en lo que se ha llamado la «ilusión represiva»; esto es, va a penalizar más duramente a los eslabones inferiores de la cadena de distribución de las drogas o, como mucho, a los eslabones intermedios, pero no a los altos magnates.

Por tanto, a pesar de que la excusa legal para ese aumento sea la persecución de los traficantes y no de los consumidores, de hecho, al centrarse únicamente en los eslabones inferiores de la cadena de distribución, va a suponer la penalización de muchos toxicómanos dedicados al tráfico para atender las necesidades derivadas de su propio consumo, con lo que, por un lado, aumentará la dificultad para iniciar un proceso de recuperación de esos toxicómanos, y por otro, no afectará para nada a las redes de tráfico, pues la sustitución de unos cuantos «camellos» no supone ningún problema para las «empresas» de la droga (10).

Por otro lado, existen prácticas o inercias policiales que hacen prácticamente imposible que la acción penal se dirija contra los grandes traficantes. Funciona también a este nivel otra variante del llamado «fetichismo de la sustancia». La búsqueda y aprehensión de «la droga» se convierte en la auténtica obsesión policial. Los propios éxitos policiales en la materia se miden en términos de kilos de droga aprehendida y no en la cualidad de las personas detenidas o de su función en el entramado de la cadena de distribución. Se sabe ya que la única manera de acceder a los grandes

«capos» del tráfico consiste no en perseguir «la droga», sino los beneficios y las ganancias que ésta produce, a través de los complicados mecanismos financieros de «blanqueo» del dinero y utilización de los llamados paraísos fiscales. Pero, obviamente, intervenir a ese nivel supone remover los cimientos del sistema financiero internacional, se corre el peligro de poner al descubierto demasiadas cosas poco claras y, por tanto, prefiere eludirse el avanzar por ese camino (11).

Por otro lado, resulta ilusorio pretender que tirando del hilo de los eslabones más bajos de la pirámide, se puede llegar al vértice. Y sin embargo, una vez más, en los últimos tiempos las exigencias de la política de la llamada «seguridad ciudadana» o de «orden público» se imponen a las exigencias de una política criminal al menos racional.

En definitiva, como dice Hackler (1986, p. 199) «estas leyes potencian la confusión, refuerzan la alienación de los jóvenes, crean riesgos inútiles para el personal encargado de aplicar la ley, aumentan el riesgo para los consumidores de ingerir sustancias más peligrosas y garantizan finalmente que uno de los mercados más lucrativos del mundo contribuya a enriquecer a los criminales, especialmente a los mejores organizados de entre ellos».

La constatación de que la represión, teóricamente dirigida a perseguir a los traficantes, ha acabado por afectar mayoritariamente a los propios toxicómanos, y que, como consecuencia de ello han

comenzado a entrar en prisión un tipo de personas «no previstas», pertenecientes a estratos de la población no identificados socialmente como «delicuentes», ha hecho poner en marcha algunos mecanismos correctores, entre los que destaca el de buscar alternativas de «tratamiento» a la encarcelación de *algunos* de los toxicómanos víctimas de la respuesta penal. A analizar brevemente dicho aspecto dedicaremos la última parte de este artículo.

## V. PROCESO PENAL. PROCESO DE RECUPERACION

### 5.1. De la represión al «tratamiento»

El endurecimiento de las penas previstas para los delitos asociados al tráfico de drogas suele ir acompañado hoy en Europa —con diversos matices no esenciales entre uno y otro país— con previsiones legales que permitan poner en marcha mecanismos de «tratamiento» para los sujetos toxicodependientes que acceden a la justicia, especialmente como alternativas al ingreso en prisión (Consejo de Europa, 1985; Hassemmer, 1986), y destinadas a aquellos que se consideran «recuperables» o «resocializables». Esta parece ser asimismo una de las líneas de la que se anuncia como inminente reforma de la legislación penal española en esta materia.

En principio, estas previsiones o alternativas deben recibirse con satisfacción, ya que suponen la constatación de dos verdades hoy incontrovertibles: la de que la represión penal acaba afectando mayoritariamente a individuos que han hecho de las drogas el centro de su interés vital y la de que el instrumento penal por excelencia, la

cárcel, se demuestra como inútil para cumplir la tarea de rehabilitación o reinserción que la ideología dominante le asigna.

No obstante, también con respecto a este tema pueden formularse algunos reparos u objeciones, que no provienen tanto de su existencia como tal, sino del hecho de que forman parte de la misma «filosofía penal» de la droga que hemos analizado en las páginas anteriores y que, por tanto, adolece de los mismos defectos y es capaz de producir las mismas confusiones que los aspectos puramente represivos considerados hasta aquí.

En efecto, en primer lugar, no se puede ignorar que dicha política de sustitución penal está basada —como decíamos antes— en un dato asentado hoy ya en la conciencia social, cual es, el de la absoluta falta de idoneidad de la prisión para rehabilitar a los toxicómanos. Pero en la medida en que dicha falta de idoneidad se predica tan sólo con respecto a los toxicómanos, y no se tiene en cuenta que dicha inadecuación se produce igualmente con respecto a todos los delincuentes, se está produciendo un falseamiento ideológico, que deja intocado el problema esencial —la crisis de todo el sistema penitenciario actual—, y trata de hallar una respuesta tan parcial como equívoca al problema, en lugar de enmarcarla dentro de toda una nueva concepción del sistema penal en su globalidad.

De ese hecho se deducen algunas perplejidades con las que se enfrentan los expertos a la hora de abordar este tipo de soluciones, entre las que ocupa un lugar destacado un nuevo «efecto perverso» que se puede producir como consecuencia de su aplicación: el de que, aplicado este sistema *sólo* a

los toxicómanos, el mensaje que se está lanzando es que tal condición, unida a la de ser autor de un delito, puede ser altamente beneficiosa para este último, con lo que, además de poner en cuestión el principio de igualdad ante la ley, se puede producir un efecto «toxígeno», esto es, producir un aumento del consumo de drogas con el fin de poder alegar la condición de toxicómano en el caso de caer en las redes de la justicia y poder escapar así más fácilmente a la pena de prisión. (Consejo de Europa, 1985, pp. 5-6.)

En segundo lugar, a partir de la constatación anterior se han intentado encontrar fórmulas que de una u otra forma, trataran de limitar dichos beneficios a los sujetos verdaderamente «recuperables», sobre la base de una pretendida mayor sinceridad en cuanto a sus propósitos rehabilitadores. A tal fin se discute sobre la posibilidad de aplicar dichas medidas sustitutorias a los sujetos con «buen pronóstico», basado en estudios psicosociales previos, y aún en nuestro país se ha pretendido basar dicha selección en la constatación previa de si nos hallamos ante un «toxicómano-delincuente» —en cuyo caso podría concederse el beneficio— o ante un «delincuente-toxicómano» a quien en principio no podrían aplicarse dichas medidas de «tratamiento» extrapenitenciario. (Freixa, F-Sánchez-Concheiro, M. T., 1985.)

No merece la pena volver a insistir sobre la mixtificación y la carga ideológica presente en los términos «delincuente» y «drogodependiente», pero si es necesario constatar que la utilización de criterios de esa naturaleza a la hora de conceder o no el beneficio de las medidas sustitutorias representa un eslabón más en el proceso de marginación y exclusión de los sectores sociales más desfavorecidos. Estos, como

es lógico, siempre tienen «peor pronóstico» que los sujetos pertenecientes a la clase media y han sufrido desde edad más temprana los procesos de estigmatización social que los han conducido a ser identificados como delincuentes, con lo que sus posibilidades de ser englobados en la categoría de «toxicómanos-delincuentes» suelen ser ínfimas, añadiendo por tanto las consecuencias negativas de la prisión a una situación social, de inferioridad y de carencia.

En tercer lugar, las propuestas de alternativa a la prisión se presentan siempre bajo la etiqueta del «tratamiento», lo que engloba, de una u otra forma, procesos de reeducación o readaptación y llevan implícitas la consideración de «anormalidad» o «enfermedad» de los sujetos a los que se aplica.

Nos hallamos aquí frente a la otra cara de la moneda representada por la represión, dentro de una política pretendidamente «preventiva» del problema. Se trata de crear una «ilusión terapéutica» complementaria de la «ilusión represiva» a la que antes nos referíamos. Porque si es cierto, como ya se ha dicho, que no se ha hallado en la actualidad una metodología específica de tratamiento equivalente a la de otras patologías, lo que de hecho se persigue, es crear un estado de opinión social que reafirme la racionalidad y «humanidad» del sistema penal. Con el añadido, que ya veíamos, de contribuir a difundir el estereotipo del toxicómano como un enfermo, irresponsable de sus actos, con las consecuencias negativas ya señaladas.

Pero, además, esa aparente «despenalización» se realiza de manera equívoca y a veces peligrosa. Como ha puesto de relieve Pavarini (1985, p. 543), «las perplejidades nacen (...), sobre las

modalidades “espontáneas” “jurídicamente no disciplinadas” con las cuales la sociedad civil viene a llenar esta función de “suplencia” en relación al Estado, ejercitando funciones de disciplina y de control social, nunca separables de las funciones terapéuticas. (...) ¿Qué garantías existen de que la sociedad civil no responda en términos más coercitivos, incluso relegitimando el momento del secuestro en institución como necesidad terapéutica? ¿Si, en cambio, para huir al riesgo de una esfera privada “salvaje”, emotivamente “desorientada”, el Estado y las Administraciones públicas se lanzan a regular normativamente la existencia y el funcionamiento de dichas comunidades para toxicodependientes, donde hallar la diferencia, sino puramente terminológica, con estructuras carcelarias especiales para los toxicodependientes detenidos?»

Una vez más, en efecto, enfrentarse al problema de la crisis del sistema penitenciario, con criterios fragmentarios y mixtificantes, sirve exclusivamente para aumentar los procesos de exclusión y segregación selectiva de los sectores sociales subalternos y extender el área de control estatal más allá de las fronteras del sistema punitivo *strictu sensu*.

Por último, no puede ignorarse un postrer tema en relación a este punto: nos referimos a la conciencia, presente hoy en los ambientes judiciales de forma abrumadora, que hace de la «comunidad terapéutica» el instrumento de «tratamiento» por excelencia. La comunidad terapéutica aparece como el elemento externo capaz de salvar al toxicómano, incluso al margen de su voluntad, transformándolo, purificándolo, cambiando por completo su personalidad. Sin ánimo de extendernos en ese punto, uno no puede dejar de pen-

sar que algunas de estas comunidades, aquellas en las que más pesan los elementos de homogeneidad ideológica, pseudomísticos o de identificación carismática con el jefe o patriarca, suponen un sistema de intervención cerrado sobre sí mismo, que se autopropaga en su función de fabricación de la contra-imagen del toxicómano, esto es, la del individuo que ha vencido a la sustancia-demonio y ha adquirido por ello una dimensión y una cualificación, que no sólo le obligan a ejercer ya por siempre ese papel, sino que le permiten incluso el ejercicio de una profesión paradójica: la de ex-toxicómano.

Analizados los anteriores aspectos críticos, vale la pena, no obstante, intentar reflexionar sobre las influencias reales que en la actualidad se están dando entre el sistema penal y los procesos de recuperación de los drogodependientes, a fin de tratar de aportar algunas ideas que eviten las disonancias más graves hoy existentes entre uno y otro.

## 5.2. Justicia y drogodependencia

Si contemplamos la posible revisión, la modificación de las intervenciones de la Justicia cuando los individuos que ha de juzgar están inmersos en las drogodependencias, es porque se está dando una mutua influencia, que afecta, como hemos señalado, no sólo al propio acto de juzgar y sancionar, sino también a la situación de consumo y recuperación en que queda el enjuiciado.

En primer lugar, al igual que para los otros elementos de su conflicto, el paso por las instituciones penales supone —como es conocido— asociación e identificación con su propio papel de delincuente. La consideración y la respuesta ante los elementos drogo-

dependientes se convertirán también en elementos de su propia imagen y autoimagen. A pesar de haber llegado a la policía, al tribunal y a la prisión por otro delito, toda la respuesta penal estará contaminada de esos elementos, contaminará su propia vivencia de la drogodependencia.

En segundo lugar, si enfocamos la vida del sujeto en función del consumo y las recuperaciones, las sucesivas actuaciones del sistema penal tendrán siempre el carácter de «acontecimientos», de «sucesos» con potencial de alterar el recorrido vital (sobre todo si el individuo es un adolescente o un joven), de alterar igualmente el recorrido de la propia drogodependencia. El sentido de la influencia del acontecimiento puede ser muy variable: problematizador, traumático, consolidador o anclador en una determinada situación, impulsor de un determinado cambio, etc.; que de una detención, un juicio o la amenaza de la cárcel se derive el inicio, la consolidación o la ruina de un proceso de recuperación, que surja una problematización o una mejora del tipo de consumo, es algo que dependerá de diferentes variables (grupo social, tipo de toxicómano, etapa evolutiva, etc.), pero también de que alguien preocupado por la recuperación intervenga acertadamente; alguien que intervenga para mirar de aprovechar y condicionar los sucesos generados por la intervención penal.

Ni se puede decir que la intervención de la Justicia sea siempre un revulsivo en la vida del drogodependiente, ni que suponga, por definición, una crisis absolutamente condicionadora de la recuperación. Quizá —sin olvidar la realidad de la Justicia en la que vivimos y que no hay por qué aceptar— lo importante sea saber si existen personas con ascendencia educativa sobre el indivi-

duo, con capacidad de mediar ante él y ante el juez, para que de la reacción ante el delito pueda desprenderse algún elemento positivo para la recuperación de los aspectos drogodependientes.

Finalmente, si, como hemos señalado, la secuencia del proceso penal y la del terapéutico tienen dos recorridos temporales diversos, la influencia mutua puede traducirse fácilmente en conflicto. En el procesamiento previo hasta el juicio puede no haberse dado un inicio de recuperación y las condiciones del sujeto haber empeorado sensiblemente; a la inversa, la sentencia y su cumplimiento pueden truncar una situación de franca recuperación. Ambos procesos, sin que a menudo tengan como nexo en común el hecho a juzgar, quedan irremediabilmente conectados.

### 5.3. Recuperarse bajo condena

Pero donde parece que realmente surgen los verdaderos conflictos es en las situaciones previas para esperar el juicio y en los sistemas de ejecución de penas. Ambos conectan irremediabilmente con la función de la cárcel y con las medidas alternativas a la prisión. Tanto en un caso como en otro carece de sentido pensar que son las drogodependencias y los drogodependientes quienes los ponen en crisis. Como en otras muchas situaciones de nuestra sociedad, la presencia de drogodependientes no hace sino descarnar los contrastes y las contradicciones que ya existen.

No vamos a repetir aquí el discurso sistemático sobre los límites de la respuesta penal ni sobre la inutilidad de la prisión. Simplemente, sobre el pragmatismo de lo existente, entraremos a analizar algunas contradicciones, algu-

nos factores que, hoy por hoy, deberían considerarse.

Avisamos, no obstante, de que las toxicomanías son el paradigma perfecto de cómo el derecho penal no es la herramienta principal para resolver los fenómenos complejos y conflictivos de la sociedad. Igualmente, la condición de los drogodependientes ejemplariza más, si cabe, la contradicción de usar la cárcel como sanción de las conductas de individuos en proceso evolutivo, instalados en un mundo de dificultades cuya resolución es previa o paralela a cualquier planteamiento útil de la sanción.

En nuestra realidad penal, las drogodependencias han contribuido a patetizar la realidad de la cárcel, a hacer la cerante la inexistencia del seguimiento en libertad y de la condena a prueba, a demostrar las limitaciones de los supuestos de condena condicional, a demostrar más todavía los efectos criminalizadores de un enjuiciamiento criminal eternamente remodificado en función del simbolismo político de la seguridad ciudadana.

El que en tondos esos aspectos haya modificaciones legales, recursos y políticas idóneas no debe ser algo exigido por los que se drogan o los que los cuidan, sino por cualquiera que quiera mejorar nuestro sistema penal. La intervención de las drogas ha añadido razones a la urgencia, pero, en cualquier caso, ni deben convertirse en medidas exclusivas para un difuso colectivo de drogodependientes, ni deben justificar sistemas de sanción alternativos, generadores de nuevas injusticias.

Entremos, no obstante, a analizar algunas de las cuestiones comunes entre proceso terapéutico y ejecución penal. Los principales podrían ser los siguientes:

### 5.3.1. *Cárcel y/o Comunidad Terapéutica*

Por contraposición a la cuasi imposible recuperación en el marco de la cárcel, se ha acuñado la expresión de «internamiento en institución adecuada». Desde la justicia comienza poco a poco a pensarse que la atención ha de ser «la adecuada», pero se solicita implícitamente que la institución mantenga las limitaciones de movimientos y libertad de la prisión.

El juez, conocedor de la realidad de la cárcel y desconocedor de las secuencias diversas del proceso de recuperación, asocia la aplicación de la pena a una «cura» en un establecimiento. Sin embargo, la realidad actual de la atención a las toxicomanías y lo que conocemos de cómo se recuperan los afectados, nos obliga a pensar en normativas de ejecución penal que contemplen:

- Suspensión del fallo y libertad condicional en pluriformidad de supuestos.
- Exigencia no de un local-establecimiento de recuperación, sino de un «servicio» de recuperación con un programa terapéutico en que se utilizarán diversos establecimientos.
- Sistemas de información al juez por parte del servicio de atención, así como control judicial real del seguimiento del programa.
- La contemplación de las recaídas como algo con que contar, sin que se derive inmediatamente el ingreso o reingreso en prisión.

Si la comunidad terapéutica no es útil siempre ni en todos los toxicóma-

nos, carece de sentido que la imponga-  
mos como universal para aquellos que  
tienen cuentas pendientes con la Jus-  
ticia. Ya hemos dicho que la inevitable  
uniformidad terapéutica se casa mal  
con un sistema rígido de ejecución pe-  
nal; no puede ser éste el que determi-  
ne el recorrido terapéutico. No obstan-  
te, de manera flexible, conviene que se  
piense también desde la órbita de la  
atención en si un elemento indicativo  
para recurrir a sistemas terapéuticos  
residenciales (comunidades, interna-  
dos, etc.) no es precisamente el estar  
en el curso de cumplimiento de una  
sanción penal.

### 5.3.2. *Curación o castigo*

Como decíamos al principio del artí-  
culo, se plantea en la actualidad con  
una cierta viveza la posibilidad de obli-  
gar al sujeto a una recuperación bajo  
la amenaza alternativa de ingresarlo en  
la cárcel. Paralelamente, los recursos  
de atención han generado una filosofía  
terapéutica en la que la voluntad del in-  
dividuo parece haberse convertido en la  
piedra angular del sistema. ¿Puede ser  
útil la amenaza? ¿Se pueden recuperar  
sin que el sujeto tenga inicialmente vo-  
luntad de recuperación?

Carece de sentido (terapéutico y pe-  
nal) la conminación inmediatista a re-  
cuperarse. Por eludir la prisión el suje-  
to hará *inicialmente* lo que sea, pero el  
sistema terapéutico se transformará  
excesivamente en sistema vigilante, en  
prolongación directa del sistema san-  
cionador. A nuestro entender, también  
de la voluntad como condición previa y  
«sine qua non» de la recuperación.

En parte, se trata de un falso dilema.  
De lo que en realidad el juez debe es-  
tar enterado, al decidir una u otra ma-  
nera de cumplir la sanción, es de cómo  
casa con la realidad actual del indivi-

duo la posibilidad de un proyecto de re-  
cuperación. Más que expresión de vo-  
luntad necesita información compren-  
sible sobre su situación actual. Más  
que abstinencia decidida, necesita  
constatación, por profesionales impli-  
cados en el trabajo social, educativo o  
de recuperación, de que es posible  
plantear un programa terapéutico con  
visos de que podrá ser puesto en prác-  
tica. La «voluntad», como tendencia del  
individuo a considerar mejor el abando-  
no de los consumos problemáticos,  
surgirá, por una parte, de la coacción  
difusa que percibe (lejos o cerca, la pri-  
sión existe), y de otra, del trabajo ini-  
ciado a partir de la propia condena.

Por último, dado el uso que nuestra  
sociedad hace de la cárcel como ins-  
trumento básico de la sanción penal,  
tampoco nos está permitido situar la  
prisión y la recuperación en términos  
de exclusión. Al sujeto que finalmente  
ingresa dentro de la cárcel deben faci-  
litársele elementos que puedan provo-  
car un inicio de recuperación y tiene  
derecho a que se intente, aunque final-  
mente sólo pueda ser recurriendo de  
una manera rápida a la utilización del  
tercer grado, con fórmulas diversas y  
en función de un programa de recupe-  
ración externo a la propia prisión.

### 5.3.3. *Tiempo de pena, tiempo de recuperación*

Se puede plantear también la cues-  
tión de si, una vez fijada la condena, el  
tiempo de estancia en recuperación  
—en una institución de recuperación—  
ha de ser el mismo que correspondería  
cumplir en la cárcel. Se invocan para  
ello los agravios comparativos o la pér-  
dida de valor de la sanción penal.

En realidad, bajo el tema subyace el  
de los objetivos de la pena. ¿Para qué  
condenamos? ¿Para qué ingresamos

en prisión? Las penas deben estar medidas en el tiempo para que no se produzca arbitrariedad e indefensión; pero si tienen como fin la rehabilitación del individuo, deberán cesar o atenuarse cuando este objetivo se logra.

La duración y el recorrido de cada proceso de recuperación de los drogodependientes es profundamente variable y no debería depender, en su totalidad, de un sistema de sanciones que debe ser acotado y limitado. Una cosa es que la prolongación del control social y de la supervisión judicial dure el tiempo previsto como pena, y otro muy diferente que «se cumpla la condena», durante todo el tiempo previsto y sólo durante él, *en un establecimiento* de recuperación.

Los sistemas alternativos a la prisión deben ser aplicables a todos y no sólo a los drogadictos y los objetivos de rehabilitación han de estar al alcance de todos. Los mecanismos de supervisión y control de la situación a prueba, o de la propia ejecución de la sanción fuera del recinto carcelario que el juez exigirá para el drogodependiente, son los mismos que para cualquier otro penado. Aquí estamos, no obstante, planteando cómo se logran estos objetivos en aquellos sujetos en los que las drogodependencias nucleas su vida de tal forma que el abandono de su consumo problemático se constituye en meta primera, o condiciona profundamente el conjunto de su recuperación social.

#### 5.3.4. *¿Quiénes son los drogodependientes?*

Como ya hemos señalado, el dilema toxicómano-delincuente o delincuente-toxicómano es un dilema fruto, en parte, de la perplejidad del sector terapéutico cuando comprueba que la justicia penal también afecta a sus pacientes y

del desasosiego social de determinados sectores cuando ven que llegan a la Justicia clientes históricamente no previstos.

No queda más remedio, no obstante, que precisar a qué individuos aplicará el juez en la fase de enjuiciamiento y sobre todo, en la fase de cumplimiento de las penas, la categoría de drogodependiente. No se trata de que el juez discrimine si lo primigenio era «la» delincuencia o «la» droga; se trata de que el juez reciba informaciones y explicaciones que le permitan discernir:

- a) Hasta qué punto la vida y los actos del individuo se estructuran de manera conflictiva básicamente en torno al consumo de drogas, especialmente de aquellas más destructurantes y problemáticas.
- b) Hasta qué punto las diferentes alternativas de aplicación de la sanción conectarán con un programa de recuperación de lo que ahora aparece como consustancial a su conflicto y que, en todo caso, condiciona absolutamente cualquier rehabilitación que se pretenda.

Todo ello sin entrar a evaluar a priori situaciones de «bueno o mal pronóstico», ya que supondría aplicar las posibilidades de recuperación tan sólo a aquellos que detrás suyo tienen unos mínimos recursos personales, económicos y sociales.

Somos conscientes de haber planteado hasta aquí un conjunto de ideas críticas con el sistema penal y con el sistema terapéutico, a la vez que, descendiendo a la práctica cotidiana, hemos querido sugerir líneas de actuación menos conflictivas entre los dos sistemas.

A muchos pueden resultarles aparentemente inútiles todas estas disquisiciones ante la realidad del alijo, del traficante destructor, o del heroinómano demandante de ayuda. Quizá sea así. No obstante, reclamamos con estas páginas el derecho y la obligación de pensar también en el precio real que a medio plazo pagamos con una determinada política criminal, sin que valgan excusas inmediatistas sobre la efectividad momentánea y real.

A la vez, considerando aspectos de la realidad actual de la relación entre los drogodependientes y la Justicia, hemos querido alertar sobre posibles líneas de reforma que podrían crear callejones sin salida, en un contexto de anulación total de los derechos civiles de los drogodependientes o de injusticias elitistas al servicio sólo de algunos sectores sociales.

32

#### NOTAS

(1) Vid entre otros, Insolera, G. —Stortoni, L. (1976); De Leo, G. (1985); Romani, O. (1985); Malagoni Toghiatti, M. (1980); Comas, D. (1985).

(2) Aunque, como muy bien se ha señalado la pertenencia a una u otra clase social determina que esa misma condición de toxicodependencia sea «valorada» de forma muy diversa: «en las condiciones socio-económicas y culturales medio-altas, la familia y el ambiente realizan mediaciones de significados y de puesta en marcha de recursos, según los cuales la toxicomanía es negada como desviación, y los comportamientos trasgresores, de pasividad o de malestar, son elaborados o en términos o en ámbitos estrictamente médicos de tipo privado o bien como cualidades, opciones o idiosincrasias y rarezas personales, en el sentido que no son considerados comportamientos o actitudes típicas del «grupo» toxicómano o del «grupo» desviado (según los estereotipos relativos a los mismos), sino como posibles y variables características del sujeto.» (De Leo, G. 1982, p. 29.)

(3) Vid al respecto afirmaciones tales como «... el tabaquismo no es desviación porque siendo incontestablemente dañoso para la salud no lo es para la socialización del individuo...» (Mantovani, F. 1986, p. 375) en la que parece obviar-

se el dato fundamental de que el tabaco no crea dificultades a la socialización *precisamente* porque previamente se le ha declarado «dentro de la norma». Para un riguroso estudio del proceso de conversión de la toxicodependencia en desviación vid. De Leo, G. 1982, pp. 25 y ss.

(4) Claro que ese posicionamiento ideológico se logra a cambio de no pocas contradicciones, entre lo que no es la menor la de aumentar la «fascinación» por la droga de una buena parte de la juventud: si unas sustancias tan perniciosas, productoras de males tan terribles son sin embargo consumidas por un tan gran número de jóvenes, la única explicación posible es que son productoras de placeres inenarrables, que hacen atractivo probarlas aun a costa de los riesgos anunciados.

(5) Dubro, 1976, p. 33. citado por Arnao, 1985, p. 31.

(6) Vid, entre otros, Blumir, G., 1976; Duster, T., 1984.

(7) Goode, 1972, p. 193, citado por Arnao, 1985, p. 29.

(8) Al respecto puede resultar útil recordar que el mayor «boom» en cuanto a la difusión del consumo de drogas ilegales en nuestro país coincidió con la aprobación en 1971 de un endurecimiento considerable de las penas previstas para el tráfico de drogas, como consecuencia de la ratificación por España del Convenio Unico de las NN.UU. y la aprobación en 1970 de la ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social que como hemos visto preveía «medidas» penales para los toxicómanos.

(9) Para un estudio riguroso de las redes oligopolistas mundiales ligadas al tráfico de drogas y sus conexiones con la organización de los mercados financieros internacionales vid Arlacchi, P. 1985. También, Turone, G. 1985, desde el punto de vista de la delincuencia económica internacional.

(10) Como ejemplo de esto, piénsese sólo en la previsión que al parecer existe de introducir una agravante en atención a que se difunda droga adulterada. Es evidente que quien más se ve obligado a adulterar la droga es el pequeño traficante, pues en buena parte depende de ello su tasa de beneficio. Por otro lado, a partir de determinado nivel de distribución la droga siempre está adulterada, con lo que la única opción que le queda al pequeño traficante-consumidor es la de no venderla o aceptar el riesgo de su comercialización en esas condiciones. Con lo cual, la agravante deja de tener el sentido de prevenir los peligros derivados de la adulteración para convertirse, sin más, en un aumento de la represión exclusivamente dirigido a los eslabones más bajos de la cadena de distribución. Y una vez más la propia legislación represiva tiene un efecto perverso: el de impedir un control de calidad de la droga e impedir los accidentes derivados de su manipulación.

(11) A la vista de las revelaciones sobre el escándalo del Irangate, se comprende mejor la conveniencia de mantener bajo un tupido velo ciertos mecanismos financieros internacionales.

## BIBLIOGRAFIA

ARLACCHI, Pino.

**Tendencias de la criminalidad organizada y de los mercados ilegales en el mundo actual.**

«PORDER JUDICIAL», N.º 16. «TRADUCCION DE P. ANDRÉS IBÁÑEZ» 1985.

ARNAO, Giancarlo.

**Il dilemma eroina.**  
FELTRINELLI MILANO 1983.

ARROYO ZAPATERO, Luis.

**Aspectos penales del tráfico de drogas.**

«PORDER JUDICIAL», N.º 11, 1984.

BLUMIR, G.

**Eroina.**  
IL MOLINO MILANO 1976.

COMAS, Domingo.

**El uso de drogas en la juventud.**

PURIFICACIONES DE JUVENTUD Y SOCIEDAD  
INSTITUTO DE LA JUVENTUD  
BARCELONA 1985.

CONSEJO DE EUROPA.

**Le rôle du système penal face aux problèmes des usagers de drogues.**

S. PASBOURG 1985.

DE LEO, Gaetano.

**La questione droga.**

«COME LA TOSS DIPPENDENZA DIRETTA  
DEVIANZA», EN GIUS. E COMPILADOR GIUFFRÉ  
MILANO 1982.

DE LEO, Gaetano.

**Droga-giovani. Un rapporto da rideginire.**

«CRIMINOLOGIA», N.º 11, NOVEMBRE 1983.

DEL ROSAL BLASCO, Bernardo.

**El tratamiento de los toxicómanos en las instituciones penitenciarias.**

«TRATADOS DE POLÍTICA CRIMINAL»,  
T.º 1.º, 1985.

DUSTER, Troy.

**Droga: la legislazione della moralità.**

GIUFFRÉ MILANO 1984.

FOUCAULT, Michel.

**Vigilar y castigar.**

Y.º ED. SIGLO XXI MADRID 1978.

FREIXA, Francesc.

SANCHEZ-CONCHEIRO, M.ª, Teresa

**Primer borrador sobre la aplicación de la libertad vigilada en drogodependientes.**

PONENCIA PRESENTADA AL PRIMER CONGRESO  
SORPRELEGISLACION Y DROGAS  
SANSALDASTIAN 1985.

FUNES, Jaume.

**Críterios de reinserción de jóvenes en la comunidad.**

En Los Toxicómanos. Prevención, asistencia y  
reinserción social. CRUZ ROJA MADRID 1985.

GONZALEZ ZORRILLA, Carlos.

**Drogas y cuestión criminal.**

EN EL PENSAMIENTO CRIMINOLOGICO DEL  
ESTADO Y CONTROL. BENIGALI, R. BUSTOS, J.  
GONZALEZ ZORRILLA, C. Y OTROS. PENINSULA  
BARCELONA 1983.

GONZALEZ ZORRILLA, Carlos.

**«Que ha canviat de la llei»**

PAPERS DE JOVENTUT. SEPTIEMBRE 1983.

HACKLER, J.

**Le pire de deux mondes.**

«REVUE DE SOCIÉTÉ» VOL. 16, N.º 2, 1966.

HASSEMER, Winfried.

**Prevención en el Derecho Penal.**

«PORDER Y CONTROL» N.º 3, BARCELONA 1986.

HULSMAN, L. H. C.

**Politique criminelle et toxicomanie.**

REVUE DE SCIENCE CRIMINELLE ET DROIT  
PENAL COMPARÉ ABRIL/JULIO 1971.

INSOLERA, G.; STORTONI, L.

**Un'altra legge speciale: «La legge sulla droga».**

«LA QUESTIONE CRIMINALE» N.º 1.

MALAGOLI TOGHIATTI, Marisa.

**Droga, verso quale intervento?**  
NUOVA ITALIA SCIENTIFICA ROMA 1980.

MANTOVANI, Ferrando.

**Ideologie della droga e politica antidroga.**

«RIVISTA ITALIANA DI DIRITTO E PROCEDURA  
PENALE», N.º 2, 1986.

OLIVA, Milagros

**Los medios de comunicación social ante las drogodependencias.**

«COMUNIDAD Y DROGAS», N.º 3, 1986.

PAVARINI, Massimo.

**Il sistema della giustizia penale tra riduzionismo e abolizionismo.**

«DE DELITTE DELLE PENE», N.º 3, 1985.

ROMANI, Oriol.

**La introducción de la droga en la cultura juvenil.**

«REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD»,  
N.º 17, 1985.

SOLER INSA, P. A.; SOLE PUIG, J. R.;

SAN MOLINA, LL.; BERNARDO, M.

**Cannabis.**

EN «TOXICOMANIAS UN ENFOQUE  
MULTIDISCIPLINARIO» FREIXA, F., SOLER INSA, P.  
A. Y COLABORADORES. FONTANELLA BARCELONA  
1981.

TURONE, Giuliano.

**Nuevas formas de delincuencia económica y nuevos medios legales.**

«PORDER JUDICIAL», N.º 16, 1985.

YOUNG, Jack.

**The Drugtakers.**

PALADIN LONDON 1971.

YOUNG, Jack.

**The amplifications of drug use.**

«THE MANUFACTURE OF NEWS» COHEN, J.  
S. YOUNG, J.  
LONDON CONSTABLE LONDON 1975.



