



**COMUNIDAD Y DROGAS**  
(Monografías)

Precio del ejemplar: 500 pts. (IVA incluido).

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.

ISBN: 84-7670-127-6  
NIPO: 351-88-001-5  
Depósito Legal: M-44.799-1988.

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

# COMUNIDAD Y DROGAS

Director

**D. Miguel Solans**

Consejo de Redacción

**D.<sup>a</sup> Pilar Alvarez**

**D. Carlos Alvarez**

**D. Jaime Funes**

**D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Jesús Manovel**

**D. Ramón Mendoza**

**D. José Navarro**

**D. Pedro Oñate**

**D. Armando Peruga**

**D. Santiago de Torres**

Secretario de Redacción

**D. Francisco de Asís Rábago**

DICIEMBRE 1988

MONOGRAFIA N.º 5

## PRESENTACION

- 7 Problemática de la atención a drogodependientes. Cees Gooss.
- 15 Funciones de la Atención Primaria de Salud en la atención a drogodependientes. Juan L. Ruiz-Giménez.
- 31 Funciones de los Servicios Sociales Comunitarios en la atención a drogodependientes. Rosa Romeu y Gemma Baulenas.
- 45 Relación de la Atención Primaria con la Atención Especializada a drogodependientes. Félix Reina.
- 53 Formación de los profesionales de Atención Primaria para abordar la atención a drogodependientes. Jordi Forteza-Rei.
- 61 Psicofármacos en Atención Primaria. Juan J. Gervas.
- 71 Drogodependencias y Atención Primaria en el Reino Unido. T. A. N. Waller.
- 81 Drogodependencias y Atención Primaria en Holanda. Els Noorlander.
- 95 Drogodependencias y Atención Primaria en Italia. Silvia Arcá y Guido Ditta.
- 101 Bibliografía seleccionada.

## **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 Padre, 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.

---

# Presentación

5

La magnitud e importancia alcanzada por el fenómeno de las drogas en las últimas décadas, que ha afectado casi sin excepción a todos los países, clases sociales, grupos de edad y sexo, junto con los graves daños que el abuso de drogas origina sobre la salud pública, psíquica y social de las personas, hace imprescindible una actuación conjunta e integrada para abordar el fenómeno, poniendo una vez más de manifiesto la idea de que la problemática de las drogas requiere la implicación de todos. Dentro de este marco el papel de la atención primaria es primordial, tanto por su incardinación con la comunidad, como por ser el primer punto de contacto con el sistema de atención, que le permite una actuación precoz sin estigmatizaciones, facilitando el proceso de normalización de la atención a drogodependientes.

El Plan Amplio y Multidisciplinario de Naciones Unidas, señala que el concurso de la atención primaria es necesario para un aprovechamiento eficiente de los recursos.

Igualmente el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, ha subrayado la importancia del tema, y lo ha incluido como un objetivo prioritario del Grupo. Para ello ha creado un grupo de trabajo sobre Drogodependencias y Atención Primaria, que preside España.

El Plan Nacional sobre Drogas dentro de la línea de colaboración con organismos internacionales, celebró dos reuniones de trabajo durante 1987 en España, en colaboración con la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. En la primera de ellas bajo el título de «Política de actuación ante la problemática de las drogas», se trató sobre la planificación, prevención y educación, tratamiento y reinserción social, y formación. En la segunda, una vez debatido el marco general, se analizó un tema específico y de una enorme trascendencia como el de «Drogodependencias y Atención Primaria», que da origen a esta monografía. Se celebró en el mes de noviembre en Granada, en colaboración con la Escuela Andaluza



de Salud Pública. En ella se abordó el papel de la atención primaria en la asistencia a drogodependientes, su relación con la atención especializada, la formación de los profesionales de atención primaria para abordar la atención a drogodependientes, y los psicofármacos en atención primaria. Asimismo, distintos expertos europeos presentaron la situación de sus respectivos países en relación al tema.

Esta reunión fue un lugar de encuentro y contrastación de conocimientos y experiencias de profesionales procedentes de distintas áreas laborales, institucionales y geográficas, ya que contó con la participación de Médicos (generalistas, internistas, psiquiatras y salubristas), Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Asistentes Sociales y Psicólogos; que desarrollan su actividad en el sector de la Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales, Salud Mental y Drogodepen-

dencias, provenientes de la Administración Central, Autonómica y Local. Con la participación de todas las Comunidades Autónomas, de representantes de distintos países europeos, y de expertos de organizaciones internacionales que se ocupan del tema.

Esta publicación recoge, fundamentalmente, las ponencias presentadas en esta reunión de debate y reflexión sobre drogodependencias y atención primaria, que por su interés y utilidad han dado lugar a esta monografía.

Finalmente quiero expresar mi agradecimiento a todos los participantes en la reunión, y muy especialmente a los ponentes, auténticos artífices del trabajo que aquí se presenta.

**Fernando Villar Alvarez**

# Presentación

5

La magnitud e importancia alcanzada por el fenómeno de las drogas en las últimas décadas, que ha afectado casi sin excepción a todos los países, clases sociales, grupos de edad y sexo, junto con los graves daños que el abuso de drogas origina sobre la salud pública, psíquica y social de las personas, hace imprescindible una actuación conjunta e integrada para abordar el fenómeno, poniendo una vez más de manifiesto la idea de que la problemática de las drogas requiere la implicación de todos. Dentro de este marco el papel de la atención primaria es primordial, tanto por su incardinación con la comunidad, como por ser el primer punto de contacto con el sistema de atención, que le permite una actuación precoz sin estigmatizaciones, facilitando el proceso de normalización de la atención a drogodependientes.

El Plan Amplio y Multidisciplinario de Naciones Unidas, señala que el concurso de la atención primaria es necesario para un aprovechamiento eficiente de los recursos.