Diego Martínez, Luis de la Fuente, J. M. Arteagoitia\*

# Estudio descriptivo de los pacientes heroínómanos asistidos en centros de tratamiento en el período 1981-1985

## RESUMEN

*«A partir de las historias clínicas de heroínómanos asistidos en 6 centros de desintoxicación, en cinco ciudades españolas, se realiza un estudio descriptivo (con una muestra de 593 pacientes) investigando diversas variables de tipo sociodemográfico y toxicológico, analizando preferentemente el comportamiento de ambos sexos.»*

Descriptive study of heroin addict patients who were cared for in treatment centers during the period 1981-1985

35

## SUMMARY

*«Begining with the clinical histories of heroin addicts treated in six detoxification centers located in five Spanish cities, making a descriptive study (with a sample of 593 patients) which investigates the diverse sociodemographic and toxicologic variables, preferably analyzing the behaviour of both sexes.»*

## INTRODUCCION

**D**ESDE el inicio de la década de los 80 se ha producido en España un importante incremento de la demanda asistencial de los toxicómanos dependientes de heroína, resultado de la expansión de su utiliza-

ción por grupos cada vez más importantes de la población. En nuestro país, estimaciones del número de consumidores habituales de heroína, derivadas de encuestas directas de población (1,2), suponen la existencia en 1984 de unos 125.000, frente a los 79.000 estimados para el año 1980.

(\*) Correspondencia: Departamento de Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Avda. de Madrid s/n. 18013 GRANADA.

Queremos hacer constar nuestro agradecimiento a todo el personal de los centros en los que se ha llevado a cabo el estudio. Este no hubiera sido posible sin su esfuerzo diario por recoger información (muchas veces en medio de una gran presión asistencial) y su generosidad al permitir nuestro acceso a la misma.

Durante el primer quinquenio de nuestra década se han ido poniendo en marcha varios recursos asistenciales, dependientes de administraciones, instituciones y entidades diversas. Estos servicios han elaborado historias clínicas de muy distinta configuración, realizando una errática recogida de datos

de los pacientes por ellos asistidos, como consecuencia de la inexperiencia en el abordaje de una problemática bastante novedosa y de la presión a que la demanda asistencial les ha sometido.

Se calcula en varios miles el número de heroinómanos asistidos en estos centros, pero la inexistencia de un sistema de registro único o al menos de unas historias clínico-sociales mínimamente estandarizadas para todos esos servicios, hacían imposible un estudio pormenorizado de las características más relevantes de la población asistida en este período de tiempo en nuestro país.

A partir de 1985 ha aumentado de forma significativa el número de centros asistenciales y, asimismo, se han introducido ya historias clínicas más estandarizadas con recogidas de datos de forma unificada, lo que facilitará en el futuro datos cuantitativos y cualitativos del conjunto de los pacientes asistidos en España a partir de 1985. En este mismo año se ha puesto en marcha el primer estudio prospectivo de seguimiento de toxicómanos que se realiza en nuestro país, EMETYST (Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamientos y Seguimiento de Toxicómanos) (3). Para el año en curso está programada la puesta en marcha de un Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, basado en indicadores indirectos (4).

En nuestro país existen diversos estudios poblacionales de consumo de las distintas drogas, tanto de ámbito estatal (1, 2) como local (5, 6, 7, 8, 9). Ahora bien, los estudios específicos sobre consumidores de heroína, en su mayoría están orientados a revisar aspectos clínico-patológicos (fundamentalmente complicaciones infecciosas)

(10, 11, 12, 13, 14) o terapéuticos (15, 16, 17, 18, 19). Sin embargo, los estudios que se orientan hacia la investigación de características sociodemográficas o que pretenden evaluar la historia toxicológica de este grupo de toxicómanos son muy escasos, de reducida casuística o de limitado ámbito geográfico (20, 21).

La necesidad de contar con un análisis descriptivo mínimo de los pacientes atendidos en este primer lustro referido ha motivado que se considerase de interés la realización de un estudio a través de una población muestral, mediante un protocolo único, cumplimentado a partir de las historias clínico-sociales existentes en varios centros o servicios dedicados a la atención de estos enfermos.

Queremos reiterar que, en principio, el objetivo del trabajo es conocer las características de los pacientes heroinómanos que han demandado tratamiento de desintoxicación-deshabitación en centros de tratamiento en el período comprendido entre 1981 y 1985, ambos inclusive. Ahora bien, este objetivo general exige precisiones para delimitar mejor su alcance:

1. Con este enfoque puramente descriptivo huimos del análisis de cualquier tipo de hipótesis explicativa, aunque esperamos conseguir aportar material que facilite el planteamiento de las mismas.
2. El momento del estudio viene definido por aquel en el que se abre la historia clínica en el centro. Sin embargo, evidentemente, la historia clínico-social requiere unos mínimos de tiempo para su realización más o menos completa. Este período de tiempo (que en la mayoría de los centros suele ser de

unos 15 días) constituiría en rigor el «instante» en que el paciente es considerado en nuestro estudio de corte. Estas consideraciones no presuponen que tal momento sea el primer contacto del paciente con el sistema sanitario con esta u otra finalidad.

3. No se pretende realizar ningún tipo de seguimiento de la evolución de los pacientes ni entrar en valoraciones sobre la efectividad de los tratamientos a que sean sometidos.

La importancia fundamental del estudio radica en que posibilitará comparar las características de estos pacientes, tanto de tipo toxicológico como sociológico, familiar o patológico, con las características de los pacientes actualmente asistidos, permitiendo así la posibilidad de evidenciar diferencias que puedan resultar interesantes. Este estudio comparativo podrá suponer una aportación para la evaluación de las medidas que en España se han ido adoptando en los últimos años para controlar, en lo posible, el fenómeno de la toxicomanía y reducir el impacto tanto sanitario como social de sus consecuencias.

## MATERIAL Y METODOS.

### Elección de los centros

La elección de los centros en los que se realizaría el estudio se llevó a cabo teniendo en cuenta distintos criterios, que exponemos a continuación:

1. Que fueran centros o departamentos especializados en el tratamiento de este tipo de pacientes.
2. Que estuvieran avalados por una amplia experiencia en su labor,

tanto por el tiempo que llevaban ejerciéndola como por el número de pacientes atendidos.

3. Que hubiera constancia de que elaboraban una historia clínica con ciertas garantías.
4. Que esta información elaborada fuera accesible con una relativa facilidad, tanto por una organización de la documentación que permitiera su localización, como por la no existencia de dificultades en su explotación por parte del personal del centro que la había elaborado.
5. Que en conjunto constituyeran una muestra que, por su cobertura y representatividad (recoger zonas geográficas lo más amplias posibles y especialmente aquellas zonas con una prevalencia de toxicomanía mayor), se adaptara mejor a nuestras pretensiones.

Sopesando globalmente estos criterios, decidimos estudiar finalmente las historias recogidas en los siguientes seis centros:

1. Centro de Tratamiento de Cruz Roja Española, situado en el barrio madrileño de Moratalaz.
2. Centro de Alcoholismo y Toxicomanías, de la Cruz Roja Española, en Sevilla.
3. D.A.K., de Bilbao, centro dependiente de la Conserjería de Sanidad del Gobierno Vasco.
4. Unidad de Toxicomanías del Hospital del Mar, en Barcelona, y su dispensario ambulatorio asociado.
5. S.P.O.T.T., centro dependiente de la Diputación de Barcelona.

6. Unidad de Toxicomanías, del Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia) y su centro ambulatorio asociado A.P.R.O.V.A.T.

### Realización del protocolo

Cuando nos planteamos la realización del protocolo, un aspecto fundamental que consideramos fue el de su amplitud. Aunque conscientes de la dificultad de la explotación posterior de un elevado número de variables, teníamos, sin embargo, la oportunidad de acceder a gran cantidad de información acumulada a lo largo de estos cinco años y que, por las especiales características que han condicionado el proceso evolutivo de la atención a los heroínómanos en España, posiblemente se pierda.

Para el diseño de este protocolo se tuvieron en cuenta diversas fuentes entre las que merecen destacarse algunos protocolos, como el de la División de Estupefacientes de la ONU (22) (que ha sido recogido en otros muchos posteriormente), el utilizado conjuntamente durante una época por el Hospital del Mar de Barcelona y La Cruz Roja de Madrid, etc.

Las variables que se incluían en este protocolo eran de un carácter muy diverso: variables demográficas, socioculturales, clinicopatológicas, analíticas y todo lo concerniente a la historia toxicológica, con especial atención para el consumo de heroína.

La validación del protocolo se realizó en tres de los centros seleccionados (Dak, Cruz Roja de Madrid y Cruz Roja de Sevilla). Ya en esta fase se comenzó a vislumbrar una clara diferencia en cuanto a la cantidad y calidad de la información disponible en las historias de los primeros años (81-82), con res-

pecto a los años siguientes. En aquellas la organización de la información estaba peor estructurada, los protocolos eran todavía incompletos y en algunos casos no existían o faltaban importantes parcelas de información, como las correspondientes a la patología orgánica o analítica.

Como consecuencia de este proceso decidimos:

- excluir de nuestro estudio aquellas variables que no estuvieran recogidas en un 80% al considerar los tres centros globalmente.
- se incluyeron algunas variables que no habían sido recogidas en el protocolo provisional y que aparecían recogidas en un alto porcentaje de las historias revisadas.

### Trabajo de campo

Distribuimos la muestra predeterminada proporcionalmente de acuerdo con las historias de que cada centro decía disponer. Decidimos luego que en el caso de Cruz Roja de Sevilla, a quien por el mecanismo anterior corresponderían únicamente 35 historias, convendría potenciar su representación, ampliando tan exigua cuota.

Es necesario hacer mención de un problema que nos parece importante. Hemos trabajado con historias de muy diversa calidad, realizadas con criterios muy diferentes y por personas distintas y, casi siempre, elaboradas bajo la presión de una enorme demanda asistencial cuya solución urgente impedía una recogida exhaustiva de información. Además, es criterio unánimemente compartido el que todavía está por definir qué tipo de información básica es imprescindible recoger en la historia

clínica y social de estos pacientes. Por otro lado, es frecuente que pacientes que acuden al centro en demanda de tratamiento lo abandonen tempranamente o ni siquiera lo inicien, quedando su historia, abierta en el primer contacto, francamente incompleta debido a que es costumbre habitual el que la historia y la exploración sean cumplimentadas en sucesivas entrevistas.

De ahí que en muchas de ellas no fue posible encontrar unos mínimos tanto en la calidad como en la cantidad de la información perseguida por nosotros.

Cuando el azar señalaba a una de estas historias, sistemáticamente la desechábamos y reemplazábamos.

Especial trascendencia tuvo este hecho en el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia) y en su centro ambulatorio asociado A.P.R.O.V.A.T., donde hubo que consultar todas las historias existentes para, en último término, obtener únicamente 96 historias válidas para nuestro estudio, cuando se había proyectado extraer 142. Este centro no había sido consultado en la validación y nos encontramos con que el criterio con que se realizaba la historia toxicológica por parte de casi todo el personal que allí trabajaba (distinto en parte al de otros centros), impedía que sus aportaciones fueran de utilidad en muchas historias. Por tanto, decidimos extraer aquellas cuya historia toxicológica estaba realizada desde una óptica similar a la proyectada por nosotros. Supusimos que no se iban a producir sesgos de selección importantes.

Por otro lado, prácticamente todos los centros habían calculado su número de historias en aproximaciones que superaban las realmente existentes (problema también más acentuado en

Valencia), y, por supuesto, el número de historias completas era todavía mucho menor.

El centro de Cruz Roja de Madrid poseía unas características un tanto especiales:

- su número de historias clínicas correspondía totalmente con el tomado como referencia para realizar el cálculo de la cuota que le correspondía.
- por su metodología de confección y amplitud, prácticamente todas las historias, incluso las de los primeros años, eran aprovechables para rellenar el protocolo de exploración propuesto.
- poseía proporcionalmente mayor número de historias clínicas de los primeros años (1981-82).

Por todo esto decidimos dar un mayor peso específico a este centro aumentando su cuota hasta 118 y tomar un mayor número de historias de los primeros años (81-82), en detrimento de los últimos, para poder conseguir que los primeros años tuvieran un peso suficiente en la muestra. De esta forma la muestra quedó configurada finalmente como aparece en la tabla 1.

#### Tratamiento estadístico

El tratamiento estadístico de la información vertida de los protocolos ha sido realizada utilizando el programa estadístico INVEST.

En cuanto a las pruebas estadísticas empleadas para el estudio diremos que básicamente hemos utilizado: para la comparación de variables cualitativas, el test de comparación de porcentajes y el test de la Chi cuadrado de Pear-

son, y, para la comparación de las variables cuantitativas, el test de Mann-Whitney (ya que nuestra distribución no se ajusta a una curva normal en las variables cuantitativas) (23).

## RESULTADOS Y DISCUSION

### Consideraciones generales

Los resultados, dado el gran número de variables, admiten, más bien diríamos que exigen, el estudio de un gran número de interrelaciones. Para este trabajo, realizamos únicamente la descripción de lo que sucede en el conjunto de la muestra globalmente considerada y en los subconjuntos determinados por las dos categorías de la variable sexo (tratando de poner en evidencia posibles diferencias significativas entre lo que sucede en ambos grupos). Únicamente de vez en cuando se realizarán algunos otros análisis.

Antes de pasar al estudio detallado de cada variable o grupo de variables, nos parece fundamental realizar ciertas precisiones críticas que iluminen la comprensión y evaluación de los resultados.

Así, no podemos dejar de señalar el sumo cuidado con que se han de valorar los resultados al considerar que se trata de estudios de tipo retrospectivo con un carácter multicéntrico y, además, realizados a partir de datos residentes en historias clínicas.

### Distribución por edad y sexo

La distribución de la muestra de acuerdo a la variable sexo se realiza de forma que los valores copan el 79% de la misma (467), mientras que las mujeres únicamente suponen el 21% (124). Hubo dos personas en las que, por olvido, el sexo no fue codificado. La ra-

zón hombre/mujer es, pues, prácticamente de 4/1.

Es difícil enjuiciar esta razón, pues los diferentes estudios sobre prevalencia de la toxicomanía por heroína ofrecen razones distintas que oscilan entre 4/1 y 7/1. La encuesta de EDIS de 1985 (2) sobre «consumo de drogas en España» ofrece una relación de las razones varón/hembra existentes en diversas encuestas de consumo realizadas en nuestro país.

Al analizar la edad en la que los pacientes demandan tratamiento podemos comprobar una edad media de 22.97 años para el conjunto de la muestra, con una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) entre la edad media de la población masculina y la femenina (23.3 y 21.69, respectivamente). Sin embargo, esta diferencia en la edad al demandar tratamiento no supone que las hembras demanden tratamiento más tarde que los varones, sino que (como se verá posteriormente) lo que realmente existe es una mayor precocidad en el inicio del consumo entre la población femenina, no pudiendo evidenciarse comportamientos significativamente distintos en el tiempo de evolución de la heroínomanía cuando se accede a demandar tratamiento. Este fenómeno se explicará posteriormente más a fondo.

Cuando analizamos el histograma de frecuencias y la curva derivada del polígono de frecuencias (gráfico 1), podríamos decir (aunque no resulta demasiado claro) que existe un incremento gradual que desde los 15 años se prolonga hasta alcanzar un máximo hacia los 20 años, para después producirse una ligera deflexión con nueva elevación y un nuevo pico sobre los 24 años. Este fenómeno de curva bimodal es más claramente observable en la curva

general y, lógicamente, en los varones, que, dado su gran peso sobre la muestra, configuran prácticamente la curva global.

### Estado civil

Dada la juventud de la muestra, es lógica la mayor proporción de solteros, casi un 60%, con diferencias significativas entre hombres y mujeres ( $p < 0.001$ ), pues mientras que los hombres solteros suponen el 62% del total de la muestra varonil, las mujeres solteras únicamente conforman el 48% del total de las mismas (tabla 2). Evidentemente, estas diferencias se agrandan si se realiza el ajuste por edad, pues ya hemos dicho que los varones son, en general, más mayores.

Ahora bien, hemos de precisar que, a pesar de no haber considerado propiamente el estado civil legalmente reconocido, sino si el individuo poseía o no pareja estable (convivencia mayor a 6 meses), las tasas de soltería nos parecían altas. Debido a estas consideraciones, no podemos comparar exactamente éstas con lo que sucede en la población en general, dado que los datos existentes reflejan la situación legal. De todas formas, tras ajustar por edad por el método indirecto (24), (empleando las tasas específicas de soltería por edades del censo de 1981), encontramos diferencias significativas entre nuestra población heroínmana y la población general sólo en el caso de las hembras, mientras que, en los varones, el límite del intervalo de confianza de la RSS sobrepasa por muy poco el valor 100 que corresponde a la población general (tabla 3).

Existen investigadores que refieren altos porcentajes de soltería en sus muestras; así, por ejemplo, R.N. Bale (26), con una muestra de varones de re-

lativa alta edad media (30 años), presenta un porcentaje superior al 40% de soltería.

### Estudios realizados

El mayor porcentaje corresponde a los que tienen el graduado escolar (43%). Llama la atención el alto porcentaje (32%) que no poseen ni siquiera la EGB terminada (tabla 4). Este porcentaje es algo mayor que el que refieren la mayoría de las publicaciones. Así por ejemplo, Ramón Cavero y cols., en 1979 (27), en una muestra de 163 pacientes tratados en el ambulatorio piloto del Centro de Asistencia de Drogas de la Cruz Roja Española, presenta un porcentaje de un 24% que no habían completado sus estudios de EGB (aunque en esta muestra no todos los toxicómanos eran heroínmanos). Porcentaje aún más bajo (21%) refieren Hinojal y cols. (28) en una muestra de 38 toxicómanos delincuentes en Oviedo.

Los porcentajes de heroínmanos con estudios de nivel más alto son pequeños y progresivamente decrecientes. Cuando analizamos las diferencias por sexo no fue posible encontrar diferencias.

Realizamos la comparación con lo que sucede a nivel nacional, ajustando por edad mediante el método indirecto, encontrando claras diferencias en el grupo tipificado como «sin estudios», que representan un porcentaje mucho más alto (3,5 veces en los varones y doble en las hembras) en la población dependiente de la heroína que en la población general (tabla 5).

Pudiera ser que la muestra en esta como en otras variables sociales esté algo sesgada, por tratarse en general de centros públicos o asociados, y quizá ciertos sectores sociales busquen

atención en otro tipo de centros. De todas formas creemos que esto generalmente no es así, sino que lo que sucede es que la prevalencia de heroínomanía es mayor en ciertos sectores sociales más deprimidos y que cuando se instala en otro tipo de sectores más favorecidos hace que estas personas interrumpan la carrera social que siguen los jóvenes de su mismo status.

### Profesión y situación laboral

Codificamos ambas variables de igual forma que lo hace el INE en la realización del censo.

El porcentaje más alto de la muestra corresponde a la categoría definida como «persona que trabaja con carácter eventual o interino», con un 53%, mientras que únicamente un 17% trabaja con carácter fijo.

Existen claras diferencias por sexos, determinadas fundamentalmente por el hecho de que un 38% de las mujeres se incluyen dentro de la categoría «otra situación», cajón de sastre donde están recogidos las amas de casa o los que nunca han trabajado.

Las cifras de paro (54%), muy por encima de las nacionales, no aparecen muy elevadas si las comparamos con otros trabajos, como el de Monegal y cols. (29), quienes sobre una muestra de 58 pacientes con dependencia a opiáceos no encontraron actividad laboral en ninguno de ellos.

La encuesta de población realizada por EDIS en 1985, no hace referencia con resultados concretos a la situación laboral de los consumidores, si bien comenta la escasa cifra de consumidores de heroína con trabajo.

No encontramos diferencias significativas entre sexos en cuanto al por-

centaje de parados, si bien, cualitativamente este paro es diferente en varones y hembras, dado que en éstas, el 32% del mismo es debido a mujeres que buscan su primer empleo, mientras que en los hombres sólo el 11% no ha trabajado antes.

### Antecedentes judiciales

#### 1 Antecedentes de prisión (tabla 8).

Pretendíamos investigar este antecedente señalado, a ser posible, su relación temporal con el consumo, pero, en muchos casos, únicamente se podía evidenciar la estancia en prisión, no siendo posible aclarar su relación con el inicio del consumo.

Al agrupar en dos categorías, por un lado, los que no han estado nunca y por otro aquellos que sí han estado en prisión, observamos que un 29% del total han cumplido condena en un centro penitenciario, de los que sólo en un 20% de los mismos se pudo evidenciar que habían estado en prisión con anterioridad al inicio de su consumo.

Al desagregar por sexos observamos diferencias notablemente significativas ( $p < 0,01$ ), dado que sólo un 17% de las mujeres han permanecido en prisión frente a un 32% en el caso de los varones. Por otra parte, al investigar el antecedente de prisión antes de iniciar el consumo, también es mayor el porcentaje en los varones (22%) que en las hembras (15%), ( $p < 0,05$ ) si bien al ser una muestra pequeña puede no ser representativa.

#### 2. Juicios pendientes (tabla 9).

En un 20% de la muestra encontramos esta circunstancia. Al comparar por sexos observamos importantes diferencias, ya que un 23% de los varo-

nes frente a un 7% de las hembras tienen problemas legales pendientes ( $p < 0,05$ ).

Si a aquellos que han estado en prisión, añadimos aquellos otros que, aún no habiendo estado, tienen juicios pendientes observamos que un 35% del total de la muestra tiene o ha tenido problemas judiciales.

Al desagregar por sexos se comprueba que un 39% de los hombres han tenido problemas con la justicia, por sólo el 20% en el caso de las mujeres ( $p < 0,001$ ).

Estas cifras creemos que subestiman el problema, dado que no se han recogido problemas judiciales resueltos que no hayan conducido a arresto penitenciario. Además, la mayoría de estos centros no suelen aceptar pacientes que vengan por imperativo judicial. Aquella impresión se confirma al comparar con los datos proporcionados por otros autores. Mahon (1971) realizó un estudio sobre 491 pacientes adictos a narcóticos tratados en tres centros diferentes de Londres, poniendo de manifiesto que el 71% de los mismos tenía antecedentes penales. Cifras significativas son las proporcionadas por Monegal Ferriol y cols. (29), quienes encuentran que el 50% de los adictos a opiáceos tratados por ellos proceden de Juzgados de Primera Instancia o Juzgados de Peligrosidad Social.

#### Antecedentes familiares

Al investigar la historia familiar, encontramos un alto porcentaje de padres alcohólicos entre los heroinómanos de nuestra muestra (25%) no siendo significativas las diferencias entre ambos sexos (tabla 10). Aunque los datos de que disponemos referentes a

otros estudios realizados en nuestro medio no son totalmente comparables por no estudiar específicamente a heroinómanos, el porcentaje encontrado por nosotros se nos presenta elevado en relación a aquéllos (28,29), posiblemente debido a que codificamos como alcohólico, aun cuando sin estar recogido como tal, en la historia se constataba la existencia de problemática familiar debido al consumo de alcohol.

En el 12% de los pacientes en los que se investigaron los antecedentes psicopatológicos familiares, éstos aparecen como importantes, llamando la atención el hecho de que las mujeres tienen en mayor medida que los hombres una historia familiar de alteraciones psicopatológicas reseñables ( $p < 0,05$ ) (tabla 11). Tipificamos como antecedente psicopatológico únicamente la presencia de trastornos de tipo psíquico en padres o hermanos (neurosis o psicosis), que habían precisado tratamiento psiquiátrico.

Si consideramos dentro de antecedentes psicopatológicos tanto aquellos con historia de alcoholismo en los padres, como los así recogidos específicamente, la cifra se nos eleva al 31%; no encontrando en este caso diferencias significativas con los datos aportados por Monegal y cols. en su muestra (29).

#### Toxicomanía en el ambiente familiar (tablas 12 Y 13).

Al estudiar los individuos con pareja estable (convivencia superior a 6 meses), objetivamos que existía pareja toxicómana (consumidora de "drogas no legales") en el 31% de los pacientes, pero con diferencias significativas entre sexos ( $p < 0,001$ ), dado que se da esta circunstancia en el 24% de los varones y el 52% de las hembras. Cifras en consonancia con las proporcionadas

das por Chambers y cols. (30), quienes indican que el 78% de las mujeres de su muestra obtienen las drogas a través de sus maridos. Así mismo, Chambers y Moffet (31), refieren que el 72% de las mujeres consumen opiáceos por primera vez en compañía de hombres.

Una altísima proporción de esta toxicomanía corresponde al consumo de heroína ya que la pareja es heroinómana en el 28% de los casos, manteniéndose las diferencias por sexos. Un 50% de mujeres tienen pareja heroinómana, de las cuales en el 28% consta que la mujer lo es antes que la pareja. Por el contrario solamente el 22% de los varones tienen pareja heroinómana siéndolo antes que su pareja el 13% de los mismos. Estos datos pueden ser orientativos, pero pierden mucho valor al objetivar que en un 19% de casos no se puede constatar la cronología en la adicción de la pareja.

Al estudiar la presencia de consumo de tóxicos en los hermanos de nuestros pacientes encontramos esta circunstancia en el 24% de los mismos. De ellos, el 16% son heroinómanos y el 8% toxicómanos-no-heroinómanos.

#### HISTORIA TOXICOLÓGICA DE LOS CONSUMIDORES DE HEROÍNA

Al tipificar las variables de consumo de las distintas drogas, no consideramos como consumidores a aquéllos que referían haberlas «probado», sino a quienes las habían consumido en varias ocasiones, con una mínima regularidad.

Edad de inicio en el consumo de las distintas drogas

Siempre se ha hablado de la denominada «escalada» en el uso de las dro-

gas. El término resulta polémico, pues parece considerar al consumo de determinadas drogas como factor de riesgo para el consumo de otras. Este estudio no pretende entrar en ese tipo de valoraciones que, evidentemente, exigen otro tipo de planteamientos.

Al contemplar el gráfico 2 y la tabla 14 con las edades medias de inicio en el consumo de las diferentes drogas, se nos hace evidente que podrían describirse cuatro grupos bastante diferenciados:

- a) El que se sitúa sobre los 13-14 años y que viene constituido por el tabaco y los inhalables. Para estas drogas no es posible detectar diferencias significativas en la edad de inicio de consumo entre varones y hembras (test de Mann-Whitney).
- b) En un segundo escalón, por encima de los 15 años, se situarían el alcohol y el cánnabis. Tampoco aquí es posible evidenciar diferencias entre varones y hembras.
- c) En un tercer nivel, por encima de los 17 años, se situarían las anfetaminas y los alucinógenos. Aquí ya es posible evidenciar diferencias entre hombres y mujeres (Mann-Whitney  $p < 0.01$ ), pues mientras los primeros se sitúan sobre los 17 años, las segundas lo hacen un año antes.
- d) En un último escalón podríamos situar el resto de las drogas (hipnóticos, cocaína, heroína y opiáceos en general). Ahora bien, también aquí es posible reconocer diferencias significativas (Mann-Whitney,  $P < 0.001$ ), con una mayor precocidad por parte de las mujeres en el consumo de la he-

roína y la cocaína, mientras que tales diferencias no es posible demostrarlas para los hipnóticos y menos aún para los otros opiáceos que no sean heroína.

Al comparar estas edades medias de inicio en el consumo de las diferentes drogas con las que se ofrecen en el estudio de EDIS, nos encontramos con hallazgos interesantes. Así, la edad media de inicio en el consumo de las diferentes drogas es superior para todas ellas en dicho estudio, realizado sobre población general, que en nuestro trabajo sobre heroinómanos. Las diferencias son más pronunciadas en ciertas drogas como los analgésicos morfínicos o tranquilizantes-hipnóticos. Estas diferencias son menores para otro tipo de drogas como cannabis, alucinógenos, anfetaminas y cocaína.

Por otro lado, llama la atención que en dicho estudio, en todas las drogas, salvo los inhalables, la mujer posee unas edades de inicio totalmente similares al varón o incluso superiores, mientras en nuestro estudio aparece una tendencia generalizada hacia una mayor precocidad en la mujer, como hemos señalado.

Es evidente que nos hallamos ante estudios con enfoque distinto que a buen seguro pueden explicar este fenómeno. Nosotros estudiamos sólo población heroinómana que, además, ya demanda asistencia para desintoxicación (lo que posiblemente constituya un indicador de gravedad). Igualmente la heroína es la única droga en la que las edades de inicio ya no difieren tan claramente y tienen una desviación típica similar en ambos estudios. Parece que la heroína no es una droga cuyo consumo se inicie en edades tardías. Además, es posible que los pacientes heroinómanos puedan poseer unos

condicionamientos previos de tipo psicológico o sociológico que les hayan llevado a una mayor precocidad en el consumo general de drogas. Volvemos a donde partimos al iniciar el comentario de esta variable, pero las respuestas no pueden aventurarse desde este tipo de trabajos.

#### Frecuencia de consumo de distintas drogas

##### 1. Consumo de tabaco

Prácticamente podemos afirmar que todos los heroinómanos consumen tabaco de forma diaria. Únicamente el 3% de los varones y el 5% de las hembras no lo hacen.

Como ya comentamos en otro apartado, el consumo de tabaco constituye el hábito toxicológico más temprano entre los individuos de nuestra muestra.

La media de cigarrillos consumidos al día es superior al paquete, no observándose diferencias significativas por sexo.

El 15% aproximadamente consume menos de un paquete diario, casi el 60% consume entre uno y dos paquetes y un 20% dos paquetes o más, no apreciándose diferencias significativas entre ambos sexos.

##### 2. Consumo de alcohol (tabla 15).

Los resultados de esta variable creemos que no es conveniente valorarlos en exceso, pues, dada su pauta de uso social y el modo en que se recogía en las historias, no nos atrevemos a certificar su valía. Creemos, sin embargo, que los datos de consumo son más altos que los recogidos.

De todas formas, ahí están los resultados obtenidos. En ellos puede observarse claramente las diferencias significativas que existen en el consumo de alcohol entre hombre y mujer. Así, mientras los varones consumen diariamente en un 30% de los casos, las mujeres sólo lo hacen en un 19%. Al estudiar los pacientes no consumidores, observamos importantes diferencias por sexos ( $p < 0,001$ ), existiendo un 60% de mujeres abstenias frente a un 42% de los varones. Estas diferencias vienen dadas por el mayor porcentaje de mujeres que nunca han consumido (37% frente al 19%), ( $p < 0,01$ ), no existiendo diferencias entre los que han abandonado el consumo.

Estas cifras de bebedores son inferiores a las encontradas por EDIS en sus estudios de población general para edades similares a las de los individuos de nuestra muestra.

### 3. Consumo de cannabis (tabla 16).

Un 96% de la muestra ha consumido cannabis, manteniendo el consumo diario el 34% de los mismos (33% de la muestra) y habiendo abandonado el consumo el 35%. Las diferencias por sexos no son significativas.

### 4. Consumo de anfetaminas (tabla 17).

Es casi significativa ( $p < 0.1$ ), la diferencia entre sexos al comparar el porcentaje de pacientes que consumen o han consumido anfetaminas (60% de varones y 52% de mujeres). Esto es debido a las diferencias significativas ( $p < 0.005$ ) en favor de los hombres, entre los que han abandonado el consumo; no existiendo prácticamente diferencias entre los que consumen actualmente.

Solamente el 8% de los que han consumido alguna vez, mantienen el con-

sumo actualmente, de los cuales sólo el 22% consumen diariamente.

No sabemos hasta qué punto puede haber influido en el descenso el mayor control de la venta de estos productos en las farmacias o si puede tratarse de un fenómeno que tenga menos relación con tal control.

### 5. Consumo de alucinógenos (tabla 18).

Un 58% de la muestra ha consumido alucinógenos, existiendo diferencias significativas entre sexos, con un 61% de varones consumidores frente al 48% entre la mujeres ( $p < 0.05$ ). Este hecho, como en el caso de las anfetaminas, es debido a las diferencias entre aquellos que han abandonado el consumo.

Sólo un 11% mantienen consumo en el momento del estudio, no existiendo diferencias por sexos.

### 6. Consumo de hipnosedantes (tabla 19).

Un 47% de la muestra no los ha consumido nunca. El 66% de los que han consumido (40% de la muestra), lo siguen haciendo en el momento del estudio, y, a su vez, el 60% de éstos lo hacen diariamente (21% de la muestra). Las diferencias en los porcentajes entre sexos no son significativas.

### 7. Consumo de inhalables.

Alrededor del 2% de nuestra muestra (11 pacientes) han consumido inhalables, pero solamente un varón continúa consumiendo en el momento del estudio.

### 8. Consumo de cocaína (tabla 20).

Un 73% de los heroinómanos han consumido cocaína, si bien sólo el 37% de la muestra mantiene el consu-

mo en el momento actual, lo que representa el 57% de los que han consumido alguna vez. No existen diferencias por sexos en cuanto a los patrones de frecuencia de consumo.

#### 9. Consumo de opiáceos (tabla 21).

Los opiáceos distintos de la heroína tienen poca incidencia en nuestra muestra. El 86 nunca los ha tomado y del 14% restante, un 68% ya no los consume.

La única diferencia entre sexos que se apunta es el mayor porcentaje de mujeres que, habiendo consumido, mantienen el consumo (47%), frente a un 24% en los varones ( $p < 0.1$ , aunque dada la escasez de la muestra puede no ser representativa).

El consumo de metadona bajo prescripción terapéutica no fue tipificado como consumo de opiáceos.

#### Consumo de heroína

La edad media de inicio en el consumo de heroína es de 19.78 años, media de edad que es significativamente diferente entre hombres y mujeres ( $p < 0,001$ ), dado que es de 20.07 años en los hombres y de 18.68 años en las mujeres. Pensábamos que quizás estas diferencias se debieran a la presencia de un mayor número de varones con unas altas edades de inicio, pero estas diferencias se mantienen al eliminar aquellos casos en que la edad de inicio en el consumo era igual o superior a los 30 años (16 varones y 1 mujer).

Cuando analizamos las curvas de frecuencias que nos insinúa el gráfico 3, podemos observar, en el caso de los varones, una rápida ascensión que alcanza su máximo (moda) a los 18 años, para luego descender de una forma

mucho más suave. En las mujeres, sin embargo, la curva es completamente distinta y alcanza su cénit a los 15 años, manteniéndose en forma de meseta hasta los 18 para luego descender bruscamente y mantenerse un poco en valores similares con su último y progresivo descenso.

Cuando se estudia el tiempo que los pacientes llevan consumiendo heroína cuando acuden al centro, no se pueden objetivar diferencias significativas entre los sexos, encontrándose siempre próximo a los tres años.

En cuanto a las frecuencias de consumo (tabla 22) objetivamos que el 95% de la muestra consume más o menos diariamente incluyéndose dentro de ésta categoría el mismo porcentaje entre los varones que entre las hembras (95%). En las mujeres el 5% restante consume con una frecuencia más o menos semanal, mientras que existen tres varones que consumen más o menos mensualmente y uno que no consume en la actualidad.

La dosis media es de aproximadamente 400 mg. llamando la atención la significativamente mayor dosis media entre las mujeres que entre los hombres ( $p < 0,05$ ), 448 y 390 mg respectivamente.

Al intentar encontrar una explicación a éste hecho, pensamos en la posibilidad de que fuera debido a la existencia de un mayor porcentaje de mujeres consumidoras por vía inhalatoria respecto a los varones, pensando en que las dosis por esta vía fuesen mayores que cuando se utiliza la vía intravenosa, encontramos que las diferencias se encuentran en aquellos que utilizan la vía intravenosa ( $p < 0,05$ ) y no así entre los usuarios de la vía inhalatoria. Por otra parte no se objetivaron diferencias

significativas al comparar las dosis medias entre ambas vías.

Estas consideraciones nos dan pie a analizar la utilización de las distintas vías de administración de heroína. A este respecto, encontramos que en el momento del estudio las mujeres (12%), se perfilan como usuarias de la vía inhalatoria en mayor grado que los hombres (6%), aunque no lleguen a ser significativas las diferencias encontradas ( $p < 0,1$ ), diferencias que claramente no existen en cuanto a la vía de inicio (51% en mujeres y 52% para los varones).

Al referirnos a la vía inicial hay que decir que la más usada es la vía inhalatoria (52%), seguida de la intravenosa (44%), mientras que en la vía actual predomina clarísimamente la intravenosa (87%).

Sólo un 3% se inicia fumando, porcentaje que se reduce al 2% en el momento actual. El 13% de los que comienzan por vía inhalatoria continúan utilizando la misma en el momento actual, existiendo claras diferencias al estratificar por sexo, con un 10% entre los varones y un 22% entre las mujeres ( $p < 0,05$ ). Por otra parte, el 80% han pasado a usar la vía intravenosa como única vía de administración y un 5% comparten ambas vías.

Entre los que comienzan por vía intravenosa mantienen esta forma de administración casi el 96% de la muestra no existiendo diferencias importantes por sexo, pasando a utilizar la vía inhalatoria como única forma de administración el 2% de los mismos, compartiendo ambas el 2% restante.

Por lo que se refiere a la existencia de períodos de abstinencia, el 53% de los pacientes ha logrado mantenerse al

menos un mes abstinentes, en al menos una ocasión desde el inicio del consumo de heroína (bien sea por autotratamiento o por ayuda terapéutica).

## CONCLUSIONES

Para finalizar nuestro trabajo vamos a esquematizar brevemente las características de la población heroínmana atendida en España en los centros específicos de tratamiento durante el período 1980-85.

1. Se trata de una población con una razón hombre/mujer de 4/1.
2. Existe una mayor juventud en la población femenina debido a que en las mujeres se produce un comienzo más precoz de la adicción.
3. El tiempo de evolución de la heroínomanía en el momento de demandar tratamiento para desintoxicación-deshabitación, es similar en ambos sexos (sobre los 3 años).
4. Pacere tratarse en general de una población socialmente bastante desfavorecida que, en su gran mayoría no ha conseguido un puesto fijo de trabajo (53%), que se encuentra en paro en porcentajes muy altos (54%) y cuyo nivel educativo es mínimo (un 75% sólo tiene estudios primarios o EGB).
5. Un 35% ha estado ya en prisión o tiene procesos pendientes de tipo judicial.
6. Es frecuente que la toxicomanía afecte a los dos miembros de la pareja (28%), fenómeno éste más frecuente en la mujer que en el hombre.

7. Las mujeres comienzan a usar determinadas drogas (anfetaminas, alucinógenos, heroína y cocaína) a una edad más temprana que el hombre, mientras en otras no existen diferencias claras (tabaco, alcohol, cannabis e hipnosedantes).
  8. Nuestra población consume heroína (95%) y tabaco de forma más o menos diaria. Con cierta regularidad (al menos una vez por mes), otras drogas: cannabis (60%), alcohol (50%), hipnosedantes (35%) y cocaína (28%), sin diferencias especiales entre hombres y mujeres, salvo en el consumo de alcohol (más frecuente en los varones). Sin embargo tanto anfetaminas como alucinógenos son drogas de escaso consumo actual, pero de alto consumo previo, concretamente los alucinógenos los han tomado un 60% de los varones y un 48% de las hembras, mientras que las anfetaminas las han usado un 60% de los hombres y un 52% de las mujeres.
  9. El consumo de heroína se inicia preferentemente por vía inhalatoria (52%) frente al 44% que usa la vía intravenosa, aunque, cuando se demanda tratamiento ya el 87% utiliza la vía intravenosa. Este cambio de vía es más notorio en los varones.
  10. Más de la mitad de los pacientes (53%), ha estado sin consumir durante al menos un mes seguido en algún momento desde que comenzó su adicción.
- Desde otra perspectiva distinta, pero igualmente interesante, como es la recolección de información que se lleva a cabo en las historias clínico sociales, no podemos por menos de expresar la sentida necesidad de que quienes trabajan en este campo se pongan mínimamente de acuerdo en qué tipo de datos parece necesario recoger en todos los pacientes y en unos criterios que uniformicen básicamente la recogida de los mismos.

**Tabla 1. Distribución de la muestra por centros.**

| Centro                        | N. Historias Por centro | Cuota Teórica | Cuota Real |
|-------------------------------|-------------------------|---------------|------------|
| H. del Mar (Barcelona) .....  | 2.100                   | 150           | 155        |
| SPOTT (Barcelona) .....       | 1.500                   | 107           | 110        |
| Cruz Roja (Madrid) .....      | 1.500                   | 107           | 118        |
| Cruz Roja (Sevilla) .....     | 500                     | 50            | 54         |
| D.A.K. (Bilbao) .....         | 800                     | 57            | 60         |
| H. de Bétera (Valencia) ..... | 2.000                   | 142           | 96         |

**Tabla 2. Estado civil.**

|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Soltero .....   | 290     | 62 | 58      | 47 | 350   | 59 |
| Casado .....    | 149     | 32 | 54      | 44 | 203   | 34 |
| Viudo .....     | 1       | 0  | 0       | 0  | 1     | 0  |
| Separado .....  | 25      | 5  | 10      | 8  | 35    | 6  |
| Ausencias ..... | 2       |    | 2       |    | 4     |    |

**Tabla 3. Tasas de soltería. Comparación con población general.**

|               | Observados | Esperados | R.S. soltería | Error st. | I.C.       |
|---------------|------------|-----------|---------------|-----------|------------|
| Varones ..... | 290        | 322       | 90%           | 5,3%      | 79,4-100,6 |
| Mujeres ..... | 58         | 77        | 75%           | 9,8%      | 55,4- 94,6 |

50

**Tabla 4. Estudios realizados.**

|                          | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|--------------------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                          | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Analfabeto .....         | 6       | 1  | 0       | 0  | 6     | 1  |
| Sin estudios .....       | 148     | 33 | 30      | 25 | 178   | 31 |
| E.G.B. ....              | 189     | 42 | 52      | 44 | 243   | 43 |
| 2.º Grado 1 ciclo .....  | 43      | 10 | 7       | 6  | 50    | 9  |
| 2.º Grado 2 ciclo .....  | 58      | 13 | 23      | 19 | 81    | 14 |
| Esc. Universitaria ..... | 3       | 1  | 2       | 2  | 5     | 1  |
| Carrera superior .....   | 3       | 1  | 3       | 3  | 6     | 1  |
| Ausencias .....          | 0       |    | 1       |    | 1     |    |

**Tabla 5. Tasas de «sin estudios». Comparación con población general.**

|               | Observados | Esperados | R.S. soltería | Error st. | I.C.    |
|---------------|------------|-----------|---------------|-----------|---------|
| Varones ..... | 148        | 40        | 370%          | 30%       | 340-400 |
| Mujeres ..... | 30         | 10        | 300%          | 57%       | 106-414 |

**Tabla 6. Situación laboral.**

|                           | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|---------------------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                           | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Servicio militar .....    | 3       | 1  | 1       | 0  | 3     | 1  |
| Ocupado .....             | 159     | 35 | 35      | 21 | 195   | 34 |
| Busca primer empleo ..... | 28      | 6  | 19      | 16 | 48    | 8  |
| Parado que trabajó .....  | 224     | 49 | 43      | 36 | 267   | 46 |
| Pensionista .....         | 1       | 0  | 0       | 0  | 1     | 0  |
| Rentista .....            | 0       | 0  | 0       | 0  | 0     | 0  |
| Estudiante .....          | 10      | 2  | 9       | 8  | 19    | 3  |
| Labores del hogar .....   | 0       | 0  | 8       | 7  | 28    | 1  |
| Incapacidad o baja .....  | 27      | 6  | 1       | 1  | 28    | 5  |
| Otros .....               | 7       | 1  | 5       | 4  | 12    | 2  |
| Ausencias .....           | 8       |    | 4       |    | 12    |    |

**Tabla 7. Profesión.**

|                            | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|----------------------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                            | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Patrono .....              | 4       | 1  | 1       | 1  | 5     | 1  |
| T. cuenta propia .....     | 21      | 5  | 4       | 3  | 25    | 4  |
| Cooperativista .....       | 1       | 0  | 0       | 0  | 1     | 0  |
| Trabajo fijo .....         | 84      | 18 | 13      | 11 | 98    | 17 |
| Tr. eventual .....         | 259     | 57 | 49      | 41 | 308   | 53 |
| Tr. negocio familiar ..... | 399     | 9  | 7       | 6  | 46    | 8  |
| Otros .....                | 49      | 11 | 45      | 38 | 95    | 16 |
| Ausencias .....            | 10      |    | 5       |    | 15    |    |

**Tabla 8. Antecedentes de prisión.**

|                           | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|---------------------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                           | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| No .....                  | 302     | 68 | 101     | 83 | 404   | 71 |
| Sí, antes consumo .....   | 13      | 3  | 2       | 2  | 15    | 3  |
| Sí, después consumo ..... | 59      | 13 | 7       | 6  | 66    | 12 |
| Sí, antes y después ..... | 18      | 4  | 1       | 1  | 19    | 3  |
| Sí, sin especificar ..... | 54      | 12 | 10      | 8  | 65    | 11 |
| Ausencias .....           | 21      |    | 3       |    | 24    |    |

**Tabla 9. Juicios pendientes.**

|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Sí .....        | 94      | 23 | 8       | 7  | 103   | 20 |
| No .....        | 313     | 77 | 101     | 93 | 415   | 80 |
| Ausencias ..... | 60      |    | 15      |    | 75    |    |

**Tabla 10. Antecedentes de alcoholismo en los padres.**

|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| No .....        | 342     | 75 | 114     | 71 | 428   | 75 |
| Padre .....     | 107     | 24 | 30      | 26 | 137   | 24 |
| Madre .....     | 5       | 1  | 3       | 2  | 8     | 1  |
| Ambos .....     | 0       | 0  | 0       | 0  | 0     | 0  |
| Ausencias ..... | 13      |    | 7       |    | 20    |    |

52

**Tabla 11. Antecedentes psicopatológicos familiares.**

|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Sí .....        | 46      | 10 | 22      | 18 | 68    | 12 |
| No .....        | 407     | 90 | 97      | 82 | 506   | 88 |
| Ausencias ..... | 14      |    | 5       |    | 19    |    |

**Tabla 12. Toxicomanía en la pareja.**

|                           | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|---------------------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                           | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| No .....                  | 208     | 76 | 45      | 48 | 255   | 69 |
| Heroínmana antes .....    | 8       | 3  | 13      | 14 | 21    | 6  |
| Heroínmana después ...    | 7       | 3  | 4       | 4  | 11    | 3  |
| Heroínmana sin precisar   | 43      | 16 | 29      | 31 | 72    | 19 |
| Toxicómana no heroin. ... | 8       | 3  | 2       | 2  | 10    | 3  |

**Tabla 13. Toxicomanía en los hermanos.**

|                       | Hombres |      | Mujeres |      | Total |    |
|-----------------------|---------|------|---------|------|-------|----|
|                       | Frec.   | %    | Frec.   | %    | Frec. | %  |
| No .....              | 332     | 76   | 82      | 74   | 416   | 76 |
| Uno o más heroi. .... | 72      | 15,5 | 15      | 15   | 87    | 16 |
| Idem otras tox. ....  | 32      | 8,5  | 14      | 12,5 | 46    | 8  |
| Ausencias .....       | 31      |      | 13      |      | 44    |    |

**Tabla 14. Edades de inicio en el consumo de las distintas drogas.**

|                     | Hombres |     |       | Mujeres |     |       | Total |     |       |
|---------------------|---------|-----|-------|---------|-----|-------|-------|-----|-------|
|                     | x       |     | E.st. | x       |     | E.st. | x     |     | E.st. |
| Tabaco .....        | 13,1    | 2,6 | 0,14  | 13,2    | 2,6 | 0,26  | 13,1  | 2,6 | 0,12  |
| Alcohol .....       | 15,2    | 2,7 | 0,16  | 15,3    | 3,3 | 0,43  | 15,2  | 2,8 | 0,15  |
| Cannabis .....      | 15,8    | 3,1 | 0,15  | 15,4    | 2,9 | 0,28  | 15,7  | 3,1 | 0,13  |
| Anfetaminas .....   | 17,5    | 3,3 | 0,21  | 16,3    | 2,6 | 0,35  | 17,3  | 3,2 | 0,19  |
| Alucinógenos .....  | 17,8    | 3,3 | 0,21  | 16,4    | 2,5 | 0,37  | 17,6  | 3,2 | 0,19  |
| Hipnosedantes ..... | 19,7    | 4,3 | 0,33  | 18,8    | 3,7 | 0,58  | 19,5  | 4,2 | 0,29  |
| Inhalantes .....    | 13,5    | 3,2 | 0,96  | 14,0    | 0,0 | 0,00  | 13,5  | 3,1 | 0,88  |
| Cocaína .....       | 19,9    | 4,0 | 0,23  | 18,1    | 3,4 | 0,38  | 19,5  | 3,9 | 0,20  |
| Opiáceos .....      | 19,5    | 3,5 | 0,47  | 19,4    | 4,3 | 1,34  | 19,5  | 3,6 | 0,45  |
| Heroína .....       | 20,1    | 4,3 | 0,20  | 18,7    | 3,8 | 0,34  | 19,8  | 4,2 | 0,17  |

53

**Tabla 15. Consumo de alcohol.**

|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Diaria .....    | 134     | 30 | 23      | 19 | 158   | 28 |
| Semanal .....   | 61      | 14 | 13      | 11 | 74    | 13 |
| Mensual .....   | 25      | 5  | 5       | 4  | 30    | 5  |
| < mensual ..... | 6       | 1  | 3       | 3  | 9     | 2  |
| No dato .....   | 26      | 6  | 4       | 3  | 30    | 5  |
| No actual ..... | 101     | 23 | 27      | 23 | 129   | 23 |
| Nunca .....     | 86      | 19 | 44      | 37 | 130   | 23 |
| Ausencias ..... | 28      |    | 5       |    | 33    |    |

**Tabla 16. Frecuencia de consumo de cannabis.**

|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Diaria .....    | 155     | 33 | 37      | 30 | 192   | 32 |
| Semanal .....   | 62      | 13 | 15      | 12 | 77    | 13 |
| Mensual .....   | 58      | 12 | 16      | 13 | 74    | 12 |
| < mensual ..... | 5       | 1  | 1       | 1  | 6     | 1  |
| No dato .....   | 15      | 3  | 5       | 4  | 21    | 4  |
| No actual ..... | 154     | 33 | 45      | 36 | 200   | 34 |
| Nunca .....     | 17      | 4  | 5       | 4  | 22    | 4  |
| Ausencias ..... | 1       |    | 0       |    | 1     |    |

**Tabla 17. Frecuencia de consumo de anfetaminas.**

54

|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Diaria .....    | 7       | 2  | 4       | 3  | 11    | 2  |
| Semanal .....   | 6       | 1  | 2       | 2  | 8     | 1  |
| Mensual .....   | 16      | 3  | 3       | 2  | 19    | 2  |
| < mensual ..... | 9       | 2  | 3       | 2  | 12    | 2  |
| No dato .....   | 14      | 3  | 6       | 5  | 20    | 3  |
| No actual ..... | 226     | 49 | 46      | 37 | 274   | 46 |
| Nunca .....     | 187     | 40 | 60      | 48 | 247   | 42 |
| Ausencias ..... | 2       |    | 0       |    | 2     |    |

**Tabla 18. Frecuencia de consumo de alucinógenos.**

|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Diaria .....    | 4       | 1  | 2       | 2  | 6     | 1  |
| Semanal .....   | 6       | 1  | 1       | 1  | 7     | 1  |
| Mensual .....   | 19      | 4  | 6       | 5  | 25    | 4  |
| < mensual ..... | 23      | 5  | 4       | 3  | 27    | 5  |
| No dato .....   | 11      | 2  | 4       | 3  | 16    | 3  |
| No actual ..... | 219     | 47 | 43      | 35 | 263   | 44 |
| Nunca .....     | 184     | 39 | 64      | 52 | 248   | 42 |
| Ausencias ..... | 1       |    | 0       |    | 1     |    |

**Tabla 19. Frecuencia de consumo de hipnosedantes.**

|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Diaria .....    | 97      | 21 | 24      | 20 | 121   | 21 |
| Semanal .....   | 22      | 5  | 8       | 7  | 30    | 5  |
| Mensual .....   | 35      | 8  | 8       | 7  | 43    | 7  |
| < mensual ..... | 6       | 1  | 1       | 1  | 7     | 1  |
| No dato .....   | 23      | 5  | 4       | 3  | 27    | 5  |
| No actual ..... | 62      | 13 | 11      | 9  | 73    | 12 |
| Nunca .....     | 220     | 47 | 67      | 54 | 289   | 50 |
| Ausencias ..... | 2       |    | 1       |    | 3     |    |

**Tabla 20. Frecuencia de consumo de cocaína.**

|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Diaria .....    | 55      | 12 | 15      | 12 | 70    | 12 |
| Semanal .....   | 26      | 6  | 5       | 4  | 31    | 5  |
| Mensual .....   | 69      | 15 | 16      | 13 | 85    | 14 |
| < mensual ..... | 26      | 6  | 8       | 7  | 34    | 6  |
| No dato .....   | 21      | 5  | 4       | 3  | 25    | 4  |
| No actual ..... | 142     | 30 | 41      | 33 | 185   | 31 |
| Nunca .....     | 124     | 27 | 33      | 27 | 157   | 27 |
| Ausencias ..... | 4       |    | 2       |    | 6     |    |

55

**Tabla 21. Frecuencia de consumo de opiáceos.**

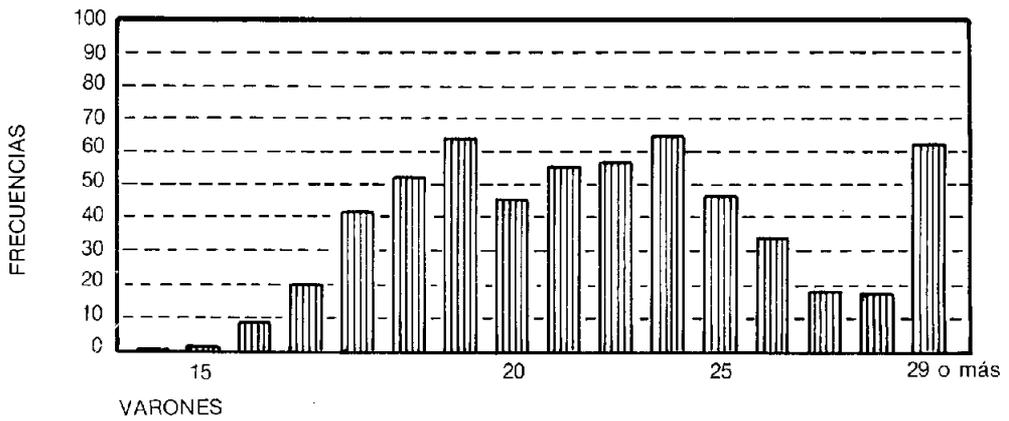
|                 | Hombres |    | Mujeres |    | Total |    |
|-----------------|---------|----|---------|----|-------|----|
|                 | Frec.   | %  | Frec.   | %  | Frec. | %  |
| Diaria .....    | 10      | 2  | 5       | 4  | 15    | 3  |
| Semanal .....   | 1       | 0  | 2       | 2  | 3     | 1  |
| Mensual .....   | 5       | 1  | 1       | 1  | 6     | 1  |
| < mensual ..... | 0       | 0  | 0       | 0  | 0     | 0  |
| No dato .....   | 2       | 0  | 0       | 0  | 2     | 0  |
| No actual ..... | 47      | 10 | 9       | 7  | 56    | 9  |
| Nunca .....     | 400     | 86 | 107     | 86 | 509   | 86 |
| Ausencias ..... | 2       |    | 0       |    | 2     |    |

Tabla 22. Frecuencia de consumo de heroína.

|                      | Hombres |     | Mujeres |    | Total |     |
|----------------------|---------|-----|---------|----|-------|-----|
|                      | Frec.   | %   | Frec.   | %  | Frec. | %   |
| Diaria .....         | 444     | 95  | 115     | 95 | 560   | 95  |
| Semanal .....        | 17      | 4   | 6       | 5  | 23    | 4   |
| Mensual .....        | 3       | 0,6 | 0       | 0  | 3     | 0,5 |
| < mensual .....      | 0       | 0   | 0       | 0  | 0     | 0   |
| No consumo act. .... | 1       | 0,3 | 0       | 0  | 1     | 0,2 |

Gráfico 1

EDAD AL DEMANDAR TRATAMIENTO



EDAD AL DEMANDAR TRATAMIENTO

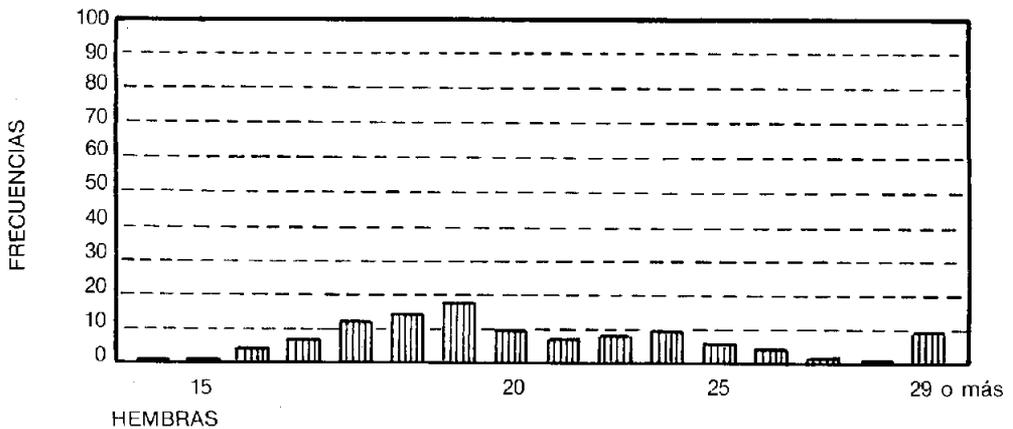


Gráfico 2  
 EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE DROGAS

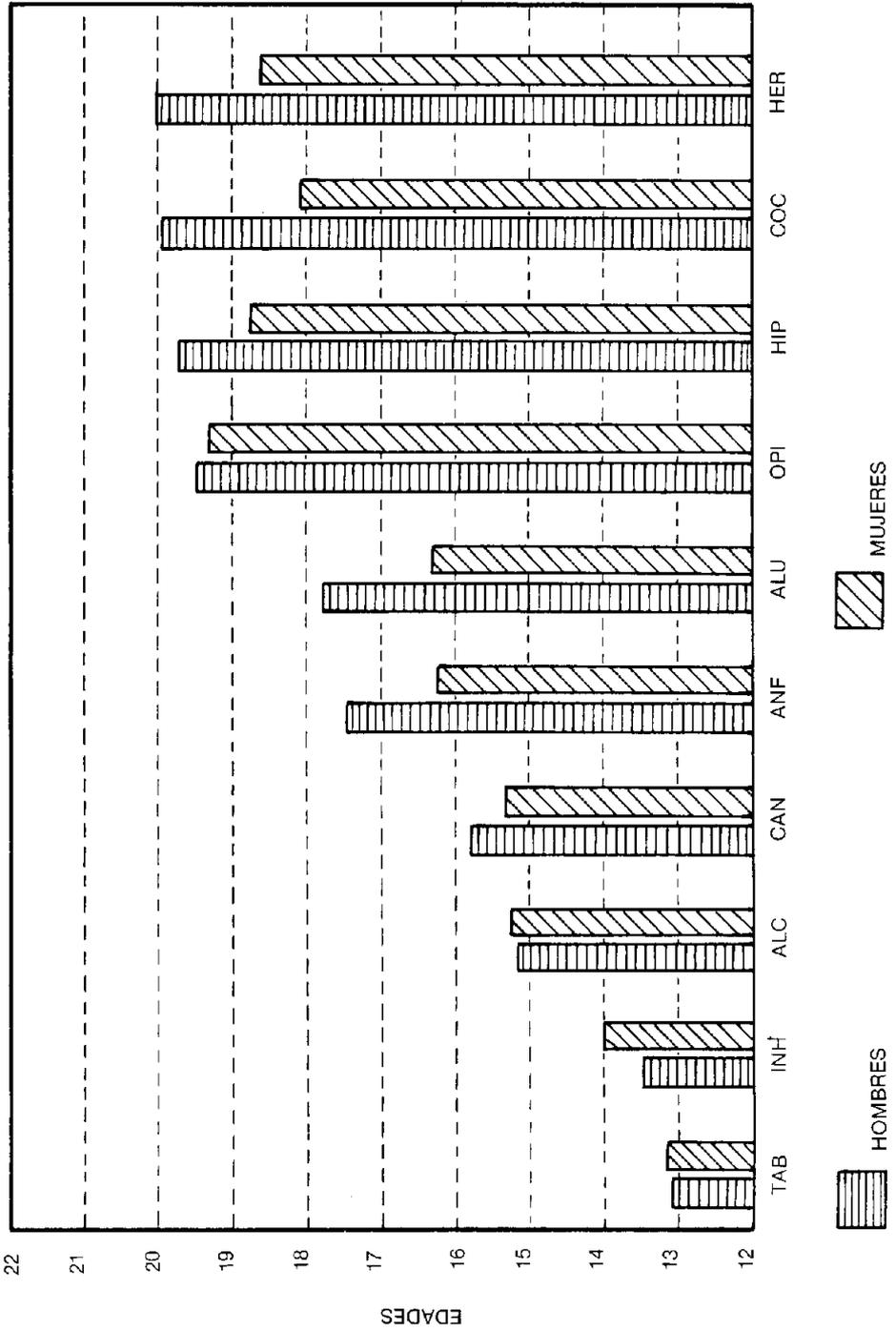
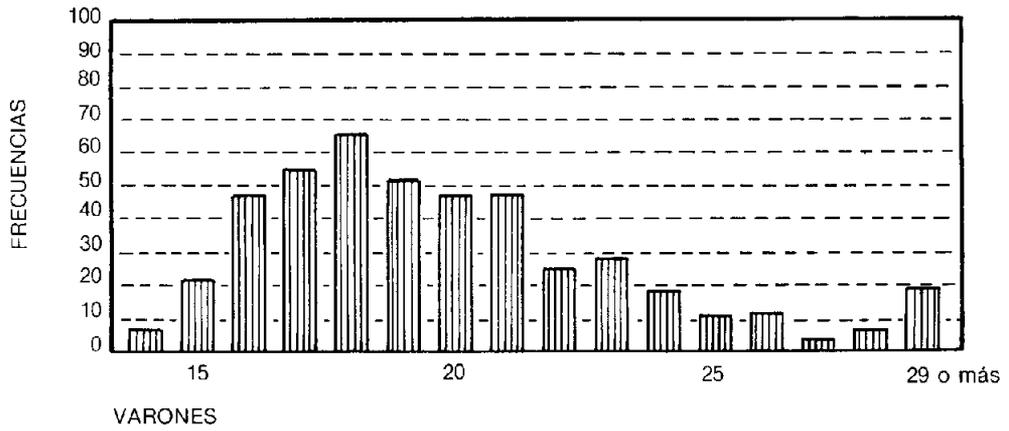
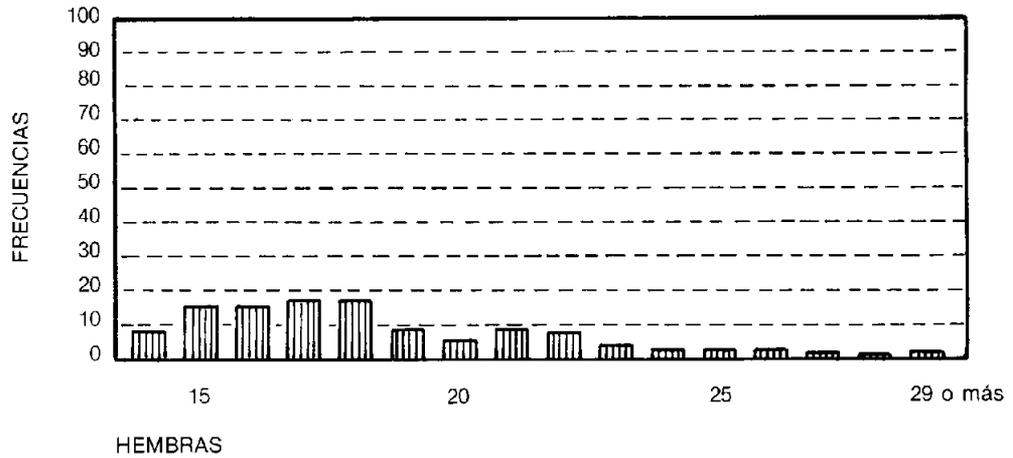


Gráfico 3

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE HEROINA



EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE HEROINA



## BIBLIOGRAFIA

- (1) CIDUR-EDIS.  
**Dirección General de Juventud y Promoción Sociocultural.**  
MINISTERIO DE CULTURA. MADRID. 1980.
- (2) NAVARRO L, LORENTE S, VARO J Y COLS.  
**El consumo de drogas en España.**  
ASAMBLA DE MADRID DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA. CUADERNOS TÉCNICOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ACCIÓN SOCIAL. MADRID. 1985.
- (3) SANCHEZ-CARBONEL J., CAMI J.  
**Recuperación de heroínómanos. Definición, criterios y problemas de los estudios de evaluación y seguimiento.**  
MED. CLINICA VOL. 87 N. 13. 1986.
- (4) ANTO BOQUE J.M. Y COLS.  
**Estudio sobre el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías.**  
MANUSCRITO NO PUBLICADO.
- (5) BOVES GARCIA J. Y COLS.  
**Evaluación prospectiva de 473 tóxicodependientes en Asturias (1979-1982).**  
ACTAS LUSO-ESP. NEUROLOG. 12/3. 1984.
- (6) EDIS.  
**Consumo de drogas en Andalucía.**  
JUNTA DE ANDALUCÍA. 1984.
- (7) EDIS.  
**Juventud y droga en la ciudad de Salamanca.**  
CAJA DE AHORROS DE SALAMÁNCA. 1981.
- (8) VARO J.R. Y COLS.  
**El consumo de drogas en la Rioja.**  
ESCUELA DE ASISTENTES SOCIALES DE LORRINO. CAJA DE AHORROS DE ZARAGOZA. AFAGÓN Y RIOJA. LOGROÑO. 1984.
- (9) VARO JR. Y AGUINAGA M.  
**El consumo de drogas. En encuestas sobre la juventud de Navarra.**  
FUNDACION BAKILOKOME DE CARFANZA. PAMPLONA. 1983.
- (10) ZULAICA I.  
**Problemas médicos en Heroínómanos.**  
ANUARIO DE MEDICINA INTERNA VOL. 13. 1981.
- (11) OLMO PUCHALT J. A. Y COLS.  
**Virus B de la hepatitis y drogadicción.**  
DROGALCOHOL VOL IX. 1984. N. 1.
- (12) MARTINEZ J.M. Y COLS.  
**Infecciones graves en adictos a la heroína por vía intravenosa.**  
MED. CLINICA VOL. 83. N. 13. 1984.
- (13) GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE INFECCIONES EN DROGADICTOS.  
**Estudio multicéntrico de la incidencia de complicaciones infecciosas en adictos a drogas por vía parenteral en España. (1977-1984).**  
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA CLINICA VOL 3. N. 4 JULIO-AGOSTO 1986.
- (14) VERDAGUER A. Y COLS.  
**Estudio de los procesos patológicos en 176 ingresos de heroínómanos en un hospital general.**  
MED. CLIN. VOL. 82. N.1. 1984.
- (15) CAMI J. Y COLS.  
**Heroína: nueva causa de urgencias toxicológicas.**  
MED. CLINICA. BARCELONA. VOL. 82. N. 1. 1984.
- (16) CERDEÑO V. Y COLS.  
**Intoxicación por opiáceos. Casuística, complicaciones y tratamiento.**  
REV. CLIN. ESPAÑOLA. TOMO 177. N. 1. 1984.
- (17) OBIOLS J. Y COLS.  
**Nuestra experiencia en el tratamiento de heroínómanos.**  
IX CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS.
- (18) FREIXA F. Y COLS.  
**La problemática del tratamiento a los adictos de heroína y otros opiáceos.**  
VII JORNADAS SOCIOFARMACOLÓGICAS DIPLOMAT. DE PAMPLONA. 1979.
- (19) CAMI J. Y COLS.  
**Cambios cardiovasculares y neuropsicológicos durante la desintoxicación de heroínómanos a base de clonidina.**  
MED. CLINICA VOL. 82. N. 13. 1984.
- (20) DE LA SERNA I. Y CHINCHILLA A.  
**Toxicomanías. Estudio clínico epidemiológico de un grupo de adictos a las llamadas drogas duras.**  
ACTAS LUSO-ESP. NEUROLOG. PSQUIQUIR. 10/3. 1983.
- (21) FREIXA F. Y COLS.  
**Aspectos sociosanitarios de la drogodependencia por heroína.**  
MED. CLINICA VOL. 82. N. 1. 1984.
- (22) NACIONES UNIDAS.  
**Manual de evaluación del uso indebido de drogas. Primera parte: empleo de datos procedentes de instituciones y agencias.**  
DIVISION DE ESTIPULACIONES. VIENA. 1985.
- (23) CARRASCO J.L.  
**El método estadístico en la investigación médica.**  
ED. CEPEA 3. 1983.
- (24) ARMITAGE P.  
**Statistical methods in medical research.**  
NEW YORK. JOHN WILEY AND SONS. 1971.
- (25) INE.  
**Censo de población de 1981 tomo 1, vol 1. Resultados nacionales.**
- (26) BAILE R.N. Y COLS.  
**The validity of self-reported heroin use.**  
INT. J. OF ADDICT. 15 (6). 1980.
- (27) CAVERO R. Y COLS.  
**Primeras impresiones sobre la población asistida en el ambulatorio piloto del Centro Asistencial de la Cruz Roja Española.**  
IX CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS. IBEROCC.
- (28) HINOJAL R. Y COLS.  
**Las toxicomanías en relación con la delincuencia.**  
DROGALCOHOL VOL VI. N. 2. 1984.
- (29) MONEGAL Y COLS.  
**Informe para un plan de lucha contra las farmacodependencias de tipo no alcohólico.**  
DROGALCOHOL VOL V. N. 2. 1980.
- (30) CHAMBERS C.D. Y COLS.  
**Narcotic addiction in females: a race comparison.**  
INT. J. ADDICT. 11. 1976.
- (31) CHAMBERS C.D. Y MOFFET A.  
**The epidemiology of Opiate addiction in the United States.**  
SPRINGER. D.D. HILARIO S. THOMAS. 1973.