Igualmente el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, ha subrayado la importancia del tema, y lo ha incluido como un objetivo prioritario del Grupo. Para ello ha creado un grupo de trabajo sobre Drogodependencias y Atención Primaria, que preside España.

El Plan Nacional sobre Drogas dentro de la línea de colaboración con organismos internacionales, celebró dos reuniones de trabajo durante 1987 en España, en colaboración con la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. En la primera de ellas bajo el título de «Política de actuación ante la problemática de las drogas», se trató sobre la planificación, prevención y educación, tratamiento y reinserción social, y formación. En la segunda, una vez debatido el marco general, se analizó un tema específico y de una enorme trascendencia como el de «Drogodependencias y Atención Primaria», que da origen a esta monografía. Se celebró en el mes de noviembre en Granada, en colaboración con la Escuela Andaluza

de Salud Pública. En ella se abordó el papel de la atención primaria en la asistencia a drogodependientes, su relación con la atención especializada, la formación de los profesionales de atención primaria para abordar la atención a drogodependientes, y los psicofármacos en atención primaria. Asimismo, distintos expertos europeos presentaron la situación de sus respectivos países en relación al tema.

Esta reunión fue un lugar de encuentro y contrastación de conocimientos y experiencias de profesionales procedentes de distintas áreas laborales, institucionales y geográficas, ya que contó con la participación de Médicos (generalistas, internistas, psiquiatras y salubristas), Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Asistentes Sociales y Psicólogos; que desarrollan su actividad en el sector de la Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales, Salud Mental y Drogodepen-

dencias, provenientes de la Administración Central, Autonómica y Local. Con la participación de todas las Comunidades Autónomas, de representantes de distintos países europeos, y de expertos de organizaciones internacionales que se ocupan del tema.

Esta publicación recoge, fundamentalmente, las ponencias presentadas en esta reunión de debate y reflexión sobre drogodependencias y atención primaria, que por su interés y utilidad han dado lugar a esta monografía.

Finalmente quiero expresar mi agradecimiento a todos los participantes en la reunión, y muy especialmente a los ponentes, auténticos artífices del trabajo que aquí se presenta.

**Fernando Villar Alvarez**

Cees Goos\*

# Problemática de la atención a drogodependientes

## RESUMEN

*El abordaje del tratamiento de las drogodependencias dentro del sistema de atención primaria es una tarea, aunque difícil, necesaria e interesante.*

*A pesar de existir pocos datos sobre el número real de drogodependientes que acceden al sistema sanitario, parece que es un pequeño porcentaje. Con el fin de atraer a este tipo de pacientes, en muchos países se ha tendido a incrementar la diversidad de los tratamientos ofrecidos, aunque no siempre estrictamente coordinados por las autoridades sanitarias. La necesidad de llegar al máximo número de drogodependientes se ha convertido en un imperativo a raíz de la epidemia de SIDA.*

*Los criterios de eficacia de los tratamientos se han ido ampliando y ya no sólo se consideran eficaces aquellos programas que consiguen la abstinencia inmediata, sino también aquellos que consiguen reducir la implicación de los clientes en actividades delictivas o que mejoren las relaciones laborales o de estudio.*

## *Problems of drug treatment and rehabilitation in the framework of Primary Care*

### SUMMARY

*The approach to the treatment of drug addicts within the primary health care system is a difficult task, but at the same time both a necessary and a worthwhile one. Despite the scarcity of data on the true numbers of drug addicts attended by the health system, this would appear to be only a small percentage of the total. In order to attract this type of patient, many countries have felt obliged to offer a greater variety of treatments, even where these are not strictly speaking co-ordinated by the health authorities. And the need to reach as many drug addicts as possible has become more urgent still with the onset of AIDS in epidemic proportions. The criteria for measuring the effectiveness of any treatment have broadened considerably in scope, so that effectiveness is no longer measured solely in terms of immediate abstinence, but also insofar as the patient becomes less involved in illegal activities or relates better at work or at school or college.*

## INTRODUCCION

En la OMS nos sentimos muy agradecidos al tener esta nueva oportunidad de colaborar con los miembros de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Este es el segundo encuentro de trabajo sobre la drogadicción organizado este año en colaboración con la Delegación. El primero, mantenido en abril de 1987, consideró los aspectos del desarrollo y la puesta en marcha de una política con respecto a la drogadicción, mientras que este último se centrará en el papel de la Atención Primaria de Salud.

(\*) Correspondencia:  
Regional Office for Europe WHO  
8, Scherfigsvej  
DK-2100 COPENHAGUE  
DINAMARCA

Ambos aspectos son altamente prioritarios para la OMS, ya que son los constituyentes esenciales de nuestros esfuerzos

para conseguir el objetivo «Salud para Todos». Exageraríamos sólo ligeramente si afirmamos que la meta de «Salud para Todos» no puede alcanzarse sin la existencia de un sistema de atención primaria bien desarrollado; la introducción de las políticas nacionales sobre drogadicción en el marco de la estructura de este nuevo movimiento es un ejemplo del modo en que los sistemas de atención sanitaria pueden poner en práctica el concepto de «Salud para Todos».

El título de este artículo puede dar pie a una lista casi ilimitada de temas, todos ellos de semejante interés, ya que tienen que ver con un área relativamente nueva de la atención sanitaria —que está en plena evolución y donde, a pesar de las muchas dificultades, se están haciendo continuos progresos—. Es también un campo enormemente fascinante. Los drogodependientes se ponen de manifiesto en la sociedad de forma evidente; la conciencia del daño, tanto social como para la salud, causado por el consumo de drogas es igualmente grande y existe también una gran sensibilidad a nivel político sobre el tema.

Dentro del sistema de atención sanitaria el tratamiento del abuso de drogas se considera una tarea extremadamente difícil, que requiere por parte de los profesionales una enorme motivación y gran perseverancia para seguir haciendo el trabajo.

Más que la excepción, la recaída viene siendo la regla. Se considera al drogodependiente un individuo manipulador, no cooperador en ningún esfuerzo de tratamiento real y que a menudo sólo solicita la ayuda del trabajador sanitario como un puro modo de permitirle continuar con su hábito. Probablemente no existe un área dentro de la atención sanitaria en que los profesionales estén sujetos a niveles tan altos de estrés y decepciones. El término «quemado», empleado normalmente para identificar el fenómeno según el cual uno no puede seguir adelante con una tarea que se supone

es capaz de realizar, puede perfectamente haber sido acuñado en relación al consumo de drogas.

Aún así —como se dijo antes—, ésta es un área extremadamente interesante, en la cual se están desarrollando ideas innovadoras en lo relativo a la atención primaria, donde existen posibilidades de expandir los servicios asistenciales, en la que se trabaja en primera línea de la sociedad y donde ciertamente se puede experimentar una gran satisfacción cuando el tratamiento resulta útil.

Me gustaría ahora plantear cuestiones respecto al tratamiento de la drogadicción. Aunque no es posible dar respuestas completamente satisfactorias a estas cuestiones, creo que deben ser planteadas, puesto que son de gran importancia cuando se discute el papel de la atención primaria de salud.

## LLEGAR A LOS DROGADICTOS

¿Cómo llegar al máximo número de pacientes/clientes dentro de nuestra población? Como todos sabemos, el sistema de atención sanitaria está en contacto sólo con una proporción muy pequeña de drogadictos. En cualquier parte de Europa, en el norte o en el centro, cualquiera que trabaje en este campo confirmará esta observación. Sin embargo, no sabemos con exactitud cuál es la proporción real de drogadictos a los que llegan los servicios de asistencia sanitaria. Se han hecho muchos cálculos, pero existen muy pocos datos. La investigación relativa a los drogadictivos está en un estado muy primario a este respecto.

La situación parece ser ligeramente mejor si consideramos a los alcohólicos. Las encuestas realizadas en muestras de la población general de varios países han puesto de manifiesto que entre un 4 por 100 y un 20 por 100 de los que responden a la

encuesta y tiene problemas de alcoholismo han solicitado alguna vez los servicios de la atención sanitaria. Aunque, dada la amplia gama en el tipo de servicios que se ofrecen, debe de haber considerables diferencias tanto entre los distintos países como dentro de ellos y parece razonable sospechar que la cifra correspondiente para los consumidores de droga sería inferior.

Por ejemplo, en el Reino Unido se han iniciado recientemente una serie de proyectos piloto para proporcionar agujas y jeringas estériles a los adictos con el fin de prevenir la expansión de la infección por VIH entre los drogadictos. Uno de los resultados preliminares sobre la evaluación de la eficacia de tales proyectos reveló que aproximadamente el 30 por 100 de los que solicitan equipo de inyección estéril no habían tenido nunca contacto con el centro de atención sanitaria, habiendo entre este grupo una gran proporción de individuos con una historia de drogadicción de más de cinco años.

Con el fin de atraer a más gente hacia el sistema sanitario y de seguridad social en muchos países se ha tendido a expandir e incrementar la diversidad de los tratamientos ofrecidos.

Bajo el supuesto de que cada drogadicto tiene sus propias necesidades y peculiaridades y que, por ello, no es apropiado un tratamiento uniforme, han ido emergiendo servicios que pueden considerarse como meros servicios de mantenimiento del insano estilo de vida del adicto, no exigiendo ningún cambio en sus costumbres.

En algunos lugares este hecho ha conducido a la nada deseable situación en la que los distintos servicios de tratamiento están compitiendo entre sí para atraerse al mayor número de adictos, sin tener la debida consideración por lo que realmente están ofreciendo. En una situación en la que hay una amplia oferta de tratamientos, el

drogadicto no se dirigirá necesariamente a aquel que le ofrece la mayor posibilidad de recuperación, sino que elegirá el tipo de asistencia que le dé la mayor posibilidad de satisfacer inmediatamente sus más urgentes necesidades. En consecuencia, puede que el resultado final sea que, a pesar de que quizá se esté llegando a más gente, haya menos que lleguen a recuperarse del todo. Esto plantea un dilema constante. La provisión fragmentada de fondos contribuye al desarrollo de esta situación en que los fondos dados a una entidad particular suelen estar relacionados con el número de clientes dentro de su programa de tratamiento. De este modo se puede inducir a los centros a ofrecer, por razones financieras fundamentalmente, un programa que compita con otros existentes. Obviamente, esto sólo puede ser evitado por una estricta coordinación de las autoridades sanitarias de la comunidad.

El grado de incidencia en la población diaria viene determinado por la interacción de dos grupos de variables: una relativa a la población de clientes y la otra al servicio ofrecido.

En lo que se refiere al cliente podemos pensar en factores tales como acceso físico a los servicios de tratamiento. En muchos lugares es imposible para los drogodependientes que están en prisión recibir tratamiento. El servicio puede estar localizado demasiado lejos del lugar donde vive el drogodependiente. Podrían existir también factores económicos que impidan al drogodependiente ponerse en contacto con el centro, bien sea porque debe conseguir los fondos para el tratamiento, bien, sencillamente, debido al hecho de que visitar un centro de tratamiento durante las horas de trabajo puede tener consecuencias negativas para su empleo. Por supuesto, el factor más importante es el psicológico, en términos de la esperanza puesta en el tratamiento.