José Guardia, José Masip y Carmen Viladrich\*.

# Estudio de seguimientos de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento

## RESUMEN

*Estudio de seguimiento de 73 adictos a la heroína, al cabo de tres años de su primera visita a nuestro Centro. Esta misma muestra ya había sido objeto de estudio clínico y un estudio de seguimiento, cuando se cumplió un año de su primera visita. Explicamos el método de seguimiento utilizado, que nos permite llegar a la valoración, tanto de su situación evolutiva actual como de las modalidades de tratamiento que han seguido, y, finalmente, establecer relaciones entre ambas. Se elaboran y validan algunas hipótesis, sobre el tiempo de permanencia en tratamiento o el programa realizado, y su relación con el estado evolutivo del adicto, al efectuar el seguimiento.*

A study following heroin addicts up to three years from their admission for treatment

## SUMMARY

*The study follows 73 heroin addicts through three years, beginning with their first visit to our Center. This same sample already had been the object of a clinical study and another following study, when one year had expired from their first visit. We explain the study method utilized, which allows us to evaluate both the current evolving situation and the kinds of treatment employed, and finally, to establish the relationship between them. Hypotheses are elaborated and validated concerning the duration of treatment or program undertaken, and relationship with the changing state of the addict.*

## 1. INTRODUCCION

**L**AS toxicomanías por drogas no institucionalizadas son una problemática de aparición reciente en nuestro país.

Las experiencias de tratamiento, en nuestros medios, se iniciaron a finales

de la pasada década. Debido a ello no han sido bien definidas y evaluadas todavía. Sin embargo, otros países han alcanzado ya importantes progresos en esta materia, gracias, en gran parte, a los programas de evaluación de tratamiento.

Los estudios de seguimiento y evaluación de tratamiento permiten establecer unos criterios en materia de diagnóstico, pronóstico, efectividad e indicación del tratamiento, así como

(\*) Correspondencia: Servicio de Prevención, Orientación y Terapia para toxicómanos. Sant Honorat, 5. 08002 BARCELONA.

respecto a la evolución espontánea (sin tratamiento) de los pacientes drogodependientes.

Estos estudios deben cumplir los requisitos de metodología científica, característicos de cualquier evaluación de un programa de tratamiento y han de realizarse varios años después del mismo. Según Hubbard et al. (18), aparte de los estudios durante el tratamiento, convendría realizarlos incluso a los 5 y 10 años, con muestras seleccionadas.

Un estudio que permita evaluar los diferentes tipos de tratamiento existentes en esta área de las toxicomanías, puede aportar información importante para el especialista en planificación socio-sanitaria que tenga a su cargo el desarrollo de las propuestas asistenciales a corto y largo plazo.

### 1.1. Experiencias en el extranjero

EL «Drug Abuse Reporting Program» (D.A.R.P.) es un estudio de seguimiento de 44.000 toxicómanos, que fueron entrevistados cinco años después del inicio del tratamiento.

Diferencia entre cuatro modalidades de tratamiento (mantenimiento con metadona, comunidades terapéuticas, tratamiento ambulatorio sin medicación, sólo desintoxicación) y compara la evolución de los pacientes que han realizado estos tratamientos con los que sólo tuvieron alguna entrevista de acogida (sólo admisión).

Las variables que utiliza para cuantificar el estado evolutivo del paciente se refieren al consumo de drogas y sustancias psicoactivas, a ocupaciones socialmente productivas, a delincuencia, y en el caso de que hubieran recaído, si han retornado o no a tratamiento (31) (34) (36).

Posteriormente, Hubbard et al. (18, 19) utilizan el «Treatment Outcome Prospective Study» (T.O.P.S.). Se trata de un programa de seguimiento tan amplio como el D.A.R.P., pero más reciente y más perfeccionado.

Estudia, también, la conducta del enfermo: antes, durante y después del tratamiento.

El T.O.P.S. establece unas modalidades de tratamiento muy parecidas a las del D.A.R.P. Las variables de referencia son: características individuales del paciente, antecedentes de tratamientos realizados, características de la comunidad y resultado del tratamiento (retención).

Vaillant (41) publicó uno de los estudios más a largo plazo, (al cabo de 20 años), de adictos a la heroína en Nueva York.

Frykholm (13) hace un estudio de 250 adictos en Suecia (sobre todo de anfetaminas y heroína). Profundiza en el estudio de las motivaciones y circunstancias hasta llegar a la abstinencia, de los 58 adictos que ya no consumían drogas.

Wille (46) hace un estudio, a los 10 años, de adictos a la heroína de Londres. Tiene en cuenta las circunstancias de la desintoxicación, el tratamiento post-desintoxicación efectuado, las causas de mortalidad, los que han estado ingresados en prisión, el cambio de dependencia a otras sustancias y los que alcanzaron la abstinencia por ellos mismos, es decir, sin tratamiento de desintoxicación.

Mc Lellan et al. (27) han elaborado un cuestionario, el «Addiction Severity Index» (A.S.I.), que valora seis áreas: abuso de drogas, consecuencias físicas,

trabajo, adaptación social y familiar, problemática legal y psicopatología. Comparan la puntuación en cada área respectiva, antes y después del tratamiento, para evaluar los resultados del mismo.

## 1.2. El método de seguimiento

El seguimiento ha de estar previsto desde que el enfermo ingresa a tratamiento.

Disponer de una estrategia de localización que nos permita, años después, establecer contacto con el paciente, es la única posibilidad de que podamos evaluar las variables personales del seguimiento.

En la entrevista de acogida hemos de registrar los datos —sobre todo, los números de teléfono— que nos permitan localizar al paciente, años después.

Es conveniente tener una entrevista personal con el enfermo, y con alguna persona que viva con él, y confirmar la información que nos den, con una detección analítica de drogas en la orina.

## 2. MATERIAL Y METODO

Hemos valorado la situación evolutiva de 73 heroinómanos, que solicitaron tratamiento en nuestro equipo de profesionales del S.P.O.T.T. (Diputación de Barcelona).

Al cumplirse los tres años (de su primera visita en nuestro Centro), hemos realizado el segundo estudio de seguimiento con la misma muestra con la que realizamos el seguimiento al año (14).

### 2.1. Criterio «todo o nada»

Para evaluar la evolución de un adicto a la heroína no podemos atender so-

lamente a un criterio «todo o nada». Si lo que pretendemos es una recuperación toxicológica y psicosocial total nos encontramos con que, sobre todo a corto plazo, muy pocos adictos lo consiguen. De aquí la necesidad comentada por muchos autores (39), de tener en cuenta también, cualquier situación intermedia de recuperación, evaluando cada una de las variables de la amplia constelación de hechos toxicológicos y psicosociales posibles. De esta manera, se puede apreciar una amplia gama de situaciones de mejoría o recuperación parcial (entre las situaciones extremas de: recuperación total, o bien evolución desfavorable).

### 2.2. Objetivo de este estudio de seguimiento

El objetivo de este trabajo es doble:

- a) Averiguar la situación evolutiva de los heroinómanos respecto a *seis variables* (toxicológicas y psicosociales) definidas previamente.
- b) Relacionar la situación evolutiva de los heroinómanos, con las *características del tratamiento realizado*.

Y ambas valoraciones las efectuamos cuando se cumplen tres años desde que fueron visitados por primera vez, por nuestro equipo.

#### 2.2.1. Variables toxicológicas y psicosociales

Estas variables fueron elaboradas conjuntamente con otros profesionales de S.P.O.T.T. (\*) y son parecidas a las utilizadas en el programa D.A.R.P., ya referido en el capítulo anterior:

- 1). Consumo de *opioides* en el último mes.

(\*) Servicio de Prevención, Orientación y Terapia para toxicómanos.

- (0) Ningún consumo.
  - (1) Consumo esporádico.
  - (2) Consumo diario.
- 2). Consumo de *alcohol* en el último mes.
- (0) Abstinencia o uso normativo.
  - (1) Uso excesivo o frecuente.
  - (2) Abuso a diario o esporádicamente. Dependencia.
- 3). Consumo de *otras drogas* (exceptuando tabaco y cannabis).
- (0) Ningún consumo.
  - (1) En poca cantidad y esporádicamente.
  - (2) Grandes cantidades diariamente.
- 4). *Ocupación laboral*.
- (0) Suficiente para mantenerse.
  - (1) Insuficiente para mantenerse.
  - (2) No trabaja.
- 5). *Adaptación familiar* (evaluación subjetiva del entrevistador).
- (0) Buena.
  - (1) Conflictos importantes.
  - (2) Relaciones rotas.
- 6). *Delincuencia* (solamente hace referencia a los hechos descubiertos por la policía, ocurridos en el último mes, o pendientes de resolución judicial).
- (0) Sin problemas.

- (1) Juicio pendiente, detención, prisión, etc.

### 2.2.2. *Vrbles. terapéuticas. (V. anexo I)*

Hemos seleccionado tres variables terapéuticas para valorar la situación evolutiva, en la que se encuentra el paciente:

- El tipo de tratamiento realizado (se refiere al que ha efectuado más recientemente y, en algunos casos, aún sigue efectuando).
- La duración de dicho tratamiento.
- Las incidencias que se han producido durante dicho tratamiento.

Estas variables podrían ser algunas de las múltiples variables independientes que pueden intervenir en la evolución del drogodependiente, mientras que las variables toxicológicas y psicosociales, que miden la situación evolutiva del sujeto, serían las dependientes.

Si hemos escogido estas variables terapéuticas es simplemente, porque podemos cuantificarlas con más facilidad y porque pueden reflejar la incidencia del tratamiento en el estado evolutivo.

Somos conscientes que es una simplificación excesiva, que se da toda una constelación de variables sociales, psicológicas, de la propia droga, etc., que pueden intervenir en el curso evolutivo del toxicómano, y que, el estudio tendría que ser multivariable.

### 2.3. Descripción de la muestra

Hemos utilizado la misma muestra de 73 adictos a la heroína, que acudió por primera vez a nuestro Centro en el segundo semestre del año 1981, a los

que ya se practicó un estudio de seguimiento al año de haber solicitado tratamiento (14).

Se trata de adictos a la heroína que fueron admitidos a tratamiento, durante el segundo semestre de 1981. Las características psicosociales que presentaban, por lo menos en el 50% de los casos, eran las siguientes: Varones, de 18 a 25 años (de edad), que vivían con sus padres, en grandes poblaciones (más de 100.000 habitantes) del área metropolitana de Barcelona. Con estudios de E.G.B. o bachillerato elemental, obreros no cualificados (de profesión), pero sin trabajo y sin subsidio de desempleo. Sin cartilla de la Seguridad Social. De nivel socio-económico medio o bajo.

Tuvieron su primer contacto con la heroína entre los 16 y los 22 años (de edad). Presentaban dependencia física de la heroína entre los 7 meses y los 3 años de duración. Se autoadministraban entre 1/8 y 1/2 gramo de heroína (de un 5 a un 15% de pureza), en 2-4 veces al día por vía intravenosa a la vez que tomaban otras drogas (cannabis, alcohol, medicamentos sedativos, etc.) y la supresión brusca de la heroína les desencadenaba un síndrome de abstinencia.

Presentaban desadaptación al medio familiar. No trabajaban ni estudiaban. Y habían presentado algún episodio de hepatitis (15).

#### 2.4. Método para obtener la información de la situación personal.

Hemos considerado como criterio óptimo, y por tanto deseable, el poder realizar una entrevista personal con el enfermo y otra con los familiares o responsables que viven con él, así como

obtener una muestra de orina para practicar una determinación analítica de drogas, medicamentos y otras sustancias psicoactivas.

Al cumplirse los tres años de la primera visita, hemos telefonado al paciente para contactar con él y concertar una entrevista en nuestro Centro. La llamada telefónica ha sido el método más eficaz para localizarle. Hemos realizado un gran esfuerzo para localizar el mayor número posible de personas. Nuestra labor ha sido insistente y persistente, a lo largo de meses, incluso con la ayuda del vecindario, hasta que hemos conseguido hablar con el propio paciente.

Cuando el contacto telefónico con el paciente no nos ha sido posible, hemos recurrido al envío de cartas o cuestionarios estandarizados de seguimiento. Pero los resultados obtenidos por estos dos métodos han sido inferiores a los que hemos conseguido con los contactos telefónicos reiterados.

Cuando estaba ingresado en prisión, hemos ido allí a entrevistarle. Y en alguna ocasión, cuando el paciente lo ha solicitado, la entrevista se ha realizado fuera del Centro de tratamiento, en algún punto de la ciudad, fijado de común acuerdo; o en su propia casa.

#### 2.5. Validez de la información

Hemos considerado información «fiable» la obtenida a través de una entrevista personal con el enfermo y otra entrevista con los familiares responsables. Sobre todo, cuando conocemos la trayectoria personal del enfermo, porque ha seguido en contacto con nosotros, desde el inicio del tratamiento. Y, especialmente, cuando tenemos alguna determinación analítica de drogas.

En caso de no haber podido entrevistar personalmente a los familiares, la hemos considerado fiable cuando:

- Hemos entrevistado al enfermo periódicamente.
- Y su evolución conductual ha sido muy favorable.
- Y además, tenemos controles periódicos de opioides en orina. O bien tenemos información telefónica de los familiares y responsables que corroboran su evolución conductual favorable.

En el caso de no poder entrevistar personalmente al paciente (porque había una larga estancia en el medio rural, no contaminado), hemos considerado fiable la información, cuando:

- Estaba ingresado en una comunidad terapéutica o viviendo bajo la tutela de unos parientes responsables. Aunque nos transmita la información por teléfono o correo.
- Siempre que, además, los familiares (que ahora no viven con él) nos informen que su evolución conductual ha sido muy favorable.
- Y los responsables actuales nos corroboren que su evolución conductual ha sido muy favorable.

En los demás casos hemos considerado que la información era «no fiable». Por ejemplo:

- Si la información proviene del propio enfermo, pero nos llega por teléfono, porque no puede acudir al Centro. O cuando la respuesta es por correo.
- Cuando la información no nos la proporciona el propio enfermo,

sino que proviene de los padres u otras personas.

En el caso de que al contactar con el drogodependiente, nos comunique una situación de frecuente consumo de opioides, hemos considerado innecesario plantearnos la posibilidad de «no fiabilidad» de la información, ya que no creemos que exista ningún beneficio derivado de tal manifestación, que justificase un intento de engaño. Y lo hemos considerado como situación «no favorable», aunque la información nos la haya dado por teléfono.

## 2.6. Descripción de la variable «SITUACION EVOLUTIVA»

A partir de la valoración de las variables toxicológicas y psicosociales, descritas en el epígrafe 2.2.1. diferenciamos tres posibilidades evolutivas: situación favorable, situación no favorable o falta de información.

### 2.6.1. Situación FAVORABLE

Contempla dos posibilidades:

- a) Abstinencia total de opioides, durante el mes anterior a la entrevista de seguimiento.
- b) Consumo esporádico de opioides, pero no consume bebidas alcohólicas ni otro tipo de drogas (excepto tabaco/cannabis), ni tiene problemas con la justicia. Y además, ha reingresado o sigue en tratamiento.

(NOTA: Dentro de este grupo, y en función de la validez de la información obtenida —ver epígrafe 2.5.—, hemos diferenciado entre aquellos de los que tenemos una información «fiable» y aquellos otros cuya información no es del todo fiable, de acuerdo con los

critérios adoptados, que denominamos «no fiable»).

### 2.6.2. Situación NO FAVORABLE

Todas aquellas situaciones evolutivas no incluidas en la definición «situación favorable» (2.6.1.)

### 2.6.3. Falta de información

Todas aquellas personas de las que actualmente no tenemos noticias y no han podido ser localizadas, a pesar de nuestros intentos reiterados.

### 2.7. Situación evolutiva a los tres años.

Hemos hecho el seguimiento de 73 personas que presentaban adicción a la heroína e hicieron, al menos, una primera visita; la mayoría realizaron un tratamiento breve, y algunos, un tratamiento completo, a largo plazo.

Falta información de 10 personas (13,7%). (Ver tablas I y II).

Los 63 de los cuales tenemos información, se reparten en dos subgrupos:

- Situación FAVORABLE: 41 (56%).
- Situación NO FAVORABLE: 22 (30,3%).

Los 41 que están en situación FAVORABLE (56), se descomponen en dos mitades aproximadamente:

- Tenemos información «fiable» de 20 que, sobre el total de la muestra, corresponde a un 27,3%.
- Tenemos información «no fiable» de 21 que, sobre el total de la muestra, corresponde a un 28,7%.

Hemos conseguido información sobre catorce personas más que en el seguimiento al año (14), realizado con la misma muestra. Pero hay cuatro personas de las que tuvimos noticias al año y no hemos conseguido localizar a los tres años. En términos generales, por tanto, hemos conseguido localizar 10 personas más que en el seguimiento al año.

### 2.8. Situación evolutiva en el anterior SEGUIMIENTO A UN AÑO

En el seguimiento que se realizó al año de la admisión a tratamiento, de este mismo grupo de pacientes, se obtuvo información sobre 53, los cuales se repartían en dos mitades (Tablas I y II).

- Situación FAVORABLE: 27 (37%).
- Situación NO FAVORABLE: 26 (36%).

Los que estaban en situación FAVORABLE (37%), se descomponían también en dos mitades aproximadas:

- con información «fiable»: 14 (19%)
- con información «no fiable»: 13 (18%).

Y faltaba información sobre 20 (27,3%).

### 2.9. Análisis comparativo de los datos obtenidos en los dos estudios de seguimiento (al año y a los tres años)

En el seguimiento a los tres años hemos encontrado 41 pacientes en situación FAVORABLE. El origen de estos pacientes, con respecto al seguimiento al año, es el siguiente: (Tablas I y II)

- 21 pacientes ya se encontraban en situación FAVORABLE, y se mantienen en esta situación.
- 10 pacientes han variado de una situación NO FAVORABLE a una situación FAVORABLE.
- 10 pacientes de «nueva información», es decir, pacientes que no pudimos contactar en el seguimiento al año y sobre los que fue imposible obtener cualquier información en aquel momento.

Las variaciones producidas en los resultados, respecto al estudio de seguimiento al año, son:

- De 27 pacientes en situación FAVORABLE:
  - 21 permanecen en situación FAVORABLE.
  - 6 han variado a situación NO FAVORABLE.
- De 26 pacientes en situación NO FAVORABLE:
  - 12 permanecen en situación NO FAVORABLE.
  - 10 han variado a situación FAVORABLE
  - 4 no han sido localizados y pasan a situación FATAL INFORMACION.
- De 20 pacientes sobre los que no teníamos información en el seguimiento al año:
  - 6 pacientes continúan en la misma situación.
  - 10 pacientes han variado a situación FAVORABLE.

- 4 pasan a situación NO FAVORABLE.

En resumen, pues, hay personas que cambian de situación *no favorable* a *favorable* y viceversa. Y hemos conseguido contactar con 14 de los que no tuvimos información en el seguimiento al año, de los cuales se encuentra: 10 en situación *favorable*, y 4 en situación *no favorable*.

Si aplicamos la prueba de  $\chi^2$  a la tabla comparativa de datos, correspondiente a ambos estudios de seguimiento nos encontramos con los resultados que pueden observarse en la Tabla III.

Cuando valoramos si la tendencia es hacia la mejoría o el empeoramiento global, con el paso de los años y prescindiendo de los pacientes que se mantienen, vemos que no es estadísticamente significativo.

Es decir, que *no existe una tendencia clara ni hacia la mejoría ni hacia el empeoramiento global* de los datos, con el paso de los años ( $\chi^2 = 1$ ).

Pero cuando valoramos si el estado evolutivo al año puede predecir el estado evolutivo global a tres años de seguimiento, sí encontramos una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 5,45$ ) ( $P = 0,02$ ), en el sentido de que los pacientes que se encontraban en situación *favorable* al año de seguimiento, tienen más probabilidades (78%) de encontrarse bien a los tres años; mientras que la probabilidad de encontrarse en situación favorable a los tres años, estando en situación no favorable al año, sólo es de un 46%. Es decir, que los pacientes que se encontraban en situación no favorable en el seguimiento al año, puede evolucionar a una situación favorable o bien permanecer en la misma situación, con una

probabilidad del 54%, pero, en cambio, los que se encontraban en una situación favorable en el seguimiento al año, tienen una mayor probabilidad (78%) de encontrarse en la misma situación a los tres años.

Con lo cual parece que el *estado evolutivo* de una muestra de heroinómanos al año de su primera consulta, *podría predecir su estado evolutivo a los tres años*, manifestando una estabilidad de las recuperaciones obtenidas al año y una cierta tendencia a la recuperación por parte de los pacientes que al año estaban en situación desfavorable.

### 3. RESULTADOS

Formulamos algunas hipótesis sobre variables predictoras de la evolución de los adictos a la heroína y analizamos los resultados.

#### 3.1. Tiempo de permanencia en tratamiento

Los principales estudios de seguimiento y evaluación de tratamientos en toxicómanos, realizados hasta la fecha, coinciden en señalar el tiempo de permanencia en tratamientos como una de las principales variables predictoras de la evolución de un paciente.

Así, los estudios prospectivos de seguimiento de toxicómanos, basados en el programa D.A.R.P., han demostrado que, después de un mínimo de 3 meses en tratamiento, la relación entre permanencia en el mismo y resultados es lineal. Es decir, que mayor duración del tratamiento más favorables son los resultados respecto a: uso de drogas ilegales, delincuencia y empleo (33 y 34).

Por otra parte, el T.O.P.S. diferencia entre dos grandes grupos para cada modalidad de tratamiento, después de los 12 primeros meses de haberlo terminado:

- el grupo «a corto plazo»: que permanecieron 3 meses o menos.
- el grupo «a largo plazo»: que permanecieron más de 3 meses en tratamiento.

Los resultados del T.O.P.S. coinciden en general con los del D.A.R.P. Los que permanecieron más tiempo en tratamiento parecen tener resultados más positivos (18). Se detectó importante mejoría en: uso de drogas y delincuencia, en todas las modalidades.

En base a los resultados del D.A.R.P. y del T.O.P.S. formulamos la siguiente hipótesis:

**1.<sup>a</sup> Hipótesis:** *Los que permanecieron más de tres meses en tratamiento tienen muchas más probabilidades de encontrarse en situación favorable.* (Tabla IV)

En efecto, de los 33 pacientes que han permanecido más de 3 meses en tratamiento, 29 se encuentran en situación «favorable» y sólo 4 (12,1%) en situación «no favorable».

Referente al grupo de pacientes que han permanecido *menos de 3 meses* en tratamiento, 18 (60%) se encontraban en situación «no favorable» mientras que 12, (40%), se encontraban en situación «favorable».

Esta relación es estadísticamente significativa, con un valor de  $\chi^2 = 15,85$ . Valor que conlleva sólo una posibilidad de error del 1%.

Como el grupo de más de 3 meses (en tratamiento) tiene un porcentaje de resultados favorables (87,9%) superior al del grupo de menos de 3 meses (en tratamiento) (40%), se confirma la primera hipótesis.

Puesto que el seguimiento se prolonga mucho más allá de los 3 meses, podemos ampliar la 1.<sup>a</sup> hipótesis, formulando la segunda:

**2.<sup>a</sup> Hipótesis:** *Cuanto mayor es la duración del tratamiento, mayores son las probabilidades de que el paciente se encuentre en situación favorable.* (Tabla V).

A partir de la tabla IV observamos que de los 30 que permanecieron en tratamiento *menos de 9 meses*, sólo 12 (40%) se encuentran en situación «favorable». Mientras que de los 14 que estuvieron entre *3 y 8 meses* en tratamiento, 11 (78%) se encuentran en situación «favorable». Y la proporción es todavía mayor entre los que han permanecido más de *9 meses en tratamiento*: 18 de 19. Es decir, un 94%.

Esta relación es estadísticamente significativa con un valor de  $\chi^2 = 16,02$ . Valor que conlleva sólo una posibilidad de error del 5%.

Como los porcentajes de resultados favorables son progresivamente mayores, conforme aumenta el tiempo de permanencia en tratamiento, *se confirma la segunda hipótesis.*

**3.<sup>a</sup> Hipótesis:** *Referente a los adictos que han realizado un cambio de domicilio al medio rural (poco contaminado) o un programa de rehabilitación (tipo comunidad terapéutica), el tiempo de permanencia en estos tratamientos tiene relación directa con la proporción de los que se encuentran en situación favorable.*

Esta hipótesis viene corroborada por los siguientes resultados:

- a) *Cambio de domicilio al medio rural, poco contaminado. (Cambio geográfico/Colectividad rural/Familia de acogida.)*

Hemos encontrado 17 pacientes que han realizado este tipo de tratamiento, de los que 13 se encuentran en situación «favorable» y 4 en situación «no favorable». (Tabla VI).

La duración de dicho tratamiento fue:

- Entre los 13 pacientes en situación FAVORABLE:

- 2 permanecieron en tratamiento menos de 3 meses.
- 3 permanecieron en tratamiento entre 3 y 8 meses.
- 8 permanecieron en tratamiento más de 9 meses.

- Entre los 4 pacientes en situación NO FAVORABLE.

- 3 permanecieron en tratamiento menos de 3 meses.
- 1 permaneció en tratamiento más de 9 meses.

- b) *Programa de rehabilitación. (Comunidad terapéutica.)*

Hemos encontrado 18 pacientes que han realizado o están realizando este tipo de tratamiento, de los que 16 se encuentran en situación «favorable» y 2 en situación «no favorable» (Tabla VII).

La duración de dicho tratamiento fue:

- Entre los 16 pacientes en situación FAVORABLE:

- 3 permanecieron en tratamiento menos de 3 meses.
- 5 permanecieron en tratamiento entre 3 y 8 meses.
- 8 permanecieron en tratamiento más de 9 meses.

- Entre los 2 pacientes en situación NO FAVORABLE:

- 1 permaneció en tratamiento menos de 3 meses.

- 1 permaneció en tratamiento entre 3 y 8 meses.

Tenemos, por tanto, que de 29 pacientes en situación «favorable», 24 permanecieron en tratamiento durante más de tres meses, y entre éstos, hubo 16 que completaron los 9 meses de tratamiento (Tabla VIII).

### 3.2. Modalidades del tratamiento

Los límites de la situación de investigación de campo no permiten la demostración causal de un efecto específico del tratamiento, pero los datos presentados sugieren que en determinadas situaciones terapéuticas se produjeron cambios importantes, uniformes y especificables que no se produjeron en otras situaciones (de tratamiento o de no tratamiento). En este sentido, los estudios del D.A.R.P. han demostrado que el tratamiento da resultado:

«Los pacientes que sólo realizaron la primera entrevista de acogida (S.A.) o los que sólo realizaron una desintoxicación ambulatoria (D.A.) tienen unos resultados tan pobres como los que estuvieron menos de 3 meses en tratamiento.

»En cambio, las modalidades de tratamiento: mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica o tratamiento ambulatorio sin medicación, parecen ser beneficiosas. Y dan mejores resultados que los que no llegaron a entrar en tratamiento (S.A.) o los que sólo se desintoxicaron (D.A.)» (31).

Estas conclusiones a la que llega el D.A.R.P. nos permite formular las siguientes hipótesis:

**4.<sup>a</sup> Hipótesis:** *En el tratamiento del paciente heroinómano, la desintoxicación, por sí sola, no es suficiente para que la evolución del adicto sea favorable, si no se complementa con otro programa de tratamiento que atienda la rehabilitación.*

Hemos encontrado que, de un total de 20 pacientes que realizaron únicamente desintoxicación, sólo 6 se encuentran en situación «favorable» (30%), mientras que 14 pacientes se encuentran en situación «no favorable» (70%). Pero la proporción se invierte claramente en los que, además de la desintoxicación, han efectuado un cambio de domicilio al medio rural (76% de favorables); o bien, un programa de rehabilitación en comunidad terapéutica (89% favorables).

En consecuencia:

**5.<sup>a</sup> Hipótesis:** *El mayor porcentaje de pacientes en situación favorable, se detectará entre aquellas personas que han realizado un «cambio de domicilio al medio rural (poco contaminado)», o un «programa de rehabilitación en comunidad terapéutica», o bien un «programa de inserción socio-laboral».*

Si agrupamos las personas que, además de la desintoxicación, han realizado alguno de tales programas de rehabilitación-reinserción, obtenemos la Tabla X.

Estadísticamente se aprecia que existe una relación significativa entre el tratamiento realizado y la situación evolutiva a los 3 años, con un valor de  $\chi^2 = 14,86$  que tiene una probabilidad de error únicamente del 1‰.

Como el porcentaje de personas en situación favorable es mucho mayor

cuando el tratamiento es más complejo, podemos aceptar la 5.<sup>a</sup> hipótesis.

### 3.3. Relación entre estado evolutivo y ocupación laboral

Hemos valorado la posible existencia de relación entre encontrarse en situación favorable y tener trabajo.

En la tabla XI exponemos los datos obtenidos en el seguimiento, respecto de la variable *ocupación laboral*.

Es decir, que de 41 pacientes que se encontraban en situación «favorable», 27 (65%) tenían alguna ocupación laboral. Mientras que de los 22 que se encontraban en situación «no favorable», sólo 3 (13%) tenían alguna ocupación laboral.

Por tanto, lo que están en situación favorable tienen más probabilidades de tener alguna ocupación laboral que los que se encuentran en situación no favorable, con diferencia estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 15$ ), ( $P < 0,001$ ).

De hecho, la variable ocupación laboral ha sido utilizada para valorar el estado evolutivo de cada persona. Esta relación ya era esperada, por tanto, y únicamente nos reafirma en una de las variables psico-sociales, que inicialmente hemos definido.

## 4. DISCUSION DE RESULTADOS

### 4.1. Descripción de la variable «situación evolutiva»

De un total de 73 adictos a la heroína, al cabo de 3 años de su primera visita, hemos obtenido información de 63.

De estos 63 adictos, los resultados se reparten aproximadamente en 3 gru-

pos: un grupo de 22 cuya situación evolutiva no es favorable y otros 2 grupos (en total 41 personas), cuya situación es favorable. La información la hemos considerado fiable en 20 casos y poco fiable en los restantes 21.

### 4.2. Fluctuación de la variable «situación evolutiva».

Al cabo de 3 años de su primera visita, algunos pacientes todavía no se encuentran en una situación evolutiva estabilizada: algunos se encuentran aun en tratamiento, internados en una comunidad terapéutica; y otros, que realizaron un cambio geográfico al medio rural, no ha retornado al medio urbano del que procedían. De todos modos, consideramos estos resultados mucho más estables que los del seguimiento al año, y en el transcurso de los años posteriores ya no prevemos tantas modificaciones.

### 4.3. Ingresados en prisión

Al efectuar el seguimiento, encontramos que, entre los 63 adictos sobre los que tenemos información, 4 estaban en prisión.

### 4.4. Ingresados en Comunidad Terapéutica

Diez pacientes estaban ingresados en una comunidad terapéutica al efectuar el seguimiento. Representa un 15,85% de los que tenemos información.

### 4.5. Mortalidad

Uno de los 63 adictos, de los que tenemos información, falleció por una complicación cardio-respiratoria. Representa un 1,57%, a los 3 años. Proporción inferior a la descrita por otros autores (41, 46).

#### 4.6. Localización

Se ha conseguido localizar y obtener información del 86,3% de adictos de la muestra, lo que representa una mayor proporción que en el seguimiento al año, en el que sólo se localizó el 73%. Este resultado es paradójico ya que, con el paso del tiempo, la localización tendría que ser más dificultosa. Consideramos que un perfeccionamiento y una mayor tenacidad en el método de localización, pueden haber operado este resultado.

#### 5. CONCLUSIONES

En la interpretación de estos resultados debe tenerse presente que se trata del grupo de pacientes a los que atendimos por primera vez, el segundo semestre de 1981, con las características descritas en el apartado 2.3. El estudio es, pues, de observación y no pretendemos dar interpretación causal a los resultados.

Además, el concepto de «situación evolutiva favorable» no debe confundirse con que el adicto esté recuperado; se refiere a su estado, durante el mes anterior al seguimiento y es un resultado todavía fluctuante. De hecho, algunos pacientes se encuentran todavía en tratamiento, otros pueden reemprenderlo en un futuro, etc.