En cuanto a los servicios podemos pensar en las posibilidades físicas del centro para hacer frente a todas las demandas de ayuda. A este respecto habría que observar que en toda Europa existen centros de tratamiento de drogodependientes que utilizan una lista de espera para los clientes que desean entrar en su programa.

Otro aspecto que resulta importante en este punto es la imagen que dan los servicios de tratamiento. Los clientes o sus familias suelen sentirse confundidos acerca de los distintos servicios. Pueden tener esperanzas no realistas basadas en rumores o informes de prensa. Asegurarse de ofrecer una información correcta forma parte del funcionamiento de un buen servicio de tratamiento.

La cuestión de llegar al máximo número de drogodependientes se ha convertido en un imperativo a raíz de la epidemia del SIDA. Aunque parece que las intensas campañas educativas son eficaces para modificar el comportamiento de otros grupos de riesgo, se cree que será mucho más difícil en el caso de los consumidores de droga por vía intravenosa. Entre los esfuerzos encaminados a inducir a este grupo a desarrollar un comportamiento menos arriesgado frente al SIDA es necesaria una comunicación personal; se cree que los servicios de tratamiento pueden desempeñar un papel clave a este respecto. Se encuentran en la mejor situación para persuadir a los drogadictos de que practiquen una vida sexual sana y para que eviten métodos innecesariamente peligrosos de consumo de droga.

## EFFECTIVIDAD

Uno de los grandes problemas en el tratamiento de la drogadicción es la incertidumbre acerca de su eficacia. En esta cuestión, uno de los puntos principales es determinar los criterios de eficacia. En el transcurso del tiempo hemos presenciado

un cambio sustancial de estos criterios.

En un principio la idea general era que un programa de tratamiento eficaz es aquel que como resultado produce la abstinencia. En la mente de mucha gente esto sigue siendo cierto. Y, además, no puede haber duda de que la abstinencia es la meta más deseable en el tratamiento de la dependencia de cualquier sustancia que altere la personalidad. Sin embargo y desgraciadamente se ha demostrado a menudo que esta meta es muy difícil, sino imposible, de conseguir en un futuro inmediato para muchos adictos. Aunque en el caso de algunos drogodependientes la abstinencia puede ser una meta directa apropiada, para toda la población de drogodependientes en muchas comunidades puede que no lo sea. Por tanto, suelen considerarse en la actualidad eficaces aquellos programas en los cuales se consigue reducir la implicación de los clientes en actividades criminales o se consigue que muestren una mejoría en las relaciones familiares, en el trabajo o en los estudios, aunque mantengan su drogadicción. Incluso, en una etapa posterior, se llegó a considerar eficaz un programa si conseguía conservar a sus clientes.

A pesar de la flexibilidad en cuanto a los objetivos y al reconocimiento de que puede haber muchas metas legítimas en un tratamiento además de la abstinencia, no hay datos tan claros como nos gustaría de la eficacia de la mayoría de los métodos alternativos de tratamiento de la drogadicción. En el caso de muchas alternativas, como la simple desintoxicación, los datos sugieren que los efectos son extremadamente efímeros. Para muchas otras de las modalidades de tratamiento, en caso de existir alguna evaluación, procede de quienes abogan por dichas modalidades.

Es cierto que el tratamiento de la drogadicción es una disciplina relativamente joven y que pueden haberse hecho considerables avances por medio del método de

tanteo. Pero es también cierto que hemos desarrollado nuestro conocimiento sobre los efectos de las diversas modalidades de tratamiento. Es perfectamente posible una monitorización y análisis apropiado de lo que sucede a los pacientes durante y después de finalizado el tratamiento. Si conseguimos que esto forme parte de la rutina seremos capaces de realizar las necesarias evaluaciones en el futuro.

## TERAPIA CORTA

Un enfoque relativamente nuevo y muy interesante introducido en el tratamiento de los drogodependientes ha sido el desarrollo de terapias limitadas en el tiempo. Muchos de los programas tradicionales de tratamiento fueron diseñados para mantener a los pacientes durante largos períodos de tiempo, en muchos casos durante años. En el caso de los programas de metadona, no resulta nada excepcional encontrarse con pacientes que han estado participando durante más de cinco años. También los programas de pacientes ambulatorios suelen mantener a los pacientes durante largos períodos de tiempo. Algunos programas ambulatorios dirigidos hacia la abstinencia proporcionan psicoterapia a largo plazo y otros (de hecho la mayoría) ofrecen asesoramiento individual, que puede prolongarse también durante años.

Aunque, a la luz de las investigaciones, se acepta que cuanto más tiempo permanecen los clientes en el programa de tratamiento mejores son sus posibilidades de recuperación, ha habido considerables presiones para reducir la duración de los tratamientos en la medida de lo posible. Por supuesto, esta presión se ve favorecida por la carencia de datos convincentes en lo referente a la eficacia de la mayoría de las formas de tratamiento y todavía más, por la difícil situación financiera en que se encuentran en la actualidad los centros de provisión de fondos.

La idea global de la viabilidad del acortamiento del período de tratamiento vino de la experiencia en el tratamiento del alcoholismo. Se encontró que no había diferencias reales en cuanto al resultado del asesoramiento ambulatorio si éste se limitaba a dos o tres sesiones. Frente a las largas discusiones mantenidas repetidamente con los clientes a intervalos regulares, muchos programas ambulatorios de tratamiento del alcoholismo ofrecen en la actualidad sesiones muy cortas en las que se intenta analizar la situación del paciente y en las que se aconseja a éste sobre las diferentes formas de solucionar su problema. No se realiza ningún esfuerzo para averiguar si el cliente ha seguido las líneas expuestas.