Aun con todo, partiendo de las diversas hipótesis que hemos formulado, de acuerdo con otros estudios de seguimiento y apoyándonos en las elevadas significaciones estadísticas obtenidas, apuntamos las siguientes conclusiones:

5.1. Los adictos que permanecieron más de tres meses en tratamiento tienen muchas probabilidades

de encontrarse en situación favorable, al efectuar el seguimiento.

5.2. Cuanto mayor es la duración del tratamiento, mayores son las probabilidades de encontrarse en situación favorable.

5.3. Referente a los adictos que han realizado un cambio de domicilio al medio rural (poco contaminado) o un programa de rehabilitación (tipo comunidad terapéutica), el tiempo de permanencia, en estos tratamientos, tiene relación directa con la proporción de los que se encuentran en situación favorable.

5.4. La desintoxicación, por sí sola, no es suficiente para que la evolución del adicto sea favorable, si no se complementa con otro programa de tratamiento que atienda la rehabilitación.

5.5. El mayor porcentaje de adictos en situación favorable se detecta entre aquellos pacientes que han realizado: un cambio de domicilio al medio rural, poco contaminado; un programa de rehabilitación en comunidad terapéutica o un programa de reinserción socio-laboral.

5.6. Los adictos que se encuentran en situación favorable, tienen más probabilidades de tener algún trabajo que los que se encuentran en situación no favorable.

73

#### NOTA FINAL

Aunque los pacientes que integran esta muestra acudieron inicialmente a nuestro Centro, las diversas modalidades de tratamiento que han realizado, se han desarrollado en distintos Cen-

tros de la red asistencial (dependientes de diversas Instituciones). Este hecho espontáneo, permite que los resultados sean más objetivos y, probablemente, refuerza la validez de las conclusiones obtenidas.

#### AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el trabajo de localización y entrevistas de seguimiento, realizados por la Srta. Angela SALMERON ABAD, Sra. Montserrat TOHA, Sra. Silvia MUZELLE VALDIVIA. Agradecemos también la colaboración de la Srta. Mari-bel SERRA CANADELL.

Asimismo, agradecemos su colaboración a los compañeros del S.P.O.T.T. (Diputación de Barcelona) y a los enfermos y familiares que han contribuido, directamente, a que este estudio se haya podido realizar.

- 6 Programa de deshabituación-rehabilitación. (Centro de día/Comunidad terapéutica).
- 7 Programa de reinserción socio-laboral. (En ambulatorio o centro de día/Hogar protegido/Taller protegido).

#### DURACION DE DICHO TRATAMIENTO

- 0 Lo abandonó a los pocos días.
- 1 Menos de 3 meses.
- 2 Completó los 3 meses.
- 3 Menos de 9 meses.
- 4 Completó los 9 meses.

#### INCIDENCIAS DESDE EL INICIO DEL TRATAMIENTO (RECOGIDAS AL EFECTUAR EL TRATAMIENTO)

- 0 No llegó a iniciar este tratamiento.
- 1 Inició este tratamiento (una o varias veces), pero lo ha interrumpido.
- 2 Sigue realizando este tratamiento.
- 3 Ha completado este tratamiento pero recayó.
- 4 Ha completado este tratamiento pero no está recuperado todavía.
- 5 Recuperado de su drogodependencia pero no se ha reinsertado todavía.
- 6 Recuperado y reinsertado pero no sigue vinculado a un Centro de tratamiento.
- 7 Recuperado y reinsertado y sigue vinculado a un Centro de tratamiento.

## ANEXO I

### TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO

(Señalar únicamente el más avanzado y más reciente)

- 0 No lo hemos asistido personalmente. Sólo hemos informado a familiares o allegados suyos.
- 1 Información dada al propio enfermo (máximo, dos entrevistas).
- 2 Orientación/Preparación.
- 3 Desintoxicación.
- 4 Cambio de domicilio, al medio rural, poco contaminado. (Cambio geográfico/Colectividad rural/Familia de acogida).
- 5 Programa de abstinencia en régimen ambulatorio. (Con análisis de orina frecuente) (mínimo 1 por semana).

**Tabla I. Situación evolutiva al efectuar el seguimiento al año y a los 3 años.**

|                       |  | Situación evolutiva       |                                 |                                      |                    |
|-----------------------|--|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| Seguimiento<br>1 año  |  | Favorable (F)<br>27 (37%) | No Favorable (NF)<br>26 (36%)   | Falta Información (FI)<br>20 (27%)   | Total<br>73 (100%) |
|                       |  | Información               |                                 |                                      |                    |
|                       |  | Fiable                    | No fiable                       |                                      |                    |
|                       |  | 14 (19%)                  | 13 (18%)                        |                                      |                    |
| Seguimiento<br>3 años |  | Favorable (F)<br>41 (56%) | No Favorable (NF)<br>22 (30,3%) | Falta Información (FI)<br>10 (13,7%) | Total<br>73 (100%) |
|                       |  | Información               |                                 |                                      |                    |
|                       |  | Fiable                    | No fiable                       |                                      |                    |
|                       |  | 20 (27,3%)                | 21 (28,7%)                      |                                      |                    |

**Tabla II. Comparación de los datos obtenidos en ambos estudios de seguimiento (al año y a los 3 años)**

| 1 año                     | 3 años | Favorables (3) | No Favorables (3) | Falta Información (3) | Total            |
|---------------------------|--------|----------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| Favorables (1) . . . . .  |        | 21 (78%)       | 6 (22%)           | 0                     | 27 (100%)<br>37% |
| No Favorables (1) . . . . |        | 10 (38%)       | 12 (46%)          | 4 (16%)               | 26 (100%)<br>36% |
| Falta información (1) . . |        | 10 (50%)       | 4 (20%)           | 6 (30%)               | 20 (100%)<br>27% |
| Total . . . . .           |        | 41<br>56%      | 22<br>30,3%       | 10<br>13,7%           | 73<br>100%       |

75

**Tabla III. Datos del seguimiento al año y a los 3 años de las personas de las cuales tenemos información (únicamente). (Corresponde a una visión parcial de la Tabla II, de la que omitimos los datos de los que no tenemos información).**

| 1 año                       | 3 años | Favorables (3) | No Favorables (3) | Total     |
|-----------------------------|--------|----------------|-------------------|-----------|
| Favorables (1) . . . . .    |        | 21 (78%)       | 6 (22%)           | 27 (100%) |
| No Favorables (1) . . . . . |        | 10 (46%)       | 12 (54%)          | 22 (100%) |
| Total . . . . .             |        | 31             | 18                | 49        |

**Tabla IV. Relación entre el tiempo de permanencia en tratamiento y la situación evolutiva, al efectuar el seguimiento a los 3 años.**

|                                  |                  | Situación favorable |              |           |
|----------------------------------|------------------|---------------------|--------------|-----------|
|                                  |                  | Favorable           | No favorable | Total     |
| Permanencia<br>en<br>tratamiento | Menos de 3 meses | 12 (40%)            | 18 (60%)     | 30 (100%) |
|                                  | Más de 3         | 29 (87,9%)          | 4 (12%)      | 33 (100%) |
|                                  | Total            | 41                  | 22           | 63        |

**Tabla V. Es la misma tabla IV, pero dividiendo el grupo de los que han permanecido más de 3 meses en tratamiento en dos subgrupos: los que están entre 3 y 8 meses y los que han estado más de 9 meses en tratamiento.**

|                                  |                   | Situación evolutiva |              |           |
|----------------------------------|-------------------|---------------------|--------------|-----------|
|                                  |                   | Favorable           | No favorable | Total     |
| Permanencia<br>en<br>tratamiento | Menos de 3 meses  | 12 (40%)            | 18           | 30 (100%) |
|                                  | Entre 3 y 8 meses | 11 (78%)            | 3            | 14 (100%) |
|                                  | 9 meses o más     | 18 (94%)            | 1            | 19 (100%) |
|                                  | Total             | 41                  | 22           | 63        |

76

**Tabla VI. Distribución de los adictos que han realizado un cambio de domicilio, al medio rural, como recurso rehabilitador.**

|                                  |                   | Favorable | No favorable | 17 |
|----------------------------------|-------------------|-----------|--------------|----|
| Permanencia<br>en<br>tratamiento | Menos de 3 meses  | 2         | 3            |    |
|                                  | Entre 3 y 8 meses | 3         | —            |    |
|                                  | 9 meses o más     | 8         | 1            |    |
|                                  | Total             | 13        | 4            |    |

**Tabla VII. Distribución de los adictos que han realizado un programa de rehabilitación en comunidad terapéutica.**

|                                  |                   | Favorable | No favorable | 18 |
|----------------------------------|-------------------|-----------|--------------|----|
| Permanencia<br>en<br>tratamiento | Menos de 3 meses  | 3         | 1            |    |
|                                  | Entre 3 y 8 meses | 5         | 1            |    |
|                                  | 9 meses o más     | 8         | —            |    |
|                                  | Total             | 16        | 2            |    |

**Tabla VIII. Distribución de los que se encuentran en situación favorable y han realizado un cambio de domicilio (al medio rural) o comunidad terapéutica.**

|                            |                   | Situación favorable |                       |         |    |
|----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|---------|----|
|                            |                   | Cambio domicilio    | Comunidad terapéutica | Totales |    |
| Permanencia en tratamiento | Menos de 3 meses  | 2                   | 3                     | 5       | 24 |
|                            | Entre 3 y 8 meses | 3                   | 5                     | 8       |    |
|                            | 9 meses o más     | 8                   | 8                     | 16      |    |
|                            |                   | 13                  | 16                    | 29      |    |

**Tabla IX. Situación evolutiva, según el programa de tratamiento realizado.**

|   | Situación evolutiva |              |           |
|---|---------------------|--------------|-----------|
|   | Favorable           | No favorable | Total     |
| Diagnóstico y preparación al tratamiento .....                            | 2 (100%)            | 0            | 2 (100%)  |
| Sólo desintoxicación .....  | 6 (30%)             | 14 (70%)     | 20 (100%) |
| Programa de abstinencia, ambulatorio .....                                | 2 (50%)             | 2 (50%)      | 4 (100%)  |
| Cambio de domicilio al medio rural (como recurso de rehabilitación) ..... | 12 (76%)            | 4 (24%)      | 17 (100%) |
| Programa de rehabilitación en C.T. ....                                   | 16 (89%)            | 2 (11%)      | 18 (100%) |
| Programa de reinserción socio-laboral .....                               | 2 (100%)            | 0            | 2 (100%)  |

77

**Tabla X. Situación evolutiva según el tratamiento realizado (Equivale a la tabla IX, resumida).**

|                               |  | Favorable | No favorable | Total     |
|-------------------------------|--|-----------|--------------|-----------|
| Tipo de tratamiento realizado | Exclusivamente DESINTOXICACION                       | 6 (30%)   | 14 (70%)     | 20 (100%) |
|                               | Programa de rehabilitación además de desintoxicación | 33 (80%)  | 8 (19,5%)    | 41 (100%) |
|                               |  | 39        | 22           | 61        |

**Tabla XI. Comparación entre ocupación laboral y situación evolutiva, al efectuar el seguimiento a los 3 años.**

|                    | Ocupación laboral | No ocupación laboral | Desconocido | Total     |
|--------------------|-------------------|----------------------|-------------|-----------|
| Favorable .....    | 27 (65%)          | 13 (31%)             | 1 (4%)      | 41 (100%) |
| No favorable ..... | 3 (13%)           | 17 (77%)             | 2 (10%)     | 22 (100%) |
| Total .....        | 30                | 30                   | 3           | 63        |

BIBLIOGRAFIA

78

- (1) ARIF, A.: **Policy design, programme planning and the sociocultural perspective.** *En: Drug problems in the sociocultural context. chapter 8.* EDITED BY G. EDWARDS & A. ARIF. PUBLIC HEALTH PAPERS, NB 73, W.H.O. GENEVA, 1980.
- (2) BALE, R. N.: **The validity and reliability of self-reported data from heroin addicts: Mailed questionnaires compared with face-to-face interviews** *Int. J. Addicts.* VOL. 14, N.º 7, PAGES (1993-1999), 1979
- (3) BARBARIN, O. A.: **Recidivism in drug addiction; A behavioral analysis.** *Addict Behav.* VOL. 4, N.º 2, PAGES (171-174), 1979
- (4) BURT, M. R.; BROWN, B. S.; DU PONT, R. L.: **Follow-up of former clients of large multimodality drug treatment program.** *Int. J. Addict.* VOL. 11, N.º 3, PAGES (397-406), 1980
- (5) CRAIG, R. J.: **Locating drug addicts who have dropped out of treatment.** *Hosp. Community Psychiatry.* VOL. 30, N.º 6, PAGES (402-404), 1979
- (6) DE ANGELIS, G. G.; McCASLIN, F. C.; Y. UNGERLEIDER, J. T.: **Drug use and employment patterns before and during treatment** *Int. J. of Addict.* VOL. 15, N.º 8, PAGES (1185-1205), 1979
- (7) DE LEON, G.; ANDREWS, M. WEXLER, H. ET AL.: **Therapeutic community dropouts: criminal behavior five years after treatment.** *Am J. Drug Alcohol Abuse.* VOL. 5, PAGES (253-271), 1979
- (8) DESJARLAIS, D. C.: **Evaluation reseach paradigms and drug abuse treatment evaluation.** *Psychodelic Drugs.* VOL. 10, N.º 1, PAGES (51-59), 1978
- (9) DOLE, V. P. Y. NYSWANDER, M. E.: **Methadone Maintenance Treatment. A ten-year perspective.** *Jama.* VOL. 235, N.º 19, PAGES (2117-2119), 1976
- (10) DOLE, V.; SINGER, B.: **On the evaluation of treatments for narcotic addiction** *J. Drug Issues.* VOL. 9, PAGES (105-111), 1974
- (11) DOLE, V.; NYSWANDER, M. E.; DESJARLAIS, D. Y. JOSEPH, H.: **Performance-based ratings of methadone maintenance programs.** *Acta Psychiat. Scand.* VOL. 300, N.º 3, PAGES (170-174), 1982  
*The New England Journal of Medicine* (USA)
- (12) DOYLE, K. M.; QUIÑONES, M. A. Y. LOURIA, D.B.: **Treating the drug abuser** *Public Health Rev.* VOL. X, N.º 1, PAGES (77-98), 1982
- (13) FRYKHOLM, B.: **Termination of the drug career. An interview study of 58 exadictos.** *Acta Psychiat. Scand.* VOL. 53, PAGES (570-580), 1979
- (14) GUARDIA, J.; GONZALEZ, S.: **Estudio de seguimiento (un año) de adictos a la heroína.** *Rev. Dpto. Psiquiatría.* VOL. 10, N.º 6, PAGES (557-581), 1983
- (15) GUARDIA, J.; MATEOS, M. L.: **Todo sobre la drogadicción.** *Rev. Dpto. Psiquiatría* FAC. MED. BARNA. VOL. 10, N.º 5, PAGES (277-308), 1983
- (16) GUARDIA, J.: **Todo sobre la drogadicción.** *I BIJABO EDUCIÓNS BARCELONA*, 1985
- (17) HOCHHAUSER, M.: **Bias in drug abuse survey research.** *Int. J. Addict.* VOL. 14, N.º 5, PAGES (675-687), 1979
- (18) HUBBARD, R. L.; RACHAL, J. V.; CRADDOCK, S. G. Y. CAVANAUGH, E. R.: **Treatment outcome prospective study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during and after treatment.** *En: Tims, F. J.; Ludorf, J. P. (ed). Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects.* NIDA RESEARCH MONOGRAPH 51, PAGES (842-88) MARYLAND, 1984.
- (19) HUBBARD, R. L.; ALLISON, M.; BRAY, R. M.; CRADDOCK, S. G. Y. RACHAL, J. V.: **An overview of client characteristics treatment services, and during treatment outcomes for outpatient methadone clinics in the treatment outcome prospective study (TOPS).** *En: Cooper, J. R. (ed). Research of them treatment of narcotic addiction state of the art.* NIDA PAGES (111-151) MARY AND, 1983
- (20) KOSTEN, T. R.; ROUNSAVILLE, B. J. Y. KLEBER, M. D.: **Concurrent validity of the addiction severity index.** *J. Nerv. Ment. Dis.* PAGES (636-640), 1989
- (21) KRUEGER, D.W.: **Stressful life events and return to heroin use.** *J. Human Stress.* VOL. 7, N.º 2, PAGES (3-8), 1981
- (22) MARSH, J. C.: **The goal oriented approach to evaluation critique and case study from drug abuse treatment. Evaluation 2. Program Planning.** VOL. 1, N.º 1, PAGES (41-79), 1978
- (23) McCASLIN, F. C. ERSHOFF, E.: **A critique of project evaluations.** *Int. J. Addict.* VOL. 13, N.º 8, PAGES (1263-1264), 1979
- (24) McLELLAN, A. T. Y. DRULEY, K. A.: **Responsiveness to treatment in court-referred versus voluntary drug abuse patient.** *Hosp. Community Psychiatry.* VOL. 28, PAGES (236-241), 1977.
- (25) McLELLAN, A. T.; LUBORSKY, L.; WOODY, G. E. Y. O'BRIEN, CH. P.: **An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index.** *J. Nerv. Ment. Dis.* VOL. 166, N.º 1, PAGES (26-33), 1980
- (26) McLELLAN, A. T.; LUBORSKY, L.; O'BRIEN, CH. P.; WOODY, G. E. Y. DRULEY, K. A.: **Is treatment for substance abuse effective.** *Jama.* VOL. 277, N.º 10, PAGES (1423-1428), 1982
- (27) McLELLAN, A. T.; LUBORSKY, L.; WOODY, G. E.; O'BRIEN, CH. P. Y. DRULEY, K. A.: **Predicting response to alcohol and drug abuse treatments (Role of Psychiatric severity).** *Arch. Gen. Psychiatry.* VOL. 40, PAGES (620-624) JUNE, 1985
- (28) O.M.S.: **Evolución de los programas de salud. Normas fundamentales. Serie: Salud para todos, n.º 6.** ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA, 1981.

- (29) PANYARD, C.; WOLF, K. Y. DREACHSLIN, J.  
**Source of referral as an indicator of motivational factors and treatment outcome with drug-dependent clients.**  
*Int. J. Addict.*  
VOL. 14, N.º 5, PAGES (645-656) 1979
- (30) SELLS, S. B. Y SIMPSON, D. D.  
**On the effectiveness for drug abuse: Evidence from the DARP research programme in the United States.**  
*Bull. Narc.*  
VOL. 51, N.º 1, PAGES (1-11) 1979
- (31) SELLS, S. B. Y SIMPSON, D. D.  
**The case for drug abuse treatment effectiveness based on the DARP research program.**  
*Br. J. Addict.*  
VOL. 75, N.º 2, PAGES (117-131) 1980
- (32) SIGUEL, E. N.; SPILLANE, W. N.  
**The effect of the prior treatment of treatment success.**  
*Int. J. Addict.*  
VOL. 13, N.º 8, PAGES (697-806) 1978
- (33) SIMPSON, D. D.  
**The relation of time in drug abuse treatment to posttreatment outcomes.**  
*Am. J. Psychiatry.*  
VOL. 135, PAGES (1449-1453) 1979
- (34) SIMPSON, D. D.; SAVAGE, L. J. Y LLOYD, M. R.  
**Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972.**  
*Arch. Gen. Psychiat.*  
VOL. 30, N.º 7, PAGES (772-780) 1979
- (35) SIMPSON, D. D. Y SAVAGE, L. J.  
**Drug abuse treatment readmissions and outcomes. Three year follow-up of DARP patients.**  
*Arch. Gen. Psychiat.*  
VOL. 37, N.º 6, PAGES (896-901) 1980
- (36) SIMPSON, D. D. Y LLOYD, M. R.  
**Alcohol use by opioid addicts during a four year follow-up after drug abuse treatment.**  
*J. Stud. Alcohol.*  
VOL. 12, PAGE (335) 1981
- (37) SIMPSON, D. D.  
**Treatment for drug abuse. Follow-up outcomes and length of time spent.**  
*Arch. Gen. Psychiat.*  
VOL. 35, PAGES (875-880) 1981
- (38) SIMPSON, D. D. JOE, G. W. Y BRACY, S. A.  
**Six year follow-up of opioid addicts after admission to treatment.**  
*Arch. Gen. Psychiat.*  
VOL. 39, PAGES (1318-1323) 1982
- (39) SOLER, P. A. Y FREIXA, F.  
**Toxicomanias, un enfoque multidisciplinario.**  
LD. FONTANELLA BARCELONA 1981
- (40) STEER, R. A.  
**Differences in heroin addicts seeking inpatient detoxification, ambulatory detoxification or methadone maintenance.**  
*Drug Alcohol Depend.*  
VOL. 4, PAGES (339-506) 1979.
- (41) VAILLANT, G. E.  
**A 20 year follow-up of New York narcotic addicts.**  
*Arch. Gen. Psychiatry.*  
VOL. 29, PAGES (237-241) 1973
- (42) VAILLANT, G. E.  
**Outcome research in narcotic addiction: Problems and perspectives.**  
*Am. J. Drug Alcohol Abuse.*  
VOL. 1, PAGES (25-36) 1971
- (43) WALDORF, D. Y BIER-ACKI, P.  
**The natural recovery from opiate addiction: Some preliminary findings.**  
*J. Drug. Issues.*  
VOL. 1, PAGES (617-6) 1971
- (44) WILLE, R.  
**Preliminary communication: Cessation of opiate dependence: Processes involved in achieving abstinence.**  
*Br. J. of Addict.*  
VOL. 72, N.º 1, PAGES (381-8) 1978
- (45) WILLE, R.  
**Natural processes of recovery among heroin users. Drug problems in the sociocultural context.**  
*En: Edwards, G; Arif, G. (eds). W.H.O. CHAPITRE 7, PAGES (103-119) PUBLIC HEALTH PAPERS, N.º 73, W.H.O. GENÈVE 1980*
- (46) WILLE, R.  
**Ten year follow-up of a representative sample of London heroin addicts: Clinic attendance, abstinence and mortality.**  
*British Journal of Addictions.*  
VOL. 76, PAGES (293-306) 1981
- (47) WITTING, J. P.  
**Employing the recovered drug abusers-viable?**  
*Personnel*  
VOL. 56, N.º 3, PAGES (16-65) 1979



# Documentación



Pedro Oñate

# Prevención educacional de las toxicomanías: Criterios básicos\*

## INTRODUCCION.-

**E**L *Plan Nacional sobre Drogas* está a punto de alcanzar el final de su primer periodo de vigencia. Pese a ello, todavía se echa en falta una política que aborde la problemática de las toxicomanías, tanto desde el punto de vista de la limitación de la oferta de sustancias tóxicas como de la disminución de su demanda, desde un *marco compartido* por las diferentes instancias implicadas.

Probablemente, la principal crítica que en su momento pudo hacerse al Plan fue la de que parecía confundir «unidad de acción» con mera «suma de iniciativas». El desarrollo de los programas previstos —el reducido número de ellos que han tenido desarrollo— no ha hecho sino confirmar aquella impresión.

Y, sin embargo, *la unidad de acción* —compatible con la pluralidad de orígenes y de direcciones— *sigue representando la condición más importante de eficacia.*

Pero la unidad de acción supone un *conjunto mínimo de criterios comparti-*

*dos*, a cuyo diseño debiera dedicarse la máxima atención por parte de todos los colectivos comprometidos en la cuestión.

Las páginas que siguen, referidas en concreto al área de la prevención educacional, pretenden ser una aportación a ese objetivo.

83

## 1. LA PREVENCIÓN

Nadie discute ya que, en la atención a cualesquiera problemas de orden personal o social, la prevención reclama el máximo interés. Con referencia a la problemática a la que este documento se refiere, la prevención recibe de hecho los máximos elogios, pero son los programas y actuaciones relativos a asistencia, rehabilitación y reinserción social los que acaparan el tiempo y los recursos de los equipos responsables.

Es imprescindible hacer realidad el lugar prioritario que, en teoría, todos reconocen a la prevención, sin que ello signifique una compartimentación —ni siquiera una periodización rígidamente sucesiva— de las distintas fases en que acostumbra a dividirse la atención al problema de las toxicomanías, fases que son solidarias entre sí y suponen una programación coherente y complementaria: prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social.

(\*) El presente trabajo fue encargado en su día al autor por los responsables del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid. Agradecemos a los mismos su permiso para reproducirlo en las páginas de COMUNIDAD Y DROGAS.

2.2 Aunque la interdependencia de las áreas implicadas obligue a alertar respecto a riesgos de reduccionismo que conducen frecuentemente a la ineficacia, no es ese el único peligro. La complejidad de la cuestión —tanto por lo que respecta a sus motivaciones como en cuanto a su desarrollo y consecuencias— lleva muchas veces a una divagación estéril que improvisa iniciativas dispersas, sin el rigor mínimo en el planteamiento, sin la suficiente continuidad en el desarrollo y sin posibilidad de evaluación razonable de resultados. Repetidamente, la competencia y el rigor se han visto sustituidos, en la lucha contra las toxicomanías, por un voluntarismo cuya tenacidad y empeño no logran hacer falsa la denuncia de frivolidad, de derroche de recursos, y aun de promoción de efectos contrapreventivos imposible de apreciar en el contexto de condiciones que presiden la actividad preventiva así planteada.

Si es equivocado, pues, el reduccionismo que mutila la real complejidad del problema, no lo es menos la pretensión de asumir esa complejidad sin la mínima estructuración. Por todo ello, es muy recomendable —y no pocas veces imprescindible— que la acción preventiva adopte la forma de programa, con diseños flexibles, pero siempre presididos por la intención de rigor, y seguidos de la redacción de los informes correspondientes.

*III Criterio:* La prevención inespecífica debe preferentemente —y en ocasiones inevitablemente— *adoptar la forma de programas integrales*, que pretenden abordar la problemática de las toxicomanías desde su propia complejidad, sin eliminar 'a priori' áreas o facto-

res, pero sin confundir pluralidad e interacción de dimensiones con mera acumulación desordenada de medidas.

2.3. La palabra «inespecífica», referida a la prevención, puede producir equívocos. Por una parte, cuenta con la ventaja de abarcar el amplísimo campo de programas y actividades que no tocan directamente el síntoma, sino que se orientan a la modificación de las condiciones que lo hacen posible. Desde ese punto de vista, es el tipo de prevención de mayores consecuencias y el más digno de patrocinio. Pero de otro lado, es fácil pretender que tal término acoja, en su imprecisión, iniciativas escasamente definidas, proyectos que no alcanzan los mínimos de rigor en su planificación. Nunca se insistirá bastante en que la prevención inespecífica de las toxicomanías lo es en tanto que no afronta específicamente el síntoma determinado, pero en modo alguno porque se plantee confusamente o porque pretenda objetivos imprecisos o necesariamente globales. Los programas en que debe materializarse su planificación son programas específicos, tan específicos como puedan ser las condiciones que en un grupo específico de población están impulsando al consumo abusivo de sustancias tóxicas.

A la altura de nuestros días, sería simplemente un ignorante quien acusara de «divagación» al promotor de una política de saneamiento de aguas cuando de lo que se trata es de prevenir el tifus. Que un factor no sea causa específica de un efecto determinado en modo alguno justifica que se lo afronte inespecíficamente. El riesgo de dispersión ineficaz sólo puede obviarse diseñando programas dotados del mayor grado de determinación y otorgando la mayor especificidad posible a los diferentes pasos del programa.

Algo semejante ocurre en relación con las dos orientaciones que puede revestir la prevención: específica o inespecífica. La prevención específica se refiere concretamente a las toxicomanías, buscando sea el modo de disminuir la oferta de «sustancias que dañan la salud individual y colectiva, provocan procesos de marginación social, deterioran la seguridad ciudadana y vulneran la autonomía del individuo» (Plan Nacional), bien el modo de disminuir la demanda de las mismas. La prevención inespecífica, por su parte, considera el abuso de aquellas sustancias como un mero síntoma, entre otros de menor, igual o mayor gravedad (delincuencia, huidas prematuras del hogar familiar, violencia, prostitución adolescente, suicidios, etc. etc.) que responden a motivaciones básicas muchas veces comunes y que son con frecuencia intercambiables y complementarios. Por ello atiende precisamente a estas motivaciones básicas, que tienen que ver con factores individuales y con condiciones sociales deficientes en mayor o menor grado.

Pues bien, lógicamente, es la prevención inespecífica la que concentra los mayores aplausos y los mejores propósitos, pero sólo la específica suele conseguir financiación.

*I Criterio:* Es imprescindible hacer realidad en dedicación y recursos la convicción universalmente compartida que otorga la *máxima importancia a la prevención* respecto a otros modos de atención al problema de las toxicomanías y que reconoce *mayor significación a las medidas preventivas de tipo general* que a las medidas específicas dirigidas inmediatamente a la eliminación o re-

ducción del síntoma que aquel problema materializa.

## 2. LA PREVENCIÓN INESPECÍFICA

2.1. Es admitida por todos la interdependencia de las distintas dimensiones que configuran el problema de las toxicomanías, y se ha evidenciado hasta la saciedad que es un engaño tan fácil como inútil pretender ignorar aquella complejidad bajo el pretexto de asegurar «programas viables». Áreas como la que cae bajo responsabilidad directa de la Justicia (situación de cárceles y de instituciones de menores, por ejemplo), de la Sanidad (deshumanización de la medicina ambulatoria, por ejemplo), de Educación (fracaso escolar, educación marginadora, por ejemplo), de áreas sociales (paro juvenil, «tercera edad» con años y responsabilidades familiares de «segunda edad»...), de Juventud y Cultura (asociacionismo, tiempo libre...), etc., componen el terreno en el que hunden sus raíces una pluralidad de síntomas mutuamente solidarios. Seleccionar arbitrariamente un área ignorando las interdependencias, condena frecuentemente a la ineficacia. Cosa distinta es el estudio ponderado de la situación y la determinación de prioridades, que otorga a cada dimensión su grado y su momento.

*II Criterio:* Debe concederse la *máxima atención a planteamientos integradores*, que abordan la totalidad de los factores detectados como deficientes en un grupo social de alto riesgo, y que definen prioridades sin ignorar las decisivas interdependencias entre unas y otras dimensiones.

*IV Criterio:* La elaboración de los programas de prevención inespecífica de las toxicomanías reclama una especial atención al diseño y realización de cada una de sus fases, buscando la máxima especificidad que haga, de aquéllos, programas específicos, con el mayor grado posible de determinación: desde la selección del grupo de población al que van dirigidos, hasta el diseño de objetivos, la elección de métodos, las estrategias de su aplicación, la evaluación de resultados y la revisión del programa expresada en el informe correspondiente.

2.4. La mayor parte de los programas que alcanzan algún grado de publicidad son programas de investigación, y sus autores son investigadores que colocan, lógicamente, muy alto el listón de condiciones del programa, tanto por lo que respecta a la recopilación previa de datos (estudios epidemiológicos, encuestas sociológicas, etc.) y su tratamiento, como al rigor en el resto de pasos, particularmente en el referente a los métodos de evaluación y a la obsesiva búsqueda de cuantificación. Todo ello es imprescindible en los programas de investigación, al menos como pretensión, pero no lo es en igual medida en los programas de prevención, especialmente en los de prevención inespecífica, cuya única contraindicación conocida —aunque en manera alguna despreciable— es el despilfarro de recursos, a diferencia de la prevención específica, que mal planteada o mal desarrollada puede conducir fácilmente a consecuencias contrapreventivas.

La desmedida exigencia de requisitos para programas de prevención lle-

va fácilmente al desánimo de los responsables, que perciben a diario el abismo existente entre las condiciones reales y las condiciones experimentales que se describen en los informes de investigación. El resultado suele ser el abandono de cualesquiera requisitos y hasta la renuncia a la estructuración de la acción preventiva en programas dotados del mínimo rigor, derivando a actividades dispersas sin garantía en sus resultados. Supuesta la importancia de la investigación —una de las más importantes actividades de prevención que puedan promoverse— la mayor urgencia está ligada, sin embargo, a programas de acción generalizables y serios.

*V Criterio:* En relación con la prevención de las toxicomanías, es preciso *diferenciar los programas de investigación y los programas de prevención*. Promover los primeros, debe ser uno de los objetivos prioritarios de cualquier política que pretenda abordar el problema de las toxicomanías, pero no son los investigadores quienes deben imponer los requisitos de la acción preventiva 'normal', y los programas que la organizan, sino los profesionales comprometidos en la misma, por más que éstos hayan de tener muy en cuenta los resultados de la investigación (no precisamente los diseños metodológicos de ésta).

2.5. El valor específico de los programas integrales de prevención inespecífica de las toxicomanías debe surgir, en primer lugar, de la adecuada selección de áreas de atención prioritaria y de sectores de población de más alto riesgo. Sólo estudiando el conjunto de las condiciones socioculturales puede

ponerse de relieve la importancia relativa de unos u otros déficits así como el riesgo relativo de los diferentes grupos de población, todo ello preciso para la oportuna selección y gradación de prioridades.

El estudio indicado no requiere el diseño previo de instrumentos sociológicos especializados, bastando normalmente con el aprovechamiento inteligente de los datos disponibles y de las informaciones que pueden obtenerse de las fuentes habituales y de las metodologías más usuales. El supuesto que respalda esta flexibilidad de requisitos es el de la competencia de los responsables de la programación. Una competencia profesional, por descontado, que no puede ser sustituida por el voluntarismo más empeñoso.

Dado el carácter multidimensional que ha de caracterizar a los programas integrales, su elaboración sólo puede ser abordada por equipos multiprofesionales, cada uno de cuyos miembros aporta su propia competencia y es consciente de su nivel de incompetencia en las dimensiones que le son ajenas.

*VI Criterio:* Sólo equipos multiprofesionales de adecuado nivel de competencia pueden abordar la adecuada detección y selección de áreas y núcleos de población de alto riesgo, sin necesidad de los métodos sofisticados propios de programas de investigación, así como la correspondiente elaboración de programas integrales de prevención inespecífica.