Esta idea está ganando terreno también en el sector de los enfermos internos. Muchas comunidades terapéuticas han empezado experimentos con protocolos de tratamiento de corta duración para sus clientes. Algunos se están estructurando para proporcionar atención residencial de corta duración (seis meses o menos), seguida de terapia de convalecencia básica.

Existen una serie de cuestiones de extrema importancia cuando se discuten las posibilidades del desarrollo de estrategias de tratamiento breve.

Una cuestión principal es la necesidad de instrumentos de diagnóstico para determinar con exactitud las necesidades/problemas del cliente. Entre los drogodependientes se encuentran una gran variedad de psicopatologías y, por supuesto, esto tendría que ser exactamente diagnosticado desde el comienzo. Habrá poca esperanza de que el tratamiento sea eficaz cuando, bajo el consumo de drogas, se encubre un estado patológico básico como depresión o ansiedad. Recientemente se han hecho progresos en el área diagnóstica. No obstante, pasará algún tiempo antes de que tales instrumentos se utilicen a gran escala en la investigación. Muchos países de Europa es-



tán todavía en un estado primario de desarrollo, pero creo que ésta puede ser una de las más importantes innovaciones que hay que explorar.

Un tema muy relacionado es la adecuación del tratamiento con respecto al cliente. En la actualidad encontramos en muchas comunidades una serie de tratamientos para una serie de subpoblaciones de drogodependientes. En algún momento tendremos que ser capaces, a nivel de la comunidad, de tener una idea razonable de los tipos de programas de tratamiento existentes a disposición de los diferentes tipos de clientes.

## TERAPIA COMBINADA

Otro asunto importante dentro de la discusión del tratamiento de la drogadicción es la necesidad de explorar la posibilidad de una terapia combinada para el alcoholismo y el abuso de narcóticos. Entre otras cosas, esto es necesario debido al fenómeno de dependencia combinada al alcohol y los narcóticos. Otro argumento a favor de los servicios de tratamiento combinado es el del valor terapéutico que puede tener en sí mismo el hecho de confrontar a los dos tipos de adictos. El alcohólico podría beneficiarse del contacto con el drogodependiente, generalmente más activo y más joven; y, a su vez, la agresividad y la hostilidad de este último podría reducirse por contacto con el alcohólico, generalmente más viejo, más pasivo y deprimido.

Hasta la fecha, uno de los principales obstáculos que ha habido que superar para el establecimiento de servicios de tratamiento combinado han sido las actitudes del equipo en las unidades de tratamiento único.

Los asesores se muestran extremadamente indecisos a la hora de admitir a los adictos de narcóticos, a menudo agresivos y manipuladores, en su centro por temor a

que el ambiente terapéutico se vea irremediablemente dañado. Por su parte, los clientes de los servicios de tratamiento de alcohólicos muestran a menudo actitudes extremadamente negativas hacia los drogodependientes y sienten que «su» centro se degrada si se admite a los consumidores de droga.

Por otro lado, los terapeutas de los centros de tratamiento de la drogadicción pueden temer que los pacientes alcohólicos fomenten un mayor consumo de alcohol entre los drogodependientes. Se suele creer que los problemas presentados por los drogodependientes son por lo general problemas típicos de la gente joven, que requieren un planteamiento especial, muy diferente del indicado para los clientes alcohólicos, que suelen ser generalmente mucho más viejos.

Hasta la fecha la experiencia ha sido diversa. Algunos centros de tratamiento que experimentaron el tratamiento combinado han vuelto a sus regímenes iniciales de tratamiento separado, mientras que otros continúan combinando la terapia o han hecho una separación de sus clientes en jóvenes y viejos. Por tanto, nos hallamos en una etapa en la que puede ser demasiado pronto para sacar conclusiones definitivas con respecto a la experiencia que poseemos, pero el tema merece atención ulterior.

## EN CONCLUSION

Los siguientes tres puntos parecen ser especialmente relevantes al considerar lo expuesto en los párrafos anteriores en el contexto de la atención primaria.

1. Es de vital importancia un diagnóstico apropiado de la drogadicción y la posible enfermedad física/psicopatológica asociada tan pronto como sea posible y, por supuesto, al comienzo de cualquier intervención.

Que ésta tenga éxito en el marco de la atención primaria depende de la disponibilidad de herramientas diagnósticas y de intervención sencillas. En la actualidad no se aplican los instrumentos disponibles de forma amplia y suelen estar todavía en estado experimental. Será esencial un fuerte desarrollo laboral para favorecer el progreso.

2. Con el fin de utilizar el potencial de la asistencia primaria y de los centros de tratamiento especializado, en la prevención de la infección por VIH es imperativo el contacto entre el sistema sanitario y de seguridad social, y el drogodependiente. Tanto el sistema de atención primaria como los servicios de tratamiento especializado llevarían a cabo esta tarea.

3. El futuro de la red de tratamiento de drogodependencias y su eficacia dependerán de su capacidad para apoyar el sistema de atención primaria e integrar iniciativas de la comunidad. Dentro de la comunidad muchos individuos y grupos sociales muestran un gran interés por los problemas asociados con el abuso de drogas. Será juicioso utilizar este potencial.

La atención primaria está disponible, en principio, para todos los individuos de la comunidad. Su posición es ideal para diagnosticar el consumo de drogas para poner en práctica modelos simples de intervención y para enviar a los individuos a recibir tratamiento especializado en caso de necesitarlo.



Juan L. Ruiz-Giménez\*

# Funciones de la Atención Primaria de Salud en la atención a drogodependientes

## RESUMEN

*La drogodependencia en su más amplio sentido es un problema de salud existente con distinta importancia en las diferentes comunidades, clases sociales y pueblos de nuestro país. Expresa con claridad la dimensión multicausal y ecológica de los problemas de salud de una sociedad históricamente determinada.*

*La estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) es la política de salud más idónea para poder abordar esta problemática de salud de las drogodependencias. Estrategia que debe caracterizarse por su orientación a satisfacer las necesidades de salud; su carácter integral de atención programada, continua, eficiente y científica sobre el individuo, comunidad y medio ambiente; su enfoque profiláctico y educativo; el trabajo en equipo multi e interdisciplinar; ser parte de un sistema integrado de servicios socio-sanitarios públicos y contar con la participación activa de la Comunidad.*

*Para ello es necesario que se extienda y consolide en todas las Comunidades Autónomas la estrategia de APS a través de los Equipos de Atención Primaria.*

## *Primary Health Care Functions in the treatment of drug addicts*

15

## SUMMARY

*Drug addiction in its widest sense is a health problem which exists with varying degrees of intensity in the various communities, social classes and regions which go to make up our country. It is a clear example of how health problems in a society at a given moment stem from a multiplicity of causes and indeed can be seen as environmental problems.*

*Primary Health Care (PHC) provides the basis for the best policy for effectively dealing with drug addiction as a health problem. Such a strategy must fulfil a number of conditions: it must address health needs; it must ensure attention for the individual, the community and the environment in a planned, consistent, efficient and scientific way; stress the preventative and educational aspects; provide for multi and interdisciplinary teamwork; form part of an integrated system of public social and health services; and there must be active community participation. In order to attain these ends, the PHC strategy must be extended to all the Autonomous Communities and consolidated through the Primary Care Teams.*

## INTRODUCCION

Durante estos días nuestro objeto de estudio va a ser el problema de la drogodependencia, cómo se debe abordar y cómo

podemos contribuir desde la atención primaria de la salud a solucionarlo.

La drogodependencia se ha convertido en uno de los problemas que suscita mayor preocupación en la sociedad española y si bien no es un problema nuevo, sí es cierto que se ha puesto de moda por distintos motivos de orden social, político y económico.

(\*) Correspondencia:  
Ambulatorio Vicente Soldevilla  
C/Sierra de Alquife, 8  
28018 Madrid

A efectos de enmarcar el campo de trabajo, droga como la define la OMS, es toda sustancia química que introducida en nuestro organismo por cualquier vía es capaz de modificar nuestras funciones, es susceptible de crear dependencia y puede provocar a la vez tolerancia. Por lo tanto, debemos abordar tanto las drogas socialmente aceptadas (tabaco, alcohol, medicamentos) como las ilegales, teniendo en cuenta las especificaciones y particularidades que puedan tener cada una de ellas.

El problema de la drogodependencia nos permite ver con bastante claridad la dimensión multicausal y ecológica de los problemas de la salud y enfermedad en cualquier sociedad, en donde la sustancia/s que existen pueden actuar sobre los individuos componentes de una comunidad que está condicionada por un ambiente físico, cultural y social históricamente determinados.

Por lo tanto, tenemos que reconocer que el abordaje de este problema debe hacerse siempre desde una visión sistemática e integral, aunque estudiemos y discutamos temas sectoriales, o puntuales y concretos del mismo. Aunque creo que todos aceptamos ya, al menos en lo conceptual, que la drogodependencia no es un problema exclusivamente sectorial, ya sea sanitario o de los servicios sociales o de los servicios policiales, sino de ámbito social global, existen importantes trabas y dificultades operativas para el abordaje multisectorial e interdisciplinar del problema.

Por otro lado, nos encontramos en una situación de crisis general del modelo de sociedad en el que estamos inmersos, lo que supone, por lo menos, la introducción de reformas o recambios entre otras cosas, en los servicios sociales que la comunidad demanda y desea, y que el Estado ofrece, desarrolla y protagoniza. Servicios sociales como la educación, la sanidad, la justicia, la asistencia social están sacudidos por la necesidad de una readaptación a las actua-

les necesidades históricas en donde se enfrentan intereses contradictorios y contrapuestos, y de los cuales no siempre salen bien paradas clases bien determinadas, que son, además, las que más sufren fenómenos de marginación.

Los debates abiertos sobre la crisis de los sistemas sanitarios y de servicios sociales todavía no están concluidos en su conceptualización y tampoco en las estrategias y tácticas concretas a desarrollar. De sistemas sanitarios centrados en el abordaje hegemónico médico asistencial y curativo de la enfermedad, con costes cada vez mayores, en donde ya no se conseguía demostrar una relación positiva entre  $\Delta$  por 100 de PIB gastado y los niveles de salud conseguidos en toda la sociedad, a sistemas sanitarios basados en la APS con las características de integralidad, interdisciplinaridad y participación comunitaria, cuya relación coste, eficacia y eficiencia puedan ser más justas para el conjunto social.

Durante mucho tiempo se ha seguido una política benéfica y paternalista en cuanto a la lucha contra la marginación social. Primaba el trabajo asistencial de acciones reparadoras de situaciones de desigualdad individual, pero manteniendo las condiciones que permitían la desigualdad. Las actuaciones eran prioritariamente individuales y fragmentarias, con escasa coordinación con otros sectores de servicios sociales básicos. Se plantean en la actualidad modelos diferentes en donde los servicios sociales forman parte de un sistema público integrado y planificado, donde se habla de bienestar y calidad de vida, cuyas características sean también la integridad, la participación comunitaria y la descentralización.

Muchos países, y entre ellos el nuestro, han iniciado, con mayor o menor voluntad política, la implantación de estrategias de desarrollo de servicios sociales y sanitarios distintos, como la estrategia de APS y la de los servicios sociales comunitarios, para con-

seguir mejores niveles de salud y de calidad de vida para todos. Bien evidente es que existen dificultades y trabas importantes en el desarrollo de estas políticas por parte de los distintos agentes que intervienen en el proceso, como son la comunidad en sí, los profesionales técnicos y trabajadores del sector y las administraciones públicas. Algunos de estos temas deben surgir a lo largo de estos días de trabajo permitiéndonos acercar posiciones y encontrar vías para seguir avanzando en el empeño sincero, que seguro que tenemos, de satisfacer mejor las necesidades de salud de nuestras comunidades.