2.6. El carácter integral —pluralidad en unidad— de los programas es im-

prescindible si se quiere que respondan a la complejidad del fenómeno, por un lado, y a la unidad de la persona —sujeto en riesgo de toxicomanía—, por otro. La índole social del problema no debe hacernos olvidar en ningún momento que hablamos de conductas de personas, de modo que habremos de movernos, en todo caso, en el equilibrio entre globalidad y concreción. Este equilibrio exigirá la elaboración de subprogramas que afronten áreas más específicas o factores más determinados dentro de un área. Subprogramas diseñados en el contexto del programa integral, de forma que quede asegurada su pertinencia y mutua complementariedad, pero subrayando una progresiva concreción, fruto de la selección de prioridades realizada. Subprogramas más y más determinados en sus diferentes pasos, tanto en cuanto a dimensiones de vida personal y social que pretenden tocar, como a sectores de población a los que toman como referencia, a objetivos que se intentan perseguir y métodos que se van a utilizar. Pero todo ello contextualizado en el programa integral, marco que impide que el árbol no deje ver el bosque, con el consiguiente riesgo de pérdida de orientación.

*VII Criterio:* Los programas integrales de prevención inespecífica de las toxicomanías se componen de *subprogramas en progresivo grado de especificidad*, de acuerdo con la selección y gradación de prioridades realizada, pero en todo caso referidos al programa global que les da sentido y complementariedad.

2.7. El diseño de objetivos es un resultado de las prioridades detectadas y se desarrolla en dos dimensiones fun-

damentales, sea cualquiera el área de referencia: 1) Un eje temporal, de objetivos a corto, medio y largo plazo. Son muy frecuentes los desánimos debidos a la falta de esta planificación o a la ausencia de realismo en la periodización programada. En el ámbito de la prevención, los objetivos básicos siempre apuntan a largo plazo, y sólo objetivos limitados y modestos pueden programarse a medio y corto plazo. 2) La segunda dimensión es de orden cualitativo. Se trata, por una parte, de detectar y afrontar las condiciones que en las áreas seleccionadas favorecen la aparición de síntomas como la toxicomanía, condiciones que fomentan la marginación y las conductas auto y hetero-destructivas. Por otra parte, se trata de promover de manera sistemática las condiciones que aseguran el mejor desarrollo de la persona en ese difícil equilibrio entre la mayor autonomía personal y la óptima integración social, entre el mejor nivel de adaptación y el máximo de creatividad.

*VIII Criterio:* La *detección y remoción de condiciones contrapreventivas, y la promoción de condiciones preventivas*, referidas a una determinada área y sector de población, planificadas a corto, medio y largo plazo, constituyen el contenido del diseño de objetivos de todo programa y subprograma de prevención inespecífica de las toxicomanías.

2.9. Una vez delimitados los objetivos del programa o del subprograma, procede diseñar el tipo de métodos y estrategias que permitan alcanzarlos. El progresivo acercamiento a la realidad que caracteriza al proceso que estudiamos hace imposible el estableci-

miento anticipado de métodos generales. Si los objetivos tienen que ver con la modificación de condiciones culturales deficientes, por ejemplo, que se han apreciado como factor prioritario de valor contrapreventivo en un determinado grupo de población, las estrategias recomendables tendrán poco que ver con las que reclamaría un objetivo que se refiriera a la humanización de la atención sanitaria primaria en un determinado barrio, también supuestamente detectada como gravemente deficiente. Es en la selección de métodos y estrategias, así como en su flexible aplicación, donde se encuentra más comprometida la competencia del equipo multiprofesional, puesto que además de adecuarse a los diferentes objetivos programados, tiene que ceñirse a los recursos humanos y materiales disponibles, y a las cambiantes exigencias de la realidad individual y social de la población a la que el programa alcanza.

Existe, sin embargo, una condición general que supera la diversificación entre áreas y entre objetivos: *la participación comunitaria*. Se han demostrado en todo caso más eficaces los métodos y estrategias en cuya selección y diseño ha intervenido la comunidad a la que se van a aplicar, que se convierte así en protagonista de su propia prevención. El despotismo ilustrado —«todo para el pueblo pero sin el pueblo»— tampoco aquí se ha mostrado efectivo.

*IX Criterio:* Los objetivos, los recursos disponibles y las exigencias de la realidad individual y social sobre la que se pretende influir condicionan la selección y aplicación de métodos y estrategias. Pero en todo caso, se asegura su valor preventivo promoviendo la par-

ticipación comunitaria en su diseño y desarrollo.

2.9. La evaluación es uno de los requisitos que se considera inexcusable en un programa de prevención. Pero es probablemente en este punto en el que se producen las más frecuentes confusiones entre exigencias de programas de investigación y programas de prevención, así como entre programas de prevención específica y de prevención inespecífica. No hay proporción entre unos y otros respecto al rigor de que deben hacer gala los sistemas de evaluación empleados. La primera confusión entre investigación y acción preventiva, acobarda al personal comprometido en la actividad profesional que, imposibilitado de cumplir en su dedicación los requisitos científicos de evaluación propios de los investigadores, acaba quizá por prescindir enteramente de esta fase, prefiriendo un activismo ciego a una lúcida esterilidad, alternativa que aprecian como ineludible. La segunda confusión, entre la evaluación de los programas de prevención específica y la de los de prevención inespecífica, es igualmente funesta, por cuanto las actividades de prevención específica comportan el «privilegio de poder empeorar las cosas», lo que no amenaza a la prevención inespecífica, cuyo único riesgo al respecto es el de la ineficacia, y con ella el despilfarro de recursos. Mientras es recomendable insistir en el rigor de los sistemas de evaluación que deben acompañar a la primera, la prevención inespecífica admite y hasta aconseja sistemas menos complejos, por más que razonablemente fiables. Así, una diferencia que se acusará entre unos y otros, es la normal tendencia de la prevención específica a la posible cuantificación, frente a la predominancia de sistemas cualitativos de evaluación en los programas de prevención inespecífica.

*X Criterio:* En un programa de prevención inespecífica es imprescindible la fase de evaluación, fundamento de la correspondiente revisión del programa, por más que los sistemas que se han de utilizar no sean comparables ni en complejidad ni en empeño cuantificador con los propios de los programas de investigación, ni aun con los inexcusables en programas de prevención específica.

### 3. PREVENCIÓN INESPECÍFICA DE ORDEN EDUCACIONAL

3.1. Ciñéndonos al área educacional, compete a la prevención inespecífica de las toxicomanías, ante todo, detectar los factores que en estos momentos comprometen en esa problemática a diferentes sectores de población y tienen que ver con el ámbito escolar, bien:

a) por derivarse del mal funcionamiento de las instituciones educativas en relación con objetivos que pretende lograr y métodos que habría de desarrollar,

b) porque perteneciendo aquellos factores a ámbitos extraescolares es posible afrontarlos desde la institución escolar con más facilidad o con mayor probabilidad de éxito que desde otra instancia.

Ejemplos de lo primero pueden encontrarse abundantemente en las publicaciones críticas que han denunciado el papel que algunos Centros educativos (?) representan como «escuelas de inadaptación», «canteras de frustrados», etc. Detectar el «clima escolar»

nocivo para el logro de los objetivos de orden personal y social de la escolarización infantil y adolescente; descubrir el «currículum oculto» que desarrolla, de manera más o menos inconsciente, la escuela, «currículum» compuesto frecuentemente de valores opuestos a los que respaldan al «currículum explícito» (autoritarismo/libertad, dependencia/autonomía, pasividad/actividad, etc.); determinar los factores que condicionaron el «fracaso escolar» en ese centro y buscar medidas para hacerlos frente, etc., etc. Todo ello, constituye posibles objetivos de programas de prevención inespecífica de las toxicomanías, desde el ámbito educacional.

90

*XI Criterio: La búsqueda y la neutralización de las condiciones que en el ámbito escolar fomentan la aparición de conductas disociales y marginales —entre las que se cuenta el abuso de sustancias tóxicas— ha de constituir objetivo prioritario de programas de prevención inespecífica.*

3.2. Hay condiciones que también inciden en el abuso de sustancias tóxicas así como en la aparición de otras conductas disociales y marginales, pero que no tienen su lugar en el ámbito escolar ni se relacionan directamente con sus disfunciones, pero que pueden ser abordadas desde éste con más facilidad y/o probabilidad de éxito que desde otros ámbitos. Desde la escuela puede influirse sobre aspectos negativos vinculados a la dificultad de relaciones intergeneracionales —en especial padres-hijos—, o sobre factores derivados de «déficits» culturales y educacionales básicos, necesitados de imprescindible educación compensatoria. La escuela puede y debe tratar de compensar deficiencias en el desarro-

llo aunque no correspondan propiamente a instancias escolares, sino a la familia o a la sociedad, así como no puede eludir el afrontar lagunas de formación dejadas por niveles anteriores de escolarización que dificultan el progreso del sujeto. Desde la escuela, sobre todo, puede actuarse sobre el modo de vivenciar el adolescente y el niño las particularidades de su medio familiar y social nocivas para el desarrollo adecuado de su personalidad. Ese modo individual de vivenciar, explica que las mismas coordenadas familiares o sociales puedan suscitar síntomas de inhibición y huida en unos niños o adolescentes (muchas veces se ha detectado esta actitud en el origen de toxicomanías) como potenciar una mayor madurez y responsabilidad en otros.

Se trata de un punto del mayor interés, que pone de relieve la trascendencia que la educación puede tener de cara a la prevención, al incidir precisamente en los mecanismos que hacen de determinadas condiciones objetivas móvil subjetivo de conductas disociales, en unos, o móvil subjetivo de más elevado nivel de personalidad y responsabilidad, en otros: hasta el extremo de que favorecen la configuración de personalidades reformadoras y aun revolucionarias los mismos factores objetivos a los que se atribuye funciones de despersonalización y alienación.

*XII Criterio: También han de ser objetivos de programas educacionales de prevención inespecífica la detección y neutralización de condiciones ajenas al ámbito escolar que favorezcan la aparición de conductas marginales, siempre que puedan afrontarse con mayor ventaja desde él, optimizando el rendimiento de sus equipamientos y recursos.*

3.3. No hay mejor defensa que el ataque, una vez que las hostilidades se han desatado. Es insuficiente, como política de prevención, la labor correctora de «déficits». Deben, por ello, ser objetivos de programas de prevención inespecífica de orden educacional el cultivo y promoción de aquellas dimensiones que más se relacionan —en correlación inversa— con los factores que los estudios e investigaciones han descubierto en la base de las conductas marginales. Así, el fomento de condiciones que favorezcan la progresiva maduración y autonomía de los adolescentes, condiciones que tienen que ver tanto con la necesaria flexibilidad del «medio» adulto, como con la no menos necesaria autoridad: la flexibilidad ofrece los medios para el desarrollo de la autoestima y confianza en sí mismo; la autoridad, el respaldo en las crisis de inseguridad.

Es sabido hasta qué punto una y otra están vinculadas a constantes de la crisis de adolescencia.

Las investigaciones sobre motivaciones subyacentes al abuso de sustancias tóxicas aluden también a curiosidad, al deseo de nuevas experiencias, a la lucha contra el aburrimiento y el hastío, a la facilitación de relaciones interpersonales, a la incapacidad de resistencia a la frustración, etc., factores, todos ellos, que pueden ventajosamente ser abordados desde la escuela o en ella misma. Porque tienen que ver con los propósitos últimos que justifican la existencia de la institución escolar. En efecto, son factores de orden educacional: la multiplicación de oportunidades para que el adolescente pueda dar respuestas positivas a su natural curiosidad, para que pueda satisfacer de modo constructivo su necesidad de nuevas experiencias, para que cuente con múltiples alternativas para la utili-

zación creativa de su tiempo libre, para que aprenda a iniciar y mantener relaciones interpersonales sin necesidad de «lubricantes» artificiales que le permitan superar sus inhibiciones, etc.

*XIII Criterio:* En la escuela y desde ella, deben abordarse programas de prevención inespecífica con objetivos de *promoción de condiciones positivas de valor educacional*, condiciones cuyo déficit señalan las investigaciones en la base del abuso de sustancias tóxicas y de otras conductas marginales.

3.4. En las actividades positivas a las que alude el criterio anterior, existe sin embargo un riesgo de contrapreención si no se organizan subrayando específicamente su intención preventiva. La facilitación de ámbitos de relación social (las fiestas escolares, por ejemplo), la promoción de alternativas al aburrimiento (por ejemplo, los conciertos de «música joven», las acampadas, etc), la utilización creativa del tiempo libre (fomento del asociacionismo juvenil, por ejemplo), sin las oportunas precauciones, se han mostrado con demasiada frecuencia instrumentos eficaces de multiplicación del consumo abusivo de tóxicos, en vez de ser instrumento de prevención. Por ello reviste aquí importancia la estructuración de aquellas iniciativas en forma explícita de programas de prevención, que junto a objetivos y métodos planificados, incluyen sistemas juiciosos de evaluación. Unos sistemas que habrán de tener, probablemente, un valor más cualitativo que cuantitativo, y que utilizarán, por ejemplo, el juicio autorizado de profesionales competentes así como la autocrítica exigente de grupos de participantes, que intervienen en la evaluación porque ya intervinieron en la programación.

No es infrecuente que el torbellino de la actividad dificulte la serena reflexión acerca del efectivo valor de prevención de las iniciativas desarrolladas; pero es ese valor justamente lo que justifica que sean impulsadas y financiadas por órganos que entienden de toxicomanías y su prevención. No se insistirá bastante en el peligro de que instituciones creadas para afrontar la problemática de las toxicomanías, se puedan convertir en instrumentos eficaces de extensión del problema. Desde esta perspectiva resulta trágica la desconexión que tantas veces se ha denunciado entre los órganos de juventud y deporte y los órganos relativos a las toxicomanías, en el seno de las diferentes administraciones públicas.

*XIV Criterio: Es esencial la fase de evaluación en los programas de prevención inespecífica que promueven factores personales y sociales positivos cuya ausencia relacionan los investigadores con mayores riesgos de abuso de sustancias tóxicas. Las actividades correspondientes pueden con facilidad desarrollar caracteres contrapreventivos, peligro que debe controlarse explícitamente a través de programas convenientemente evaluados.*

3.5. La importancia de la evaluación no debe inducir a creer, sin embargo, que deban utilizarse sofisticados métodos o instrumentos. Una vez más, debemos recordar que no hablamos de programas de investigación. No es lo mismo evaluar que medir. Y para garantizar el rigor en lo primero, las técnicas de medición son sólo un instrumento auxiliar, no siempre necesario, y muchas veces imposible. En cambio, hay criterios previos inexcusables que con

demasiada frecuencia son minusvalorados, del tipo de nivel de competencia del personal responsable de los programas y las actividades; adecuación de su competencia al área de la que se responsabiliza; funcionamiento de ese personal en forma de equipo multiprofesional; organización de las actividades del equipo en forma de programas específicos; énfasis en la importancia de la evaluación como fase de los programas con la subsiguiente revisión y corrección; periodización de objetivos y métodos en corto, medio y largo plazo; participación de la población a la que van dirigidos los programas en la elaboración, desarrollo, evaluación y revisión de los mismos; imprescindible elaboración de informes correspondientes a cada fase de periodización.

*XV Criterio: Siendo imprescindible la fase de evaluación, no lo son ni los métodos ni los instrumentos sofisticados. Existen criterios previos y simultáneos que debieran recibir la mayor atención como garantía de rigor: nunca debiera olvidarse que la eficacia es deseable, que el rigor es inexcusable, y la responsabilidad, exigible.*

#### 4. PREVENCIÓN ESPECÍFICA

4.1. La historia de la prevención específica de las toxicomanías en países que llevan lustros aplicando a ese fin recursos humanos y económicos considerables y dedicando una atención particular a la investigación de métodos y resultados sugiere la necesidad de la mayor prudencia, tanto a la hora de abordar actividades nuevas como a la de repetir modelos ya ensayados con éxito en otras latitudes.

España está realizando un notable esfuerzo de atención al problema de las toxicomanías, y el Plan Nacional en ejecución pretende —con una política digna del mayor éxito— la coordinación, además de la promoción y respaldo de iniciativas y actividades de todas las instancias sociales. Sin embargo, según parece, justamente la coordinación es el objetivo que mayor dificultad está presentando.

Conscientes de la urgencia de la acción, los responsables de las distintas áreas en los diferentes niveles de la Administración pública y multitud de iniciativas sociales privadas, se afanan por operar sin cooperar, por actuar sin programar, por ejecutar sin evaluar. El panorama se parece mucho al que otros países ofrecieron en un momento semejante, y que fue descrito como un frenético cabalgar en todas direcciones pero sin conseguir llegar a ninguna parte. Y sin embargo, es una advertencia constantemente repetida la de que en prevención específica, más vale no actuar que actuar con frivolidad, puesto que multitud de acciones intencionalmente preventivas se han evidenciado contraproducentes con posterioridad.

*XVI Criterio:* El Plan Nacional sobre Drogas (1985-86) recomienda acertadamente la máxima atención a la acción preventiva, y propone la promoción y *coordinación de iniciativas a todos los niveles*. Es esencial trabajar por el logro de esa coordinación, conscientes de que nunca —pero menos en esta cuestión— la urgencia justifica a la irresponsabilidad. La coordinación supone una planificación coherente, una organización racio-

nal de responsabilidades, una optimización de recursos, dentro del marco propuesto por el Plan Nacional.

4.2. También en el ámbito de la prevención específica, y con mayores motivos, es imprescindible distinguir áreas de competencias profesionales, correspondientes a áreas de actuación social, de forma que se trabaje para evitar las tendencias reduccionistas del pasado. El toxicómano no es «principalmente» un delincuente, ni un enfermo, ni un psicópata, por más que determinados toxicómanos puedan recibir una u otra denominación con buenas razones. Por otra parte, se adelanta poco ampliando el significado habitual de los términos hasta hacerlos inútiles para la práctica social. Así, si se entiende por «salud» «una manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa», se habrá logrado hacer de cualquier disfuncionalidad personal o social un problema de salud, pero no se habrá dado un paso por encauzar el hallazgo de solución o la búsqueda del método que pueda lograrla. Se habrá justificado la participación de todo tipo de profesionales en la empresa, pero sin posibilidad de distinguir qué es lo que justifica la participación de cada uno. La pluralidad de dimensiones no es confusa aglomeración de competencias. Es cooperación estrecha de competencias profesionales específicas.

*XVII Criterio:* No puede hacerse prevención específica sino desde equipos *multiprofesionales* compuestos por personas competentes en áreas específicas —sanidad, trabajo social, educación, orden público, animación sociocultural, etc.— que cooperan estrechamente afrontando el protagonismo o el papel secundario

en cada fase o respecto a cada momento, en función de las exigencias del programa continuamente reajustado por la demanda de la práctica.

4.3. Precisamente la práctica, la larga práctica en países que llevan décadas en esta lucha, ha mostrado la ineficacia de una actividad atenta al mero síntoma. No solamente porque el empeño por la neutralización de un síntoma conduce frecuentemente a la aparición o agravamiento de otro, sino porque la concentración del interés en las toxicomanías favorece el aumento de la curiosidad por ellas, la frecuente elevación del protagonismo social de los consumidores sobre el de los abstemios, una exageración inevitable de la gravedad del problema y una fácil generalización que convierte en «toxicómanos potenciales» a la totalidad de los niños y adolescentes. Incluso programas de investigación con intención de rigor, caen en el error de describir lo que llaman «perfil del adolescente de hoy» en términos tales que llevan a los adolescentes no consumidores a considerarse atípicos, con ventaja para el tan reconocido como lamentable papel de identificación generacional que el consumo de sustancias tóxicas muchas veces desempeña. Los programas específicos se proyectan sobre grupos de alto riesgo, pero en presencia de los restantes grupos que, desde diferentes puntos de vista, son grupos de riesgo también. El programa se convierte fácilmente en un estímulo para el paso de una categoría a otra, con objeto de recibir las mismas atenciones —incluida la atención que para un adolescente significa el ser considerado «en riesgo» por los adultos—. Las fuentes autorizadas llaman continuamente la atención acerca de la posibilidad de que programas intencionalmente preventivos se conviertan así en promoto-

res del consumo, y recomiendan la máxima precaución al respecto, del mismo modo que subrayan el riesgo de fácil optimismo por el aparente éxito momentáneo de un programa, sin que ese éxito alcance continuidad, debido a la persistencia de un contexto contra-preventivo que no ha recibido la debida atención en el programa.

*XVIII Criterio: Los programas de prevención específica de las toxicomanías deben evitar cuidadosamente el riesgo de convertirse en estimuladores del consumo, tal como ha sido detectado en numerosas ocasiones por diferentes motivos. Es imprescindible, pues, que se planteen en todo caso formando parte de un programa más amplio de prevención inespecífica que sirva de marco y contexto, así como que aborden la problemática de las toxicomanías desde objetivos más amplios de «educación para la salud», tal como ha comenzado ya a generalizarse.*

4.4. Por fortuna, es cada día más común la opinión de que la acción preventiva específica debe dirigirse prioritariamente a los adultos —padres, profesores, agentes de socialización— con objeto de convertirlos en mediadores ordinarios de prevención ante adolescentes y jóvenes, a la vez que en agentes multiplicadores de la actividad profesional. Los profesionales de las toxicomanías se reservarían el papel de asesoramiento y apoyo de la acción preventiva de aquéllos, así como el de atender casos particulares que puedan aconsejar su intervención directa. Sin embargo, diferentes investigaciones han ofrecido resultados dispares respecto a esta cuestión. En algunos pro-

gramas, parece haberse mostrado más eficaz la acción directa de especialistas, y existen documentos autorizados que vacilan en recomendar la atribución de esa responsabilidad a los adultos que ejercen la atención habitual del adolescente, o más bien a especialistas cuya credibilidad —se dice— no ha sufrido aún la erosión de la relación cotidiana.

Pero la cuestión no está así bien planteada. El papel prioritario que la familia juega en procesos de rehabilitación y reinserción de ex toxicómanos, según los estudios publicados, demuestra que el pretendido desgaste de credibilidad es sólo una de las caras de la moneda. La ambivalencia característica de los sentimientos y demandas del desarrollo adolescente hace compatible la crítica de sus mayores con la dependencia que otorga a las intervenciones de éstos un alcance más largo y profundo que el que puedan tener esporádicas intervenciones de «autoridades» que no llegan a entrar en el «juego adolescente». No se trata de «convertir» a los primeros en agentes de prevención, porque ya lo son en tanto ejerzan su papel natural (padres) y profesional (profesores, etc.). El propósito de los programas dirigidos a ellos debe orientarse a apoyar la función que realizan y a complementarla oportunamente, evitando cooperar en el deterioro de unos apoyos que adolescentes y jóvenes seguirán necesitando imperiosamente para respaldar la conquista de su autonomía.

Los programas de prevención específica deben, pues, prever el grado y momento de las distintas intervenciones, así como el nivel —adultos/adolescentes/niños— al que se plantean los objetivos y los métodos, a sabiendas de que es posible afrontar programas referidos sólo a los adultos, pero no es

recomendable dirigirse sólo a niños o adolescentes, sin incluir acciones orientadas a «sus» adultos.

*XIX Criterio: Los padres, profesores y otros agentes de socialización son los protagonistas naturales y profesionales —respectivamente— de la prevención específica de orden educacional en relación con los adolescentes y jóvenes. Objetivo de los programas ha de ser el apoyo y complementación de esa labor, en la que se debe integrar como en su contexto imprescindible la intervención oportuna de otros profesionales.*

4.5. Es conocido el fracaso de las expectativas que se pusieron en los programas dirigidos únicamente a la más correcta información, así como la de los que pretendían sólo la modificación de actitudes, cuyo supuesto común era la conexión automática entre conocimiento, actitudes y conductas. La corrección de aquellos fracasos permitió eliminar defectos de metodología que hoy suelen ya estar ausentes de los programas rigurosos. Pero la importancia de la información objetiva y oportuna no admite discusión como parte de un programa sensato de prevención específica. Otro tanto cabe decir respecto a los objetivos actitudinales. Se insiste, con razón, en la importancia de objetivos que tienen que ver con la corrección de déficit en los sentimientos de autoestima en niños y adolescentes, con la capacidad de tomar decisiones autónomas en circunstancias difíciles, con la clarificación de la propia escala de valores y la conducta coherente con la misma, etc., etc. Pero todos esos objetivos son —precisamente— educacionales, y han for-

mado parte esencial de los objetivos de la educación a lo largo de siglos.

También las metodologías han evolucionado al compás del análisis de los fracasos o los éxitos de programas, y han evolucionado —precisamente— en dirección a las nuevas metodologías desarrolladas por la educación «nueva», que había incorporado las técnicas de trabajo en grupos, discusión abierta en pequeños equipos y «puesta en común» posterior, los métodos activos, la educación personalizada, la estructuración de la información alrededor de centros de interés, etc., etc.

Objetivos y métodos, pues, habituales en el contexto escolar, que necesitan por otra parte ser oportuna y flexiblemente combinados y alternados de modo que se asegure su mayor eficacia. La prevención educacional debe aprovechar al máximo esos recursos ordinarios de la actividad educativa, comenzando por valorarlos para sus propósitos. Es un error no apreciar el valor preventivo de esos recursos, subrayando en cambio la ignorancia del profesorado y su supuesta inhibición respecto a los propósitos de la prevención.

*XX Criterio:* Son objetivos de los programas de prevención específica de orden educacional, la información objetiva y oportuna, la promoción de la autoestima y la confianza en sí mismo, de la capacidad de tomar decisiones autónomas, de la clarificación de valores y sus correspondientes conductas, etc. Por otra parte, se han perfilado como métodos eficaces la discusión en pequeños grupos, la participación activa de los sujetos en el desarrollo

del programa, etc., etc. Todo ello pertenece a *la actividad regular* de los profesionales de la educación y de los otros profesionales agentes de socialización en tanto participan de objetivos de orden educacional. Es esa actividad la que debe constituir el *eje de la prevención educacional*, acomodándose a ella e integrándose en ella cualquier objetivo y método más puntual.

4.6. La prevención específica mira directamente a la reducción de la oferta de sustancias tóxicas y/o a la reducción de la demanda. Una y otra se potencian mutuamente, por lo que se trata de dos objetivos generales y, en todo caso, complementarios de programas de prevención. Pero el atender directamente a las toxicomanías no quiere decir centrar el interés de los programas en las sustancias tóxicas. Los riesgos del consumo de la misma sustancia por diferentes consumidores o en distintas circunstancias son muy variables, como pueden ser parecidos los riesgos del consumo de sustancias distintas en circunstancias semejantes. Atender fundamentalmente a las sustancias suele conducir a generalizaciones indebidas que quitan credibilidad al mensaje preventivo.

La primera generalización peligrosa se deriva de otorgar el calificativo de «droga» a todas las sustancias potencialmente tóxicas, al margen de la dosis, frecuencia y circunstancias del consumo y del consumidor. Respecto a la mayor parte de las sustancias, estos últimos factores son, precisamente, los decisivos, por lo que la inmensa mayoría de sus consumidores experimentales u ocasionales no llegarán a ser jamás toxicómanos, a menos que actividades «preventivas» irresponsables les

ayuden a lograrlo. Por otra parte, la «dependencia» que califica a un «drogadicto», tiene significados notablemente distintos en relación con unas u otras sustancias. Llamar «drogadicto» o «toxicómano» a un fumador habitual de tabaco, o a un consumidor habitual moderado de alcohol, incluso a un fumador moderado de marihuana, ayuda muy poco a clarificar la cuestión que nos ocupa, por más que la prevención del tabaquismo y del alcoholismo o del «cannabismo» constituyan ciertamente objetivos de actuación urgente.

*XXI Criterio: Es erróneo centrar la atención preventiva en las sustancias tóxicas, lo que suele iniciarse englobándolas en el calificativo de «drogas». Esa generalización, dirigida normalmente a enfatizar el peligro de las llamadas «drogas blandas», lo que consigue más frecuentemente es disminuir la conciencia del riesgo que entrañan las «duras». Si en la prevención del tráfico resulta positiva la distinción entre «sustancias más o menos peligrosas para la salud», tal denominación es simplificadora y frecuentemente falsa como base de la acción preventiva del consumo.*

4.7. Es recomendable centrar la prevención específica de orden educacional alrededor del consumo del alcohol y del tabaco, matizando cuidadosamente sus particularidades respectivas, valorando adecuadamente su papel de «lubricantes» de relaciones sociales, de factores de desinhibición, de recursos de identificación grupal, de indicadores subjetivos de superación de la niñez, de instrumentos de contestación adolescente respecto a las prohi-

biciones de los adultos, etc. Sólo alcanzando la conciencia de tales papeles y elaborando mecanismos alternativos que los satisfagan puede hacerse frente al aumento arrollador de su consumo y abuso entre los adolescentes. En el caso del tabaco, es esencial el argumento de la defensa de los derechos de los no fumadores, junto a la información más objetiva acerca de sus efectos para el organismo, efectos que cuentan con una buena base de investigación. Respecto del consumo del alcohol, además de la información objetiva, distinguiendo cuidadosamente su uso de su abuso, es importante atender a ese tipo de «abuso ocasional de fin de semana» progresivamente desarrollado entre adolescentes y jóvenes. Pero igualmente, sólo podrá hacerse frente al mismo, promoviendo alternativas de ocupación creativa del ocio y oportunidades gratificantes de relaciones interpersonales al margen de aquel factor. Si no se quiere desacreditar la acción preventiva, es esencial distinguir las características del consumo peligroso tanto desde el punto de vista del consumidor (edad, situación personal, etc.) como desde la frecuencia, graduación de la bebida y demás circunstancias (en especial el riesgo de mezcla con sustancias tóxicas potenciadoras).

*XXII Criterio: La frecuencia del abuso de alcohol, del consumo habitual de tabaco, así como su carácter institucionalizado en nuestra cultura, a la vez que la gravedad de sus consecuencias en el orden personal y social, aconseja comenzar por ellos la prevención específica de orden educacional. Pero es esencial delimitar los caracteres del consumo abusivo que conducen a la de-*

pendencia, sin generalizaciones fáciles, así como *valorar los papeles que el consumo desempeña en nuestra cultura, buscando y promoviendo alternativas que los asuman de modo al menos igualmente eficaz.*

4.8. En relación con el consumo de cannabis, y —eventualmente— de otras sustancias (inhalantes, anfetaminas, barbitúricos...) es imprescindible el estudio previo de la situación para orientar acciones de prevención específica. Sólo deben emprenderse allí donde conste un nivel elevado de difusión, teniendo en cuenta que programas oportunos respecto a las «sustancias legales» logran efectos también respecto a las «ilegales» en fase de riesgo limitado, aunque no se persigan explícitamente. El primer peligro de los programas dirigidos a la prevención del consumo de «drogas ilegales» entre adolescentes es que sus consumidores —normalmente conocidos— se conviertan en protagonistas o ratifiquen un liderazgo ya ejercido y con un elevado nivel de credibilidad para sus compañeros. Por ello, es aquí de la mayor importancia la «autoridad» profesional y moral de la fuente de información, lo que suele requerir asesoramientos y apoyos extraescolares (sin que sea aconsejable el protagonismo de ex toxicómanos en actividades dirigidas a adolescentes: únicamente podrían ser de utilidad como apoyo, en actividades orientadas a adultos). El profesorado no debe asumir una responsabilidad que le es extraña, salvo como miembro de un equipo multiprofesional en el que tiene su papel propio delimitado.

En todo caso, es imprescindible huir de generalizaciones fáciles, de tópicos nunca demostrados, de informaciones inseguras, de datos no comprobados.

Es preferible no informar que informar mal. Y siempre valorando las funciones a las que responde el consumo, porque en esa dirección apunta, en todo caso, el mayor riesgo del consumo.

Por fin, respecto a sustancias como heroína y cocaína, la excepcionalidad de su consumo entre adolescentes y los riesgos de una inadecuada actividad preventiva aconsejan extremar los requisitos de su abordaje en programas educativos. La tarea del educador es aquí de orden estrictamente individual —apoyo, consejo y recurso a los especialistas oportunos, en el seno del equipo multiprofesional—.

*XXIII Criterio: Las llamadas «drogas ilegales» no deben ser objeto específico de prevención educativa más que previo estudio que demuestre la inminencia y amplitud del riesgo de su consumo. El papel del educador se va reduciendo progresivamente a favor del de otros profesionales, integrantes del inexcusable equipo multiprofesional, que debe afrontar la elaboración y ejecución de este tipo de programas. Los ex-toxicómanos, en tanto que tales, no pueden ser considerados «profesionales» ni «especialistas», por más que puedan servir de apoyo en programas dirigidos a adultos, nunca a adolescentes.*

4.9. En todo caso, los planteamientos de las acciones preventivas deben evitar tanto los dogmatismos como los moralismos, no menos que las frivolidades irresponsables. Recordando que el peligro forma parte del código de valores del adolescente, es inútil, si no contraproducente, insistir en los ries-

gos. Los argumentos de salud, en un sentido estricto, pueden tener algún valor en el momento preciso del desarrollo adolescente en el que la preocupación por el normal crecimiento propio llega a tomar frecuentemente caracteres de ansiedad. Antes y después de ese momento, no parecen gozar de especial validez disuasoria hasta que la recuperan en cierta medida mucho más tarde. El reto no se encuentra en argumentos, sino en alternativas. En búsqueda y promoción de alternativas gratificantes y fecundas, que cubran con creces las funciones a las que responde la demanda de sustancias tóxicas.

Este es el sentido de la palabra «salud» en la expresión «educación para la salud», que debe integrar la prevención de las toxicomanías en algo más que una asignatura o un currículum escolar. Una «educación para la salud» que toma la escuela como ámbito privilegiado, pero que no es meramente «escolar», porque ni se refiere sólo a escolares ni está limitada por los muros de la escuela. Porque es responsabilidad de la sociedad toda, y tiene a esa misma sociedad como destinataria. La escuela es, pues, una de las instituciones implicadas, pero no es la única ni la más responsable.

*XXIV Criterio: Las actividades de prevención no deben subrayar los riesgos, ni dramatizar las consecuencias. Su objetivo básico es de orden positivo: Búsqueda y promoción de alternativas de orden individual y de orden social que asuman y cumplan los papeles a los que el consumo de sustancias tóxicas responde. En esa búsqueda y esa promoción, —«educación para la salud»— la escuela es ámbito y recurso desta-*

cado, pero ni el único ni el más responsable.

4.5. Los diferentes núcleos de profesionales implicados en actividades relacionadas con la atención a los toxicomanías tienen ya espacios y mecanismos de encuentro, reflexión y cooperación, gracias a los cuales es posible la complementación, el contraste, la crítica y la corrección de orientaciones que se revelan inadecuadas en una cuestión acerca de la que es mucho más lo que se ignora que lo que se sabe, y una de cuyas más comprobadas características es la movilidad tanto en el espacio como en el tiempo. El sector de la educación, en cambio, no cuenta todavía con esos espacios y esos mecanismos. La preocupación por las toxicomanías es marginal a la mayoría de los educadores, y provoca más ansiedades o indiferencias que conciencia de responsabilidad y empeño de compromiso. Por eso, es desde las áreas profesionales ajenas a la escuela desde donde parten normalmente las iniciativas que deberán tener en ella su escenario o desde ella su desarrollo. No es extraño que el profesorado ofrezca resistencia —de continuo denunciada— a lo que muchos estiman una intromisión inaceptable en competencias educacionales. Nada de eso ocurre en los casos en que los programas preventivos han sido elaborados por equipos de los que formaban parte educadores, no como invitados o como aprendices, sino como profesionales, como especialistas (los más «especialistas» en su competencia). Es erróneo pretender que la escuela se comprometa en tareas que se le imponen desde fuera, como lo es el no percibir que el profesional competente en educación es «especialista» en una de las áreas implicadas en la prevención de las toxicomanías y del resto de conductas disociales o marginales. Subra-

arlo y potenciarlo es más hábil que insistir en la ignorancia y la inhibición de los docentes al respecto.

*XXV Criterio:* Urge la creación de espacios y recursos que faciliten la reflexión interna de los profesionales de la educación acerca de la responsabilidad y posibilidades de la escuela respecto a la prevención

de las toxicomanías. Sólo desde la conciencia colectiva derivada de aquella reflexión podrá abordarse la cooperación activa del profesorado en los equipos multiprofesionales, que no pueden ignorar el papel de la educación en la prevención ni relegarlo a un plano secundario, de receptor y mero ejecutor de iniciativas ajenas.

**Esquema de fases de elaboración de un programa integral de prevención y de pasos de subprogramas de prevención inespecífica y de programas de prevención específica.**

100

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
| <p>FASES DE ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRAL</p>  | <p>Constitución de equipo multiprofesional</p>   | <p>Toma de datos de la situación:<br/>— necesidades<br/>— recursos humanos y materiales</p> | <p>Selección de prioridades:<br/>— grupos población de alto riesgo<br/>— áreas específicas</p> | <p>Elaboración subprogramas prevención inespecífica:<br/>— por grupos población<br/>— por áreas específicas<br/>Compromiso/participación comunitaria</p> | <p>Elaboración programas de prevención específica:<br/>Compromiso/participación comunitaria.</p> |
| <p>PASOS DE SUBPROGRAMAS DE PREVENCIÓN INESPECÍFICA Y DE PROGRAMAS DE PREV/ESPECÍFICA.</p> | <p>Diseño de objetivos periodizados (corto/medio/largo plazo):<br/>— de remoción de condiciones negativas<br/>— de promoción de medidas favorables</p> | <p>Selección de métodos y estrategias</p>   | <p>Aplicación controlada</p>   | <p>Evaluación y revisión del programa</p>  | <p>Elaboración del informe</p>   |

## Santiago de Torres

# Política europea ante la droga

**E**l conjunto de los países europeos ha ido evolucionando en una línea de colaboración mutua y coordinación de actividades, con la idea de que ante la extensión del fenómeno del consumo de drogas sólo una actuación conjunta de los países con una misma problemática permitirá encontrar soluciones posibles, y lo que es más importante, hacer más eficaz las políticas de actuación en cada uno de ellos.

Es fácil observar hoy que existe una mayor coincidencia en las distintas políticas de actuación que hace unos años, que las diferencias de criterios son escasas y que la existencia de organismos supranacionales ha permitido una uniformidad de lenguajes, y la existencia de lugares comunes.

Asimismo, la realización de estudios e investigaciones multicéntricos con participación de varios países ha permitido también que los profesionales establezcan vínculos de trabajo que repercutan, en definitiva, en la cohesión de las actividades y en la concreción de una, cada vez más definida, política europea ante el fenómeno de las drogas.

Dejando al margen las cuestiones relacionadas con la represión del tráfico, para lo que existen desde hace muchos años organismos de coordinación, en

los últimos lustros, han ido concretándose organismos que han asumido entre sus competencias el desarrollo de programas de prevención, asistencia, reinserción, formación e investigación a nivel europeo. Iniciativas específicas de actuación ante el consumo de drogas facilitan y ayudan a reformar el concepto de Europa que va haciéndose cada vez más tangible, a medida que se concretan políticas específicas que afectan a todos los ciudadanos europeos al mismo nivel.

De entre los organismos que están asumiendo estas competencias, hay que destacar fundamentalmente al Grupo Pompidou (del Consejo de Europa), a la Oficina Regional para Europa de la O.M.S. y a la Comunidad Económica Europea.

### GRUPO POMPIDOU

El objeto del Grupo es estudiar los problemas del uso indebido y del tráfico ilícito de estupefacientes, desde un punto de vista multidisciplinario. El Grupo fue creado en 1971, a raíz de una propuesta que el entonces Presidente de la República de Francia, Georges Pompidou, formuló a sus colegas de la Comunidad Económica Europea.

En marzo de 1980, el Comité de Ministros del Consejo de Europa autorizó

a los países interesados a crear un Acuerdo parcial con el fin de continuar la labor del Grupo Pompidou dentro del Consejo de Europa. La Secretaría del Grupo Pompidou se estableció dentro del Consejo de Europa desde el 1 de noviembre de 1980, como parte de la División del Acuerdo parcial que depende de la Dirección General de Asuntos Económicos y Sociales.

España se incorporó al Grupo en 1984, y desde entonces ha ido participando cada vez más en los diversos Grupos de Trabajo, así como en la definición de los objetivos a medio-largo plazo del Grupo.

Mediante la aplicación de un método multidisciplinario para tratar los problemas relacionados con las drogas, el Grupo:

- A) Permite a los Ministros europeos, que se reúnen periódicamente, intercambiar opiniones e informaciones sobre las medidas que se toman para combatir el uso indebido y el tráfico ilícito de estupefacientes.
- B) Proporciona un marco para la coordinación multidisciplinaria de actividades a nivel europeo.

En la última reunión de Ministros, celebrada en Londres, en enero de este año, se definieron los objetivos que el Grupo debe conseguir en los próximos dos años. Estos objetivos fueron agrupados en once propuestas que en la actualidad están siendo desarrolladas. Estas medidas son las siguientes:

1. Medidas prácticas para la mejora efectiva de la legislación sobre la confiscación de bienes procedentes del tráfico de drogas.

2. Mecanismos para mejorar la coordinación de controles en los puertos marítimos importantes y en la vigilancia marítima.
3. Papel de los medios de comunicación social en la configuración de las actitudes (públicas) sobre el consumo de drogas.
4. Papel del personal de atención primaria sanitaria e intervención en crisis agudas en respuesta a las necesidades de los consumidores de drogas.
5. Problemas relativos a la organización y financiación de los medios de tratamiento.
6. Potenciación de la cooperación y actuaciones por parte de los entes locales y grupos de acción local.
7. Abuso de medicamentos psicótrópicos prescritos con receta médica.
8. Estudio comparativo de la legislación sobre drogas en los países miembros, en orden a comparar soluciones adoptadas en cada lugar para enfrentar problemas similares.
9. Preparación de un manual descriptivo de las responsabilidades y competencias en materia de drogas a nivel nacional de los países miembros.
10. Detección y prevención de las drogodependencias en las Fuerzas Armadas.
11. Intercambio de información sobre el papel y los efectos de la metadona en los tratamientos.

## ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

En el marco del Programa Regional concerniente a Salud Mental, desarrollado entre los años 70 y 80, un cierto número de actividades se dedicaron a los problemas derivados de las drogodependencias. A partir de 1986, se ha designado un responsable específico para los programas de drogas de ámbito europeo.

En un inicio, las actividades se orientaron preferentemente hacia la epidemiología, la prevención, los métodos de tratamiento y la educación para la salud. En la actualidad el acento se ha desplazado en favor del estudio de la planificación de servicios y a las disposiciones y temas en relación al abuso de alcohol y de otras drogas.

En este momento la Oficina Regional está realizando cinco programas multinacionales, consistentes en:

1. Revisión de políticas nacionales
2. Prevención de la toxicomanía
3. Programas de tratamiento de toxicómanos
4. Integración de servicios destinados a los toxicómanos en los servicios de salud.
5. Coordinación de la acción internacional de lucha contra la toxicomanía.

Con la finalidad de que la O.M.S. supervise y colabore en el desarrollo de la política de actuación de nuestro país en esta materia, está previsto celebrar en este año 1987 dos encuentros de trabajo. El primero de ellos, sobre polí-

tica de actuación a nivel autonómico, que permita revisar cuáles son los criterios que determinan la prioridad de las actividades, así como los sistemas utilizados para los estudios de necesidades. El segundo, sobre requisitos de formación en materia de drogodependencia, dirigidos a profesionales de atención primaria, que ha de ser útil para actualizar los contenidos que hoy un profesional que trabaje en primera línea debe tener para dar respuesta a los problemas que a diario se le presentan en este campo.

Finalmente, es fundamental integrar todas las actuaciones que se hagan en el ámbito de la prevención y la asistencia en materia de drogas, en la campaña «Salud para todos en el año 2000», que la O.M.S. ha iniciado. Así, debe entenderse que las actividades de promoción de la salud y la educación sanitaria tienen un nexo en común con el desarrollo de políticas de prevención, tanto específica como inespecífica en materia de drogas.

## COMUNIDAD ECONOMICA EUROPEA

El Parlamento Europeo ha planteado en varias ocasiones los problemas de la toxicomanía. Desde 1980 ha ido adoptando varias resoluciones en la materia, y en 1985 constituyó una «Comisión de Encuesta sobre el problema de la droga en los países de la Comunidad», encargada de definir el lugar que deben ocupar las acciones contra la droga en las políticas comunitarias y debatir los problemas relativos a la difusión de las diversas drogas. El informe de esta Comisión de Encuesta formula una serie de recomendaciones con vistas a reducir la oferta y la demanda de drogas y a establecer toda la cooperación necesaria a nivel nacional e internacional, en lo referente a la

represión del tráfico, programas de prevención, de asistencia, etc.

A partir de este informe, el Parlamento Europeo, en sesión plenaria de octubre de 1986, aprobó una Resolución en la que se solicita la puesta en práctica de una acción comunitaria enfocada, principalmente, a la prevención y a la educación sanitaria en el ámbito de la lucha contra la droga.

En la Resolución se pone especial énfasis en que una acción a nivel europeo puede contribuir efectivamente a reforzar la eficacia de las acciones de los Estados Miembros y de los organismos internacionales, en particular la O.M.S. y el Consejo de Europa, y para ello debe promover los intercambios de experiencias en el campo de la lucha contra la droga, evitar la duplicidad inútil y costosa de los esfuerzos, ya se trate de investigación o de prevención, y de permitir que se disponga de muestras lo suficientemente grandes de pacientes para poder realizar estudios o investigaciones epidemiológicamente más significativas.

No debe olvidarse que la futura abolición de las fronteras intraeuropeas exige una coherencia de la política de los Estados Miembros en este campo. Con la finalidad de desarrollar este mandato del Parlamento, la Comisión ha desarrollado dos programas de actuación:

1. En el ámbito de la Dirección General n.º 1, de relaciones con países terceros, y,
2. En el ámbito de la Dirección General n.º 5, de política social europea.

La DG 1 (antes Dirección General) ha elaborado una línea de actuación, con

la finalidad de que la Comunidad esté representada de forma conjunta en diferentes organismos internacionales de ámbito supracomunitario. Asimismo, ha establecido unos criterios por los cuales la Comunidad va a colaborar con los países terceros productores de drogas, en la línea de reforzar la política de la UNFDAC, pero también aportando colaboración técnica en programas de capacitación y prevención en aquellos países que, siendo productores de drogas, sufren también las consecuencias del consumo entre su población.

Las acciones previstas en la DG 5 se refieren esencialmente a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación. Constituyen una fase preparatoria que se iniciará en 1988 y se limitará a dos años. Estas acciones se basarán en estudios y acciones de sondeo efectuadas en 1987 mediante el despliegue de los propios recursos comunitarios.

Para los años 1988-1989 están previstas las siguientes iniciativas:

## 1. PREVENCIÓN

- Elaboración de programas de formación e información sobre drogas dirigidos particularmente a padres, educadores, animadores socioculturales y trabajadores sociales.
- Elaboración de programas de educación sobre drogas, dirigidos a niños y adolescentes.

## 2. TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

- Realización de una evaluación crítica y comparada de todos los sistemas existentes con vistas a mejorar y profesionalizar los pro-

cedimientos de tratamiento de rehabilitación y de reinserción social y de poner a punto métodos eficaces y de larga duración.

— En estas perspectivas se emprenderán acciones dirigidas a:

- Mejorar la información a los toxicómanos. Estos deben ser informados de las posibilidades terapéuticas y recibir la información apropiada relativa a los servicios de tratamiento existentes y de las estructuras sociales establecidas en la CEE.
- Intercambiar experiencias e informaciones sobre los métodos y prácticas que existen en los Estados Miembros en materia de terapias y de reinserción social.
- Promover experiencias piloto de tipo terapéutico.
- Mejorar y coordinar los sistemas existentes de tratamiento y rehabilitación.

### 3. ESTUDIO COMPARATIVO Y SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Por una parte, se tratará de evaluar las cantidades de droga que circulan en la Comunidad, identificando sustancias que se utilizan con mayor frecuencia, así como las formas de consumo, y por otra, efectuar una estimación de la prevalencia del fenómeno, intentando diferenciar entre distintas tipologías de toxicómanos.

Se establecerá un sistema europeo de vigilancia epidemiológica sobre el problema, con ayuda de un banco de

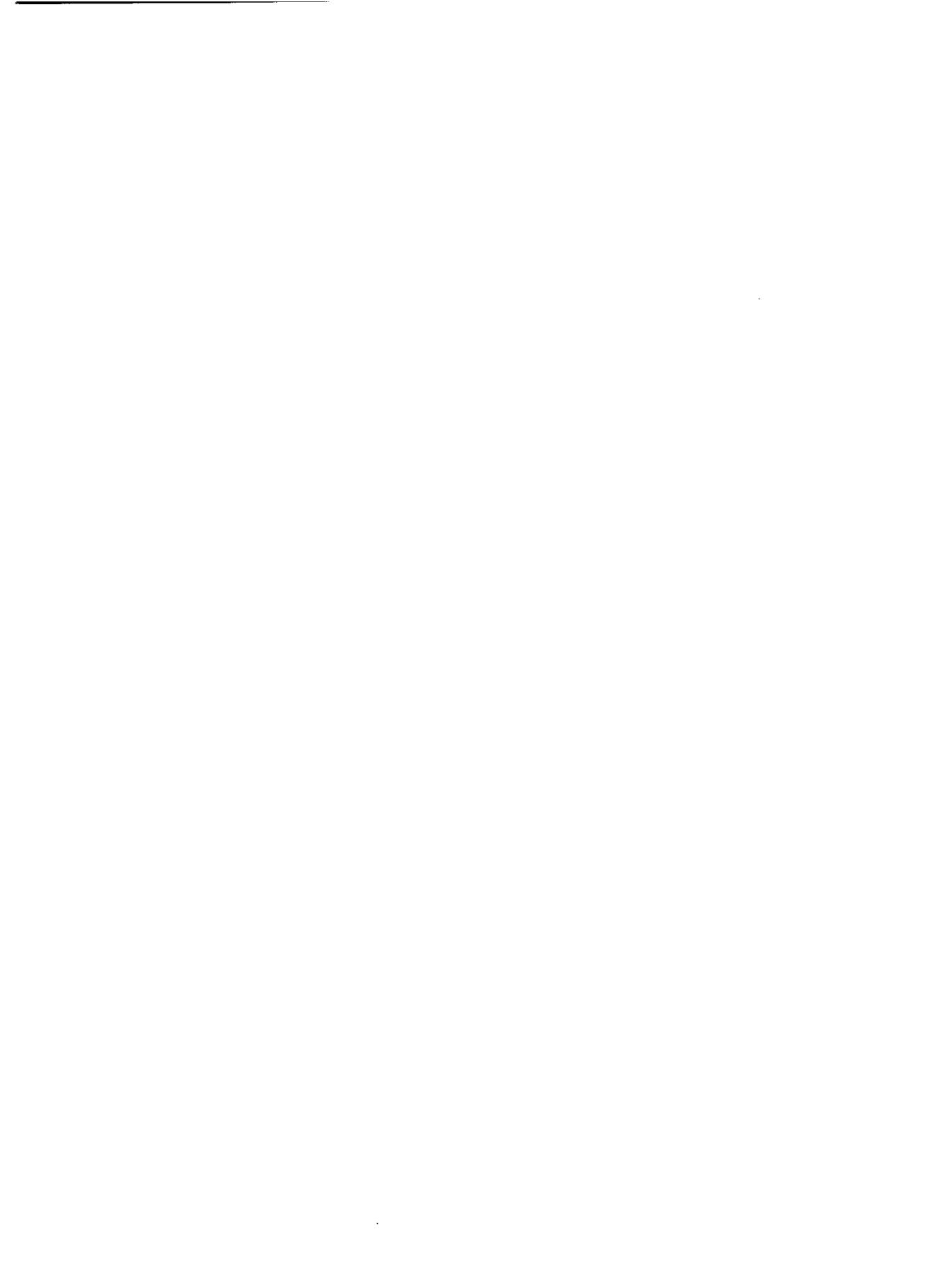
datos europeo, respetando el secreto médico y los derechos individuales.

### 4. INVESTIGACION

Se reforzará la investigación en el campo de la intervención sobre drogas, fundamentalmente, en materia epidemiológica y de tratamiento. La coordinación de los esfuerzos nacionales supondrá una ventaja para todos los Estados miembros. Todas las investigaciones sobre epidemiología relativas a varios países permitirán estimar mejor la prevalencia en determinadas poblaciones y, en consecuencia, identificar mejor las poblaciones de riesgo.

El desarrollo de las políticas de estos tres organismos definen claramente una voluntad de buscar soluciones a sistemas de intervención a nivel supranacional, entendiendo que toda acción que un país pueda desarrollar en este ámbito tendrá escasa efectividad si no va inmersa en el marco de una política europea común. Asimismo hay que destacar que la situación económica, cultural y social de Europa tiende a una uniformidad de patrones de conducta y, en consecuencia, las diferencias que hasta hace unos años se observaban entre los diferentes países han ido desapareciendo.

Para la buena eficacia de estos programas debe tenerse una gran prudencia en no solapar actividades y actuaciones por parte de organismos diferentes y en ir definiendo el ámbito competencial de cada uno de ellos. En consecuencia, si el desarrollo de una política sobre drogas en España requiere la colaboración estrecha de las políticas que desarrollan las autonomías, una buena política europea precisa de la estrecha colaboración por parte de todos los países que constituyen esta región del mundo.



# Miscelánea



# I Reunión Nacional sobre Participación y Movimiento Asociativo

Delegación del Gobierno  
para el Plan Nacional sobre Drogas

Madrid, 12 diciembre, 1986

**E**l Plan Nacional sobre Drogas, al elaborar sus líneas de actuación para el bienio 87-88, ha incorporado como criterios prioritarios, entre otros: «el desarrollo de programas que favorezcan la participación ciudadana en los planes de ayuda contra la droga» y «el apoyo al desarrollo del movimiento asociativo».

En consonancia con lo anterior, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas convocó esta reunión con objeto de facilitar el diálogo institucional, proponer una futura colaboración —estableciendo los criterios en que ésta ha de situarse— y recoger las aportaciones de los distintos colectivos, de forma que las entidades sociales participen en el análisis del problema y en la propuesta de acciones a desarrollar.

Fueron invitados a dicha reunión las entidades privadas sin ánimo de lucro, Colegios y Asociaciones Profesionales, los partidos políticos y las centrales sindicales.

La reunión desarrolló su programa a través de paneles de discusión y grupos de trabajo en los que participaron todos los convocados.

## 1. PANELES DE DISCUSION SOBRE PRIORIDADES DE ACTUACION PARA 1987

Se constituyeron tres paneles de discusión, en los que intervinieron como ponentes las personas que se citan a continuación:

### 1.º Panel:

- D. Angel Luna (PSOE).
- D. Juan Gratacos (Consejo Gral. Colegios de Farmacéuticos).
- D. José Ramón Bronet (Cruz Roja Española).

### 2.º Panel:

- D. Ricardo Mena-Bernal (Coalición Popular).
- D. Javier Aizpiri (Consejo Gral. de Colegios Oficiales de Médicos de España).
- D. Frederic Boix (Asociación de Profesionales para Comunidades Terapéuticas para toxicómanos).

### 3.º Panel:

- D. Jesús Montero (Izquierda Unida).

- D. Domingo Comas (Colegio Nacional de Doctores y Ldos. en Ciencias Políticas y Sociología).
- D. Eugenio López (Unión Española de Asociaciones de Ayuda al Toxicómano).

A partir de la intervención de los ponentes señalados anteriormente, se abrió una discusión de la que resumimos a continuación las principales cuestiones planteadas, debiendo destacar que los problemas que aparecieron con mayor insistencia a lo largo de la discusión fueron los siguientes: intensificación de los programas de *prevención* específica e inespecífica; *colaboración con los medios de comunicación*; *las prisiones y los procesos judiciales en la rehabilitación del toxicómano y SIDA*.

### 1.1 Medidas de carácter general.

- Creación de un Consejo Social del Plan Nacional sobre Drogas.
- Proporcionar medios a las Asociaciones para que puedan ampliar sus fines mediante fórmulas ágiles y a largo plazo.
- Establecimiento de una efectiva coordinación interdepartamental en el Plan Nacional, que evite el que algunos Ministerios se «descuelguen» de criterios consensuados.
- Destacar el papel primordial de los Ayuntamientos en el campo de la reinserción y la prevención.

### 1.2 Medias de prevención

- Intensificar las acciones preventivas en el ámbito escolar y univer-

sitario. Especialmente se insiste en la necesidad de una mayor participación del Ministerio de Educación y Ciencia, así como en el urgente desarrollo de programas de animación sociocultural y de formación de técnicos para la reinserción social en el medio comunitario.

- Desarrollar el contacto con los medios de comunicación social, de forma que éstos sean portadores de información veraz y rigurosa, renunciando, pese al posible éxito del público, a los sucesos impactantes que crean una distorsión grave en lo que a la percepción del problema se refiere.

- Apoyar programas de información y prevención en las empresas y a través de las organizaciones sindicales.

### 1.3 Medidas de formación e investigación

- Facilitar reuniones de trabajo y debate interdisciplinario en los aspectos psicosocial, médico y judicial, con objeto de ir elaborando un idioma común y, sobre todo, facilitar la conjunción de los esfuerzos en una misma dirección.
- Poner en marcha sistemas de evaluación que faciliten el apoyo a programas o servicios, en relación a su eficacia en términos de salud y bienestar social.
- Formación de recursos humanos. Los Colegios y Asociaciones Profesionales tienen un papel básico para estimular que profesionales de distintas especialidades se formen en materia de drogas. Se con-

seguirá así la acción interdisciplinaria abandonándose la figura del «drogólogo», que abarca todos los aspectos del problema. Los Colegios Profesionales pueden llevar a cabo una racionalización de los procesos de formación y una sistematización de la misma, creándose en el seno de dichos Colegios, Comisiones Técnicas u otros órganos colegiados especializados sobre Drogas.

#### 1.4 Medidas contra el tráfico

- Desarrollar una lucha más efectiva contra los narcotraficantes y, al mismo tiempo, atajar la venta que, a juicio de los miembros de la reunión, se hace en las calles de la mayor parte de las ciudades, de forma descontrolada.

#### 1.5 Medidas de Rehabilitación y Reinserción Social

- Otorgar un papel significado a las entidades juveniles en la prevención y rehabilitación social del drogadicto.
- Programar una política de reinserción y de mejora de la imagen social del drogadicto, aunque evitando que el serlo, se convierta en un privilegio.
- Atención especial en cárceles, teniendo en cuenta que es imprescindible la reforma de las prisiones. Estudiar la posibilidad de dar tratamientos sustitutivos a los reclusos toxicómanos.
- Acción en los cuarteles, modificando las condiciones de vida en los mismos.

- Fomento de los servicios de asistencia en sus distintas modalidades.
- Afrontar el problema que supone la relación entre las toxicomanías y el SIDA.

#### 1.6 Medidas legislativas

- Redactar un documento sobre los derechos de los usuarios en el tratamiento, al objeto de que se respeten, en cualquier modalidad terapéutica.
- Desarrollar un protocolo de normas mínimo para acreditación de centros.
- Prohibir la venta de alcohol a menores, especialmente en colegios y centros sanitarios.
- Utilizar todos los recursos que permite la legislación vigente hasta tanto no se institucionalice la figura de la «probation», para facilitar a los toxicómanos en rehabilitación el desarrollo de sus programas terapéuticos, especialmente evitando su ingreso en prisión cuando éste se dicta en pleno proceso de rehabilitación.
- Reglamentación del Servicio Civil.

## 2. RECOMENDACIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

Se desarrollaron tres Grupos de Trabajo, integrados por partidos políticos y agrupaciones sindicales; Colegios Profesionales y entidades privadas sin ánimo de lucro. Cada uno de los Grupos elaboró las recomendaciones que se recogen a continuación:

## 2.1 Partidos Políticos y Agrupaciones Sindicales.

Con carácter general se señala que, esta primera reunión ha servido para una aproximación general a esta problemática social tan compleja y extensa, desde diferentes perspectivas. Pero habría que dar continuidad a esta iniciativa para avanzar hacia un tratamiento del problema más preciso y detallado. Las conclusiones y recomendaciones alcanzadas son las siguientes:

- a) Se considera necesario proceder a la creación de un sistema unificado de documentación e información, que integre análisis estadísticos, investigaciones, estudios de casos y documentación de diverso tipo, configurando un servicio que respalde y facilite la acción coordinada de los organismos públicos y las iniciativas sociales.
- b) Los programas de prevención deben ser potenciados dentro del Plan Nacional, sugiriéndose a este respecto la intensificación de las acciones en el medio escolar y comunitario, especialmente con los colectivos sociales de alto riesgo.
- c) Conviene abordar la revisión de la problemática y la normativa que regula en los centros de trabajo la situación de los trabajadores afectados por problemas de drogodependencias.
- d) Se considera urgente la tramitación de la Ley de Creación de la Fiscalía Especial. Conviene avanzar hacia un mando único y coordinado de los cuerpos policiales, incluida la Brigada de Delitos Monetarios. Debe acometerse la in-

vestigación de las cuentas bancarias de los implicados en el tráfico, planteándose la privación de los beneficios ilícitos así obtenidos.

- e) Hay que proceder a la adecuación de la normativa legal sobre la difusión y el consumo de drogas legales.
- f) Se recomienda la pronta adopción de la normativa reguladora de la acreditación de los Centros dedicados al tratamiento y la reinserción de los drogodependientes.
- g) Se concede la máxima importancia al desarrollo de iniciativas hacia los editores y los profesionales de los medios de comunicación, a fin de mejorar el tratamiento informativo de esta problemática.
- h) Se recomienda la promoción de investigaciones sobre los modelos de comportamiento que determinan el consumo o el rechazo del uso de drogas, a fin de extraer conclusiones rigurosas que orienten la política de prevención.
- i) Es esencial reforzar los sistemas de seguimiento y evaluación de los diferentes programas que integren el Plan Nacional.
- j) Finalmente, se considera positiva la propuesta de creación, formulada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, de un Consejo Asesor que favorezca la participación y la cooperación de los organismos y entidades sociales vinculados a esta problemática. A este respecto, se recomienda la elaboración de un anteproyecto sobre los cometidos

y la composición del citado Consejo que deberá ser discutido por las Asociaciones y Entidades interesadas.

## 2.2. Colegios y Asociaciones Profesionales.

- a) Los Colegios y Asociaciones Profesionales arbitrarán las medidas necesarias, a través de la creación de mecanismos formativos, (comisiones, asociaciones científicas, formación práctica, celebración de jornadas, simposiums científicos, etc.) para desarrollar programas de formación específica de sus profesionales y para velar por la cooperación técnica y científica, colaborando con la consecución de los contenidos del Plan Nacional.

Se señalan como posibles actividades de formación las siguientes:

- Cursos monográficos.
- Simposiums.
- Becas para formación práctica.
- Elaboración de contenidos formativos para introducir en los planes de estudio de las Universidades, Escuelas, etc., diseñando las competencias técnicas necesarias de los profesionales que actúan en el campo de las drogodependencias.
- Convocatoria de premios de investigación.
- Creación de comisiones de control de calidad de la práctica profesional, para impartir acreditaciones de calidad.
- Utilización de los recursos profesionales existentes.

- Coordinación interprofesional, a través de Comisiones intercolegiales.

Para todo ello, el Plan Nacional sobre Drogas deberá apoyar la consecución de las medidas humanas y materiales necesarias para su consecución.

- b) Modificar aquellos aspectos legales en relación a la suspensión de penas privativas de libertad y su sustitución por planes concretos de rehabilitación y reinserción de las personas drogodependientes, en particular aprovechando las experiencias del derecho comparado y, concretamente, la institución de la «probation» (suspensión de condena por un tiempo subordinando la ejecución de la pena a la superación del plan de rehabilitación).
- c) Institucionalizar los Servicios Sociales asistenciales, como apoyo a la administración de Justicia, en relación a las personas sometidas a situación de drogodependencia.
- d) Creación de una Comisión para estudiar las repercusiones del consumo de drogas legales e ilegales en el mundo del trabajo.
- e) Incluir el alcohol y los psicofármacos en las actividades del Plan Nacional sobre Drogas.
- f) Apoyar la creación del Consejo Asesor de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que recoja planteamientos multiprofesionales e interdisciplinarios, que sirvan para hacer operativas, ágiles y eficaces las iniciativas, así como para evaluar y seguir las medidas arbitradas. Este Consejo deberá estructurarse en dos órganos básicamente: Plenario y Comisiones monográficas.

### 2.3. Entidades privadas sin ánimo de lucro

Procede anotar, con carácter previo, que dado el escaso tiempo de que se dispuso, las prioridades que se señalan recogen más bien puntos diferentes, no consensuados por todos, salvo en lo que se refiere al «Consejo Asesor», que fue el más debatido y dio lugar a una formulación más precisa.

- a) Facilitar atención a los drogadictos que están en el sistema penitenciario, así como prever qué tratamiento se les debe dar en los Juzgados de Instrucción.
- b) Organizar talleres ocupacionales especialmente para toxicómanos.
- c) Atención especial al problema del SIDA.
- d) Desarrollar estudios epidemiológicos cada dos años para medir la evolución del fenómeno.
- e) Estudiar el tema de los medios de comunicación, así como el papel de las entidades juveniles en la prevención y en la reinserción.
- f) Facilitar formación a profesionales y voluntariado.
- g) Reformar el artículo 54 del Estatuto de los Trabajadores.
- h) Atender los problemas de publicidad y su posible incitación al consumo.
- i) Facilitar ayuda a las familias y, con carácter general, información sobre los recursos existentes.
- j) Por último, en lo que se refiere al Consejo Asesor, se señala que:

- Todos los asistentes están de acuerdo con la conveniencia de contar con un sistema de colaboración, asesoramiento y participación.
- Existen recelos sobre la funcionalidad de un Consejo Asesor por la diversidad de entidades, el número de personas que podrían integrarlo, la eficacia que pueda tener y el peligro de una burocratización del mismo y —condición indispensable—, el respeto y acogida a la diversidad de opciones.
- Se propone de todas formas su creación, y se sugiere para el mismo las siguientes funciones: asesoramiento y consulta; discusión de propuestas; elaboración de conclusiones; establecimientos de prioridades para el futuro y evaluación de lo realizado (verificar la efectividad de las medidas tomadas).
- Antes de su constitución deben darse los siguientes pasos:
  - Elaboración, por la Delegación del Plan Nacional, de un anteproyecto que se pase a consulta de los asistentes a esta reunión.
  - Creación de una pequeña comisión que trabaje sobre este ante-proyecto y las aportaciones recibidas. En cuanto a su *composición* se señala que debe estar integrado por partidos políticos, agrupaciones sindicales, empresas, entidades privadas y familias de afectados (una persona por entidad y un suplente) de forma que

quede garantizado el equilibrio entre opciones y enfoques diferentes.

\* \* \*

La reunión fue clausurada por el Ministro de Sanidad y Consumo, quien manifestó a los asistentes su agradecimiento por la participación en la misma. En su intervención, se refirió, entre otros, a los siguientes aspectos:

- a) El Plan Nacional, para ser efectivo y poder cumplir el papel que la sociedad le reclama, ha de estar por encima de posturas y posiciones partidistas, abiertos a todas las instituciones y ciudadanos y debe lograr que la sociedad civil tenga, en el desarrollo del mismo, el protagonismo que le corresponde.
- b) El Plan Nacional, sin duda, irá modificando su contenido a lo largo del tiempo, siempre que la experiencia contrastada lo haga aconsejable, máxime teniendo en cuenta que en el problema de la droga inciden factores complejos que precisan la cooperación de toda la sociedad civil para su solución.
- c) El Grupo Interministerial, que tiene la responsabilidad del Plan Nacional en colaboración con todas las Comunidades Autónomas, está dispuesto a buscar y encontrar vías fluidas de comunicación transparente con todos los ciudadanos.
- d) Es necesario buscar alternativas de tiempo libre, abrir debates culturales, intervenir en programas de prevención y reinserción social y, en fin, buscar las claves que permitan afrontar la ansiedad e inseguridad que todos sufrimos; para lo cual la Administración poco puede hacer sin la participación y colaboración ciudadana.
- e) Manifestó, por último, su voluntad decidida en lo que se refiere a asumir las recomendaciones y aportaciones que lleguen de la iniciativa social, procurando por parte de la Administración Central el mayor grado de flexibilidad posible y también un nivel de financiación que facilite esta colaboración, teniendo en cuenta, sin embargo, que el problema de la droga exigirá un esfuerzo continuado y en el que los éxitos no podremos alcanzarlos a corto plazo.