Están planteados los dos temas y ahora tenemos que hacer el esfuerzo de ver cómo están interrelacionados y qué sugerencias y conclusiones sacamos.

#### LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS)

Partimos de aceptar la definición de APS, que la OMS insistentemente pregonaba por todo el mundo y que a partir de 1978 en la Conferencia del Alma Ata se hace más familiar y conocida, y posibilita la aprobación de la Estrategia Mundial de la Salud para todos en el año 2000.

La OMS define la APS como «asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer contacto entre los

individuos, la familia y la comunidad con el Sistema de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria».

El recordar la tan conocida definición permite, por un lado, refrescar algo que, por obvio, puede quedar en el olvido y, por otro, ponerme del lado de lo que significa la APS y apostar por ella como filosofía, y como estrategia válida en nuestro país para abordar los problemas de salud y, entre ellos, el de la drogodependencia.

Filosóficamente, la APS en su más profundo sentido se caracteriza por justicia social e igualdad, autorresponsabilidad, solidaridad internacional y aceptación del concepto amplio de salud que presupone necesariamente el desarrollo de una estrategia social y sanitaria totalmente nueva.

En mi exposición hago un esfuerzo por integrar en APS los objetivos y actividades a desarrollar por los distintos servicios organizativos sociales y sanitarios.

#### CARACTERISTICAS ESENCIALES DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y SU RELACION AL PROBLEMA DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA

La APS debe estar orientada hacia la satisfacción de las necesidades de salud de la población abordando los principales problemas de salud de la comunidad.

Para ello es necesario aplicar una metodología de trabajo específica que una las necesidades, definidas por método científico y epidemiológico, con objetivos, actividades y tareas a realizar por los Equipos de Salud y de Bienestar, y por la propia comunidad.

El primer punto que nos planteamos es la delimitación del problema de la drogode-

pendencia en nuestro país presentado con distintos niveles de priorización en las diferentes comunidades que constituyen el Estado español. Es importante hacer un esfuerzo en cada comunidad y en sus servicios más cercanos para definir la priorización que tiene el problema de la droga y no dejarse influir acríticamente por las directrices globales y universalizadoras de los niveles estratégicos.

Probablemente, la mayoría de las Comunidades Autónomas han efectuado ya diagnósticos de situación sobre la magnitud de este problema en sus comunidades respectivas que nos permitan conocer mejor el problema, sobre todo en lo que se refiere a qué sector de población de mayor riesgo afecta y cuáles son los factores condicionantes y determinantes del mismo. Es necesario analizar más a fondo los indicadores del nivel de salud o de enfermedad de cada comunidad local, pues es allí en donde se deben desarrollar prioritariamente las actividades de APS.

Los estudios que conozco apuntan algunas de las siguientes consideraciones:

1. Importancia actual desde el punto de vista médicosocial del alcoholismo como drogodependencia de mayor y más grave incidencia en nuestro medio, seguido a cierta distancia del abuso de determinados fármacos psicótrópicos y finalmente de las toxicomanías de carácter ilegal, aunque éstas plantean problemas específicos y de más difícil abordaje.

2. Consumo creciente de drogas de circulación ilegal, señalando la relativa entidad del consumo de opiáceos y la tendencia a la politoxicomanía. Aumenta el número de drogas y su potencia.

3. Protagonismo y mitificación de la heroína con una factura y efectos que contribuyen a que se reproduzca por contagio social con gran impacto y efectividad.

4. El consumo de cocaína, también en aumento, se encuentra todavía en etapa clínica silente.

5. Adelantamiento de la edad de iniciación en el consumo de la droga afectando a la preadolescencia y adolescencia.

6. El alcohol, el tabaco y el cannabis como factores que multiplican el riesgo de uso de otras drogas.

7. El uso creciente de solventes volátiles «inhales» por los sectores jóvenes más marginados y con menores recursos económicos.

8. Asociación entre consumo de drogas ilegales y aumento de la inseguridad ciudadana. Parece que las drogas vienen a reforzar procesos de desviación e inadaptación social latentes, aunque existe la tendencia a identificar al drogadicto con delincuente y a la droga como un factor de criminalidad.

9. Las toxicomanías afectan con distintas características a todos los grupos sociales, pero hace falta conocer las variables de mayor riesgo. Entre ellas está la edad, con el mayor consumo en el ámbito juvenil, el sexo con un mayor consumo entre varones, y las características socioeconómicas, como las rentas más bajas y situaciones de marginación. Son necesarias investigaciones epidemiológicas analíticas que nos permitan conocer más a fondo este problema.

#### Factores sociales

- Oferta y disponibilidad de las sustancias. El alcohol, el tabaco y los psicofármacos están al alcance de cualquier persona, incluso niños. En la última década resulta fácil la consecución de las drogas ilegales, aunque el tráfico y el comercio de las mismas sea clandestino. Hay una relación directa entre la disponibilidad de las

drogas y el aumento del problema de la drogodependencia.