# REUNION TECNICA SOBRE TEMAS PENALES Y PENITENCIARIOS

Instituto de Reinserción Social (I.R.E.S.)\*

Madrid, 20 y 21 de noviembre de 1986

**E**l Instituto de Reinserción Social (I.R.E.S.) organizó el pasado mes de noviembre en Madrid unas Jornadas sobre temas penales y penitenciarios. Se discutieron los siguientes aspectos: «Trabajo social penitenciario», «La aplicación de la probation» y «Asistencia a toxicómanos reclusos». En relación con este último, presentaron ponencias Domingo Comas Arnau («Drogas e instituciones penitenciarias: posibilidades de enfoque»), Oriol Romani y Alfonso («Asistencia a los reclusos drogodependientes: orientaciones básicas») y Angel López Baeza («Situación actual y prospectiva de la asistencia a los reclusos toxicómanos en la política penitenciaria»).

Incluimos, a continuación, un resumen de las citadas ponencias, así como del debate que tuvo lugar con posterioridad.

## 1. RESUMEN DE LAS PONENCIAS

- 1.1. En la Ponencia de Domingo Comas se señalan las diversas dificultades con que se encuentra la elaboración de programas de

intervención en relación a las toxicomanías. En primer lugar, un grupo de factores se refieren al desconocimiento actual de una cuantificación fiable de las drogodependencias. Ese desconocimiento es adjudicado a la falta de un concepto claro de dependencia y a la inadecuación de los instrumentos de medida. En la actualidad, la situación se complica aún más debido a las pautas politoxicómanas de la mayoría de los usuarios de drogas.

Otro factor importante de la situación actual es el fracaso, en términos estadísticos, de los diversos métodos de tratamiento y reinserción de los toxicómanos.

En tercer lugar, la relación droga-delinuencia es, para el autor, minoritaria en la explicación del fenómeno: «la mayor parte del dinero procede de los usuarios esporádicos no dependientes». En aquellos casos en los que puede establecerse una relación directa entre droga y delincuencia, no puede demostrarse, sin embargo, que la mayor parte de esos delitos sean a consecuencia de la droga.

(\*) Dirección: Capellans, 2, 1.º-1.ª, 08002 - BARCELONA

Se pone así en cuestión la dicotomía drogodependiente/delincente, delincuente/drogodependiente, que el autor reconoce haber contribuido a promover. El cuestionamiento de esta relación viene dado por la imposibilidad de identificar y separar ambos grupos, debido a que «se trata de personas con estilos de vida y referencias culturales comunes». Aplicando estas premisas a futuras intervenciones en el medio carcelario, se señala que la abstinencia a la heroína como base de tratamiento «carece de significado en sí misma y en el contexto de la politoxicomanía». La abstinencia total sólo podría obtenerse a través de un forzamiento psicótico del individuo.

Se destaca asimismo la contradicción que significa la reinserción —en tanto que cambio de normas y valores— a través del medio carcelario, donde dichas normas y valores son consideradas elementos primordiales de la subcultura carcelaria.

Las actuaciones posibles en este medio podrían orientarse a través de la utilización de medidas sustitutorias (probation, libertad provisional, eximente de enajenación mental, etc.). Estas vías aplicadas en exclusividad a toxicómanos, significarían un aumento de las ventajas sociales hacia estos individuos en detrimento de otros sectores sociales. A su vez, la aplicación de estas medidas, en función de un tratamiento, no deben ser manejadas como una alternativa coactiva, ya que la voluntariedad

exigida en los Centros de tratamiento desaparecería.

A juicio del autor, los diversos recursos existentes en el exterior presentan dificultades para llevar a cabo un tratamiento sustitutorio de la privación de libertad; fundamentalmente por la indefinición teórica y práctica de los tratamientos y por el desfase existente entre las previsiones y medios para llevarlas a cabo. Desfase del que el sistema penitenciario y judicial también son responsables.

1.2. La ponencia de Oriol Romaní resume las principales líneas y conclusiones del Informe de la Investigación realizada en diversas prisiones españolas. Para el autor, cuatro son las variables que determinan el problema de la asistencia a drogodependientes en las cárceles españolas:

a) El momento histórico en que se encuentra el Estado español en cuanto a los diversos usos de las drogas, caracterizado fundamentalmente por la masificación en su uso.

b) La situación de las estructuras asistenciales para toxicómanos, externas a la prisión, tanto de carácter público como privadas, caracterizada por el desfase entre recursos y la demanda de éstos.

c) Los conocimientos y estereotipos culturales y subculturales acerca de las drogas, que condicionan la manera de actuar sobre el fenómeno.

d) La situación general de estructura y funcionamiento de las

cárceles, que condicionan la posibilidad de realizar algún tipo de asistencia a los drogodependientes internados.

La hipótesis general de la investigación se planteará a partir de estas variables y del objetivo global del trabajo, dirigido a poder ser utilizado para la «mejora de las condiciones generales de vida de los presos toxicómanos (y no sólo de estos últimos)...» Dicha hipótesis, en relación a las posibilidades de tratamiento en el marco penitenciario, formula como posibles de realizar, a pesar de las actuales limitaciones, la fase de desintoxicación y un período de post-cura que permita una cierta preparación del ex-toxicómano para su reinserción, rehabilitación o inserción social.

Pero antes habrá que subrayar que toda actuación a realizar en Instituciones Penitenciarias estará condicionada por la situación actual de los Centros: obsolescencia de gran cantidad de edificios cuyas consecuencias se agravan por la masificación; falta de formación especializada en el campo de las drogodependencias del personal de prisiones así como su desproporción numérica respecto a la población reclusa; tendencia al mantenimiento del régimen por encima de cualquier otra condición...

En este marco, la atención actual a los toxicómanos se basa en tratamientos de tipo médico o de carácter psicosocial, constatándose en el estudio la existencia de Centros donde no se

realizaba ningún tipo de tratamiento o actuación.

En relación a los reclusos drogodependientes, el estudio señala la importancia del conocimiento de los distintos factores que configuran las drogodependencias como elementos a tener en cuenta en el proceso de tratamiento.

Se concluye exponiendo las orientaciones básicas de cualquier tratamiento a realizar y que el autor resume en cuatro puntos:

1. La necesidad de mejora de las condiciones generales de vida en las prisiones.
  2. El cumplimiento de lo previsto en la legislación penitenciaria.
  3. Realizar tratamientos lo más integrados posible.
  4. Aplicación de medidas alternativas a la privación de libertad.
- 1.3. Para Angel López Baeza existe un desfase constante entre las estructuras sanitarias y las necesidades que, por secular, debe tomarse como punto de partida de la realidad actual: «lo práctico es programar la asistencia en base a los medios disponibles».

Cuando se trata de la asistencia a los toxicómanos en Instituciones Penitenciarias, la complejidad del tema se agrava debido a que en la actualidad la demanda asistencial desborda todo tipo de previsiones. Las patolo-

gías graves derivadas así como el perfil de personalidad del interno toxicómano son también componentes de este complejo panorama.

De acuerdo al análisis de estos tres factores, se determina una situación donde, a juicio del autor, «el SIDA y sus circunstancias han dejado en segundo término las demás parcelas asistenciales de los toxicómanos». A pesar de este hecho determinante, la asistencia a los toxicómanos se brinda basada en los criterios que se exponen a continuación:

a) El síndrome de abstinencia debe relativizarse, rompiendo la demanda de fármacos que genera. Tanto el síndrome de abstinencia como la deshabituación y la desintoxicación pueden tratarse en las enfermerías de los Centros, sin necesidad de drogas sustitutorias.

b) Para la atención de los toxicómanos se deben evitar los departamentos estancos, utilizándose tanto los recursos propios de las Instituciones Penitenciarias como los externos.

c) La rehabilitación y la reinserción requieren una coordinación entre los Servicios Sociales y los de Salud, pero debe tenerse en consideración que «el medio penitenciario no es el más idóneo para poder programar este tipo de tratamientos» y por tanto, deben responder a una coordinación interdepartamental.

En las conclusiones, López Baeza se manifiesta favorable a

los programas preventivos frente a los asistenciales: «socializar mejor a partir de la infancia...» Los programas asistenciales, en cambio, aun contando con mayor abundancia de recursos humanos y materiales no arriban a soluciones adecuadas. Tal es para el autor la conclusión que se puede extraer de las experiencias realizadas en países con mayor renta per cápita.

## 2. RESUMEN Y CONCLUSIONES DEL DEBATE

Teniendo en cuenta el contenido de las ponencias presentadas y a manera de organización del debate, se propone a los participantes una división de la sesión de trabajo en tres bloques temáticos:

1. Diagnóstico de la situación: definir y valorar los componentes y factores y hacer una clasificación de la problemática y de sus afectados.

2. Tratamientos de los toxicómanos en prisión: a partir de la discusión de la información aportada en el estudio y las ponencias y comunicaciones de los participantes, diseñar las líneas generales de las propuestas factibles de realizar en medios diversos.

3. Aplicación de medidas alternativas a la prisión: tomando como eje central la situación de los toxicómanos detenidos, debatir las posibilidades y mejoras que significaría la aplicación de dichas medidas.

Si bien la distribución del tiempo disponible para la realización del Grupo de discusión contemplaba la posibilidad de abarcar estos tres bloques, razones diversas impidieron que el debate inclu-

yera el tercer punto. De los dos primeros, discutidos ampliamente durante la sesión, damos cuenta a continuación. El esquema básico de este informe proviene de la síntesis leída por Domingo Comas durante la clausura, en la cual se exponían los principales puntos acordados y los diversos aspectos tratados. Sobre este marco haremos una ampliación en base a la información obtenida de la reunión, lo cual permitirá dar cuenta de la riqueza de los temas debatidos.

La sesión del Grupo de Trabajo se inició con la exposición de las comunicaciones elaboradas por Eulalia Soteras y por Vicente Martín. De ambas comunicaciones se derivaba como una de las problemáticas fundamentales la dificultad de elaborar un diagnóstico de la situación si no se cuenta con datos fiables y extraídos sistemáticamente, tanto cuantitativos como cualitativos.

En uno y otro caso se señalaron los esfuerzos realizados para establecer una metodología de prospección y se manifestaba la dificultad de poner en práctica dichos métodos, de manera tal que los datos derivados fueran fiables.

Estas circunstancias, ya señaladas en el estudio, permitieron introducir un debate en torno a la problemática de la cuantificación del fenómeno de las toxicomanías en las prisiones, sobre su necesidad y su importancia en el sentido de la riqueza informativa que aporta y de su aplicación en políticas de tratamiento integrales.

La carencia de unos datos cuantitativos fiables impiden la elaboración de un diagnóstico de la situación tanto en lo que se refiere al consumo de drogas en prisión, como a las características de la población afectada, así como de la variación del comportamiento toxicó-

mano durante el internamiento. Esto significa que al hablar de toxicomanías en el medio penitenciario, nos basamos en un panorama que describe de manera parcial esa compleja realidad, y en muchos casos, a partir de estimaciones o criterios intuitivos.

Aun en aquellos casos en que el esfuerzo o el interés de los responsables técnicos ha derivado en la obtención de un panorama estadístico bastante fiable, nos encontramos con la dificultad de homologar estos datos —por la diferencia de criterios metodológicos— con otros, extraídos en medios diferentes. Esas diferencias son aún mayores al tratarse de una situación tan dinámica y cambiante como las derivadas de las circunstancias penitenciarias; variación constante de individuos y cambios en el contexto de uso de drogas que provoca el internamiento. De este modo, la obtención de unos datos sobre los que pueda basarse el diseño de políticas de tratamiento se torna complejo.

Una aproximación a las conclusiones extraídas en este sentido señalan, en primer lugar y de manera unánime, la necesidad de establecer un aparato metodológico estándar que tenga continuidad, permanencia y fiabilidad, a partir del cual se obtenga la información básica. Atendiendo a las dificultades señaladas anteriormente, se estima conveniente que ese aparato metodológico esté diseñado de tal manera que dé cuenta del dinamismo del fenómeno y mantenga una estrecha relación con la evaluación de las iniciativas a llevar a cabo.

Durante el debate, sin llegar a un acuerdo, se propuso como modelo a considerar los sistemas de notificaciones (Organización Mundial de la Salud), utilizados por otros países con relativo

éxito. De manera especial, sea cual fuere el sistema a adoptar, se deberá tender a la mayor simplificación metodológica, evitando la proliferación de datos de difícil traducción así como facilitando el trabajo de los técnicos encargados de obtenerlos.

Si bien el objetivo del Grupo de Trabajo se refería con especificidad a internos toxicómanos, teniendo en cuenta las diversas y complejas implicaciones de este grupo, durante el debate se mantuvo el acuerdo de que en cualquier caso la toxicomanía era una característica que no podía segregarse a dicho grupo de la totalidad de la problemática de las Instituciones Penitenciarias.

122 Lo expresado anteriormente significa que en ningún caso la peculiaridad de ser toxicómano debe redundar en la obtención de beneficios; más aún, el tratamiento debe encararse, en algunos aspectos, como un endurecimiento de ciertas condiciones, de manera tal que se tenga la seguridad que al aceptarlo no se está, en el fondo, aceptando unas condiciones ventajosas. En el mismo sentido, todas aquellas actuaciones a realizar en el interior de las prisiones deben basarse en el desarrollo máximo de los mecanismos y conductos reglamentarios ya previstos. Se entiende que el tratamiento de los toxicómanos forma parte del tratamiento general definido por la Ley Orgánica General Penitenciaria y su Reglamento, y que dicho tratamiento tiene un carácter pluridisciplinario, sin exclusividad de uno u otro especialista.

Por más acuciante que resulte la problemática derivada de las drogas, toda intervención sobre ella debe realizarse de manera global, introduciendo mejoras en el funcionamiento y las condiciones de los Centros, para que estas

modificaciones redunden también en la mejora de la situación de los toxicómanos. Dicho de otra manera, las modificaciones básicas para poder realizar una política de actuaciones en relación a las toxicomanías en prisiones significa, en primer lugar, el cumplimiento de las premisas fundamentales de la LOGP y su Reglamento.

Si como hemos venido diciendo, toda intervención debe estar en función de lo que determinen estos dos marcos legales, es posible definir de antemano los grupos sobre los que se actuaría de manera diversificada. De acuerdo a esto, la discriminación básica se haría en función del sexo, la situación penal y la edad, obteniéndose así los criterios siguientes:

- a) Distinción entre jóvenes y adultos.
- b) Penados y preventivos, internados en locales separados.
- c) Contemplar la situación de los penados con causas preventivas.
- d) Cumplimiento de lo previsto en el Reglamento en relación a los medios a disponer.
- e) Poder contar con unos mínimos, tanto en condiciones materiales como de personal.

Se considera que estas condiciones son fundamentales para garantizar la realización con relativo éxito, de cualquier iniciativa.

Se valoró también la importancia de la atención a los toxicómanos durante la fase de detención. Esta atención permitiría la diversificación en la utilización de recursos, flexibilizando actuaciones y evitando la decantación exclusiva hacia el medio carcelario, lo cual

condiciona cualquier iniciativa futura. Teniendo en cuenta las experiencias aportadas, el modelo a potenciar sería la intervención de Asistentes Sociales en los Juzgados.

En referencia al internamiento penitenciario propiamente dicho, en relación a la prospección informativa, se acordó la realización de manera estandarizada de un reconocimiento médico que permita obtener —cuando esto sea posible— una historia clínica y una hoja de consulta del interno. Si bien se señaló por diversos participantes la saturación funcional que esto supondría, hubo acuerdo en reconocer la necesidad que de manera paulatina estos métodos vayan siendo implantados hasta llegar a ser una práctica habitual en los Centros.

Parte del debate estuvo centrado en la búsqueda de definiciones de ciertos elementos que componen la problemática de las toxicomanías. En diversos momentos, de una u otra manera, estas dificultades de definición supusieron el intercambio de argumentaciones y consideraciones acerca de las drogas, los drogodependientes y, fundamentalmente, la relación entre las drogas y la delincuencia.

Evitando entrar a definir cada uno de estos elementos, se coincidió en señalar que, por las informaciones disponibles, estábamos ante casos de presos en situación de politoxicomanía —cuya droga eje sería en estos momentos la heroína— y que como tal politoxicomanía tendía a variar según situaciones concretas; especialmente durante el internamiento en prisión. El conocimiento de estas modificaciones permitirán el ajuste de los programas a llevar a cabo.

De esta parte del debate destacan las valoraciones hechas sobre la rela-

ción que se establece entre drogas y delincuencia. Partiendo de las dualidades toxicómano/delincuente y delincuente/toxicómano se discutió la validez actual de esta tipología para explicar la presencia de toxicómanos en las prisiones.

Sin que se llegaran a acuerdos ni conclusiones definitivas, resulta interesante dar cuenta de algunos de los argumentos intercambiados durante la sesión.

Para la mayoría de los participantes la relación entre las drogas y la delincuencia no puede ser explicada en la actualidad a partir de la dicotomía antes planteada, debido, fundamentalmente, a la disminución de las edades medias de ingreso en prisión: actualmente, las pautas de comportamiento de los toxicómanos/delincuentes son similares a las de aquellos individuos que iniciaron actividades delincuenciales antes de ser toxicómanos. En el terreno práctico se señalaron las dificultades de diferenciar, ante un caso concreto, la prelación, describiéndose la situación como un proceso complejo donde delito y toxicomanía se alternan sin relación fija ni preestablecida.

Para algunos participantes la utilidad de esta clasificación continúa estando en su aplicación en procesos terapéuticos: el toxicómano/delincuente ha tenido un menor contacto con ambientes marginales, habiendo adquirido, en la mayoría de los casos, patrones conductuales normalizados antes de ser toxicómanos. Aunque esto queda relativizado en muchos casos por la disminución de la edad en la que se inicia la drogodependencia, que puede interferir plenamente el proceso de socialización del individuo, impidiéndole, por lo tanto, la adquisición de los patrones de conducta mencionados.

En relación a las iniciativas previstas se señaló la necesidad de que tuvieran un carácter globalizador, no cerradas en sí mismas, y que tengan por objetivo la multiplicación permanente, tendiente a abarcar la totalidad de las Instituciones Penitenciarias. Se evitaría de esta manera la proliferación de experiencias intermitentes, cuyos éxitos o fracasos relativos tienden a reproducirse, sin actuar en el sentido de la modificación global señalada.

Es imprescindible para ello que las experiencias piloto estén sometidas a una evaluación rigurosa en el contexto del Centro donde se realicen. Esa evaluación, para que redunde en la superación y el ajuste de las experiencias, deberá basarse en criterios e indicadores concretos de la reinserción, actualizando el instrumental hasta ahora utilizado así como las técnicas tanto de tratamiento como de evaluación, calificadas en algún momento del debate, como «decimonónicas».

Estas experiencias piloto podrían abarcar diversas fases del tratamiento, desde la desintoxicación asistida hasta los tratamientos psicosociales completos dentro de la prisión.

Cualquiera sea el caso, es importante considerar la concepción de voluntariedad que subyace a todo tratamiento. Durante la sesión se relativizó la concepción simple de la voluntariedad, indicándose la necesidad de su inducción; en cualquier caso, se anteponen a todos los procedimientos inductivos o motivadores, los derechos de las personas a quienes van dirigidos los tratamientos.

Las experiencias piloto, a su vez, deberían formar parte de un programa global de Educación para la Salud, uno de cuyos objetivos sería el tratamiento

de las problemáticas derivadas del uso de drogas en el contexto carcelario.

Valorando las medidas organizadas hasta la actualidad en torno al control del uso de drogas en el interior de las prisiones, se debatieron las posibilidades de limitar la circulación de sustancias en los Centros y el control de dichos usos. Durante la discusión se señalaron las dificultades de compatibilizar las restricciones y controles con los Derechos amparados por las legislaciones vigentes. Si, como algunos participantes sugirieron, debe aceptarse que la cárcel constituye, en gran parte, un reflejo de la sociedad, no puede analizarse como un compartimento estanco, lo que implica contemplar la reproducción en su interior de todos los fenómenos que suceden en el exterior; esta aceptación obliga a una asunción lógica de sus consecuencias, para evitar precisamente que sea éste el modo bajo el cual se manifieste la conculcación de los Derechos individuales.

Un grupo de medidas efectivas a tomar son aquellas dirigidas a controlar el tráfico interior, aislando a los individuos involucrados en esa actividad, evitando que un reducido número de individuos manipulen un proceso de amplias y graves repercusiones.

La inevitabilidad de cierto uso de las drogas lleva a cuestionar la ilusión teórica de una reinserción con abstinencia total. Si el contexto social en el que se debe reinsertar el individuo mantiene como una de sus constantes el uso de estas sustancias, resulta paradójico suponer que la vía adecuada pasa por la abstinencia forzada. Este criterio supone que el objetivo preventivo se debe centrar en las consecuencias derivadas de ciertos usos.

La orientación educativa mencionada anteriormente organizará programas

informativos que, mediante la aportación de medios, eviten la proliferación de enfermedades colaterales, consecuencia en gran medida de la conjunción de la prohibición y la desinformación.

El Grupo de Trabajo se manifiesta partidario de utilizar dentro de los programas piloto el uso controlado de la metadona. Si bien, cuando se redactaron las conclusiones del estudio, las circunstancias relativas a la distribución de la metadona desaconsejaban su uso en Instituciones Penitenciarias, la publicación de la Orden Ministerial sobre control de tratamientos con metadona ha provocado un cambio en la situación. En ese marco se ve factible la implantación de Programas de Mantenimiento con metadona, dirigidos a internos con largas condenas y con dificultades de integrarse en otro tipo de tratamiento.

El uso de la metadona en este contexto puede significar también una estrategia de erosión del monopolio de los traficantes en el interior de las prisiones y por tanto del poder organizado en torno a ese monopolio.

La articulación del tratamiento de toxicómanos con el marco legal del tratamiento penitenciario y la diversidad de situaciones (tipo de prisión, población internada, etc.) sugiere una diversificación de las experiencias piloto a desarrollar. En el diseño de estas experiencias se debe tener en consideración los siguientes aspectos:

a) El proceso de tratamiento está incoordinado en la Institución y se realiza en departamentos no estancos.

b) Las condiciones de tratamiento son públicas y notorias.

c) Esas condiciones no son ajenas al marco penitenciario.

d) El personal destinado a estas experiencias es el propio de Instituciones Penitenciarias y en su proceso de capacitación y formativo así como en su coordinación, tienen un papel fundamental —aunque no exclusivo— los equipos técnicos de cada Centro.

e) Los principales recursos disponibles son los recursos propios de las Instituciones Penitenciarias, lo cual no significa que no se cuente para llevar a cabo determinadas fases, con los recursos exteriores a cada Centro. Se señala específicamente la necesidad de potenciar las enfermerías como lugar de acogida para los tratamientos.

Por último, teniendo en cuenta las especiales características de la población internada, especialmente su movilidad en relación a otros Centros o al exterior, es imprescindible el establecimiento de una coordinación entre los equipos encargados de los tratamientos y de éstos con los Servicios externos ligados al tema, de manera tal que los procesos iniciados no se vean interrumpidos.

## REUNIONES DE INTERES

### 1. «SIDA EN DROGADICTOS»

Días 19 y 20 de mayo. Madrid.

Organiza: Delegación del Gobierno para el Plan Nal. sobre Drogas.

P.º del Prado, 18-20.

Tif.: 91/239 72 00 (ext. 2737)

28014 - MADRID

### 2. «ENFERMERIA EN UNIDADES DE DESINTOXICACION»

Días 1 y 2 de junio. Barcelona.

Organiza: Unidad de Desintoxicación del Hospital del Mar.

P.º Marítimo, s/n.

Tif.: 93/309 22 08

08003 - BARCELONA

### 3. «UNIDADES DE DESINTOXICACION HOSPITALARIA PARA DROGODEPENDIENTES»

Días 29 y 30 de junio. Vitoria.

Organiza: Servicio de Psiquiatría del Hospital Santiago Apóstol.

C/. Olaquibel, 29.

Tif.: 945/25 36 00

01001 - VITORIA-GASTRIZ

# Notas bibliográficas



# La educación sobre las drogas en el ciclo superior de la EGB

(Ramón Mendoza Berjano, Araceli Vilarrasa Cunillé, Xavier Ferrer Pérez). Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid, 1986.

**P**UEDE un libro ser tardío a la vez que prematuro y, sin embargo todo lo contrario?

Por poca afición que se tenga a la paradoja, no puede dejar de señalarse la que rodea a esta obra. Concluida ya hace algunos años, los pocos que pudimos tener acceso a alguno de los escasos ejemplares ciclostilados lamentábamos la tardanza en la divulgación de un trabajo como éste en un medio, el español, tan escaso de materiales para la prevención educativa de las toxicomanías.

Desde otra perspectiva, se trata de un libro prematuro. Recoge los frutos de la actividad investigadora de un equipo —fundamentalmente compuesto por psicólogos, sociólogos y educadores—, asesorado por un nutrido grupo de expertos, partiendo de un proyecto de investigación auspiciado por el ICE de la Universidad de Barcelona a partir del año 1981.

El proyecto se distribuía en tres etapas: la primera, «estudio del consumo de drogas en los escolares del ciclo superior de la EGB de la ciudad de Barcelona», materializado en un informe de más de 300 páginas que no encontró mecenas para su publicación, por lo que ha tenido una circulación muy restringida. Los interesados agradecerán la brevísima síntesis que de ese estudio incluye la publicación que comentamos, en particular la de las conclusiones que arrojó. La segunda etapa preveía la elaboración de un programa

educativo de valor preventivo, realizable en las aulas del ciclo superior de la EGB. Ese programa es, justamente, el que esta publicación recoge. Sólo que, en el proyecto, a la elaboración del programa seguía —en una tercera etapa— su experimentación, tanto para confirmar su valor preventivo como para corregir los puntos que la experiencia aconsejara y ponerlo en disposición de generalización en el contexto de un programa más amplio de educación para la salud, de posterior elaboración. Pues bien, problemas de financiación han impedido la ejecución de esa tercera etapa, por lo que el programa que se divulga carece de la oportuna revalidación experimental.

Tan tardío como prematuro, pues, el libro que comentamos sorteá admirablemente los dos escollos. Porque aparece en el momento en que se ha comenzado a superar en España el «boom» publicitario y sensacionalista de «la droga», y la población, los profesionales y en particular los educadores empiezan a sentir la necesidad de programas realistas, viables, rigurosos, con los que cooperar al afrontamiento del problema. Por eso no es tardío. Probablemente, si se hubiera publicado antes, hubiera encontrado profesores más preocupados por estudiar los caracteres de «las drogas» para informar cumplidamente al alumnado de sus peligros, que por valorar programas como el que aquí se divulga, ceñidos a las recomendaciones de expertos internacionales y de países que hace años supe-

raron aquella perspectiva y que la denuncian no sólo como inútil, sino incluso como contraproducente.

130 Pero también esquivó este libro el riesgo de ser prematuro. Porque se ajusta al área, recursos y metodología educacionales, se atiende a objetivos de prevención de las toxicomanías en el contexto de la educación para la salud perseguido por la educación escolar, se refiere no sólo a conocimientos sino también —y sobre todo— a actitudes, aptitudes y hábitos de conducta, cuenta con el educador como protagonista del programa, contempla actividades inespecíficas —no referidas directamente a ninguna droga, sino orientadas a objetivos de desarrollo personal— y actividades dirigidas a la prevención de las llamadas drogas institucionalizadas, o «legales», omitiendo referencias inoportunas a sustancias de uso apenas apreciable en las edades que se contemplan. De modo que la imprescindible experimentación y evaluación previa a su difusión, de programas específicos referidos a las drogas «ilegales», deja de ser aquí inexcusable. (Lo que no obsta a que reconozcamos la utilidad que revestiría la culminación del proyecto de investigación original,

que permitiría enriquecer el programa en sucesivas ediciones con las mejoras que la práctica en el aula aconsejara, en particular las derivadas de la adaptación del mismo a las características peculiares de la pluralidad geográfica, cultural y social de la población escolar a la que se dirige.)

El programa está estructurado en diecinueve actividades extraordinariamente dispares, referidas a objetivos relacionados con diferentes materiales del currículum (Lengua, Ciencias Naturales y Ciencias Sociales) y distribuidas en los cursos 6º, 7º y 8º de la Educación General Básica.

Orientaciones metodológicas y didácticas, y anexos con material informativo y de trabajo para cada actividad, hacen de este libro un ejemplo —al que debieran seguir pronto otros— de respuesta adecuada a una demanda social creciente en este terreno.

Por todo ello, asumimos la paradoja sin reservas: no es tardío ni prematuro, sino todo lo contrario. Es, sencillamente, útil y oportuno.

**Pedro Oñate**

## Escriben en este número

**JAIME FUNES ARTIAGA:** Psicólogo y periodista. Desde 1975, es miembro del Equipo Psicopedagógico del Ayuntamiento de Cornellá (Barcelona). Es especialista en temas de educación y de atención a los conflictos sociales en la adolescencia. Ha escrito, entre otros, los libros «La nueva delincuencia infantil y juvenil» (Paidós, 1985) y «Dejar la Heroína» (Cruz Roja, 1985). Con **Carlos González Zorrilla** ha escrito entre otros los libros «Les conductes socialment problemàtiques dels joves de Barcelona» (Ayuntamiento de Barcelona, 1984) y «Els nens del carrer» (I.C.E.B.S., 1986). Actualmente es Asesor Técnico del Director General de Protección y Tutela de Menores de la Generalidad de Cataluña.

**CARLOS GONZALEZ ZORRILLA:** Jurista. Profesor de Derecho Penal y de Criminología de la Universidad de Barcelona. Autor de diversos trabajos sobre desviación juvenil y toxicodependencias, entre los que figuran «Drogas y cuestión criminal» en Bergalli y otros: «El pensamiento criminológico. Estado y Control» (Península, 1983) y «La justicia de menores en España» epílogo a la obra de G. de Leo «La justicia de menores» (Teide, 1985). En la actualidad es responsable de investigación en el Centro de Estudios y Formación del Departamento de Justicia de la Generalidad de Cataluña.

131

**DIEGO MARTINEZ DE LA CONCHA:** MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública, en el Hospital Clínico de Granada. Diplomado en Sanidad. Master en Salud Pública.

**LUIS DE LA FUENTE DE HOZ:** MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública, en el Hospital Clínico de Granada. Diplomado en Sanidad. Master en Salud Pública.

**JOSE M. ARTEAGOITIA AXPE:** MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública, en el Hospital de Cruces (Bilbao). Diplomado en Sanidad. Master en Salud Pública.

**JOSE GUARDIA SERECIGNI:** Licenciado en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Ha trabajado como médico residente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona (Hospital Clínico) (1977-81), profesor de la Escuela profesional de psiquiatría para A.T.S. (enfermeras) (1976-80) y director del Centro TERAL de Alcoholismo y Toxicomanías (1981-85). En la actualidad, es jefe de la Subsección de drogodependencias de la Diputación de Barcelona (Área de Servicios Sociales). Autor de diversos estudios científicos sobre alcoholismo y toxicomanías, entre los que destacan: «Todo sobre la drogadicción». Tibidabo Ediciones, Barcelona, 1985, y «Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario». Editorial Fontanella. Barcelona, 1981 (en colaboración).

JOSE MASIP VIDAL: Licenciado en Medicina. Diplomado en Sanidad. Formación teórica y práctica en drogodependencias. Colaborador de S.P.O.T.T. Area de Servicios Sociales. Diputación de Barcelona. Ha participado en diversos estudios científicos sobre toxicomanías. En la actualidad, es médico de empresa en los Servicios de Medicina Preventiva de la Compañía Telefónica Nacional de España en Barcelona.

M.<sup>a</sup> CARMEN VILADRICH SEGUES: Licenciada con grado en Filosofía y Letras (Sección Psicología). Ha trabajado como monitora en la Comunidad Terapéutica para rehabilitación de toxicómanos S.P.O.T.T. Diputación de Barcelona (1981-82) y, en la actualidad, es profesora en el área de metodología de la Sección de Psicología (Facultad de Filosofía y Letras) en la Universidad Autónoma de Barcelona. Autora de las siguientes publicaciones: «Models d'equacions estructuradas en recerca no experimental». Documentos del Laboratorio de Psicología Matemática, U.A.B., 1985 y «Factores carcinógenos: Nivel de información en una población universitaria». Oncología, IX/84 (2), 66-71.

PEDRO OÑATE GOMEZ: Doctor en Filosofía. Catedrático de Instituto y excedente de Escuela Universitaria. Ha desempeñado diversas responsabilidades en el ámbito de la educación, la última como director del Gabinete Técnico del Ministerio de Educación y Ciencia (1981-82). Es autor de varias publicaciones referidas a las relaciones entre educación y toxicomanías, entre las que destaca «Prevención de las toxicomanías y educación». Dirección General de Acción Social. Cruz Roja Española, 1984.

SANTIAGO DE TORRES SANAHUJA: Licenciado en Medicina, Especialista en Farmacología Clínica. Ha trabajado en diversos centros de asistencia para drogodependientes, y desempeñado la jefatura de la Sección de Toxicomanías del Hospital Ntra. Sra. del Mar de Barcelona (julio 1984-octubre 1985). Desde esa fecha, está adscrito a la Delegación del Gobierno para el PNSD, ocupando, en la actualidad, la jefatura del Gabinete Técnico del Delegado del Gobierno para el Plan. Ha participado como ponente en numerosos congresos y seminarios relacionados con las drogodependencias. Entre sus publicaciones destacan: «Actuación médica ante el síndrome de abstinencia a heroína», «Situación de la toxicomanía por heroína en España», «Factores psicológicos del consumo de drogas», «Criterios de evaluación de centros de asistencia a toxicómanos» y «Los programas de tratamiento con metadona en España».