- La publicidad como instrumento para mediatizar y moldear las costumbres y actitudes de la población hacia el consumo de productos que tienen detrás importantes intereses de grupos económicos bien conocidos. Utiliza canales distintos, según el tipo de sustancias a «consumir» y «vender», y grupos a las que van dirigidas, estando apoyada por los valores culturales o contraculturales que existen en nuestro sistema social.
- La influencia de los modelos sociales parece crucial en la iniciación al consumo de drogas. Ciertos hábitos y estilos de vida se muestran como conductas de prestigio social y expresiones de placer a imitar por los adolescentes.
- Información inadecuada e insuficiente sobre la problemática de las drogas, también entre ciertos sectores claves como son los profesionales directamente relacionados con las mismas (personal sanitario, abogados, educadores, psicólogos...).
- Valores transmitidos por los sistemas educativos como puedan ser la evasión ante los problemas, la consecución de la eficacia a cualquier precio, el consumismo, la competitividad y la búsqueda de soluciones individuales a problemas sociales. La escasa educación y cultura de la salud a todos los niveles, nos hace más vulnerables ante las influencias negativas.
- Condiciones sociales cambiantes con grandes dosis de incertidumbre. Las convulsiones que están produciéndose por la revolución tecnológica y cambios en los sistemas productivos. El problema del paro, de la formación

profesional, del ocio y del uso del tiempo libre.

- Deficiencias del sistema sanitario, con su enfoque más curativo que profiláctico, con un sistema organizativo en atención primaria insuficiente, una formación deficiente de los profesionales y con una práctica farmacológica inadecuada.

#### Factores familiares

Como primer entorno en el que se desenvuelve la vida del individuo y se produce el comienzo del aprendizaje y de socialización tiene importancia. El modelado directo de los padres, las relaciones interfamiliares, actitudes de sobreprotección materna con conducta ineficaz paterna, permisividad parental o excesiva dureza, la incomunicación.

#### Factores individuales

- Son muchas las investigaciones que revelan que el uso de drogas está inducido y controlado socialmente por el grupo de compañeros, sobre todo en las etapas de la adolescencia en que la búsqueda de la propia identidad adquiere una importancia especial.
- La escuela es otro factor importante en donde el adolescente puede encontrarse con los primeros fracasos que le hagan buscar su autoestima y satisfacción.

#### Factores grupales

Son pocos los que creen que existen personalidades predisponentes previas a la adicción, si bien sí se conocen variables psicológicas que facilitan el riesgo de la adicción como son la edad, el sexo, consumo



de drogas institucionalizadas, lugar de control, dependencia de campo, hostilidad, búsqueda de sensaciones, autoconcepto, anhedonia y otros múltiples factores.

Todo EAP en su zona debe conocer, como parte del diagnóstico de salud, la incidencia de la drogodependencia en su área de influencia, los factores de riesgo que están impulsando a la población al consumo y las necesidades de educación sanitaria sobre drogas de la misma. En bastantes zonas de salud del país existe el problema y tiene un alto nivel de priorización, que debe ser establecido respecto a otros problemas de salud existentes. En otras zonas apenas existe o no es prioritario.

La priorización del problema la valoraremos teniendo en cuenta:

- *La gravedad del daño*: magnitud del problema en mortalidad y morbilidad e invalidez.
- *Trascendencia* e impacto socioeconómico y ante la opinión pública que tiene el problema. El interés de la comunidad.
- *Vulnerabilidad* o qué posibilidad tenemos con los conocimientos actuales de incidir sobre el problema tanto en los aspectos preventivos y profilácticos como en los recuperadores. Cuáles son las tecnologías más eficaces.
- *Coste/efecto* con criterios de eficacia y eficiencia, y cuánto nos cuesta solucionar o mitigar el problema.

Una vez priorizado nos tenemos que plantear una actuación programada sobre el mismo y establecer un programa de salud específico, cuyo marco geográfico poblacional debe ser la zona, si bien debe contar con los recursos especializados establecidos en el área.

## ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

El abordaje de cualquier problema de salud debemos hacerlo de forma integral, considerando al ser humano como una unidad biopsicosocial. Teniendo en cuenta la definición que hemos realizado del problema en estudio y los factores que lo condicionan, no es difícil concluir que tenemos que actuar con actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación tanto sobre el individuo como sobre la familia, la comunidad y el medio ambiente natural y social.

Es más, según conocemos más a fondo este problema y lo complejo y difícil que es salir cuando se ha entrado en él nos hace insistir en la prioridad de la función profiláctica y promotora de la salud y de estilos de vida saludables, que luego probablemente malgastar recursos en intentar la recuperación, que de todas maneras debemos hacer si desgraciadamente hemos fracasado socialmente en suprimir el problema.

La integralidad significa muchas cosas y entre otras:

- *Unidad biopsicosocial*: no es posible despedazar dicha compleja unidad sin el peligro de deteriorarla e inutilizarla. Los tres componentes deben abordarse.
- Actuar activamente y no a la espera pasiva en las distintas etapas del problema, con actuaciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de forma integrada.
- Que nos afecta a todos y que todos intervenimos en el problema. Tenemos muchas veces inclinaciones a sacar «balones fuera» o «jugar al avestruz». Es decir, significa solidaridad.
- Multidisciplinariedad, se necesitan va-

rios técnicos y profesionales para conjuntar los conocimientos y habilidades diferenciadas necesarios para el abordaje del problema

- Intersectorial, es decir que debemos abordarlo coordinadamente entre los sectores sociales, ya que prácticamente la globalidad social se ve involucrada en el problema.
- Que se debe dar en todos los niveles asistenciales, tanto sanitarios como sociales, integrando todos los recursos que sean eficaces dentro del objetivo de dar una respuesta diversificada y adaptada a las características personales y sociales de cada individuo.

Bien difícil es a veces actuar integralmente. ¡Cuántas resistencias encontramos! ¡Cuánto nos cuesta perder parcelas de poder! ¡Cuántas suspicacias y temores! ¡Cuántas incomunicaciones! ¡Cuánto nos falta por aprender! Nuestros conocimientos, habilidades y actitudes no están modeladas para una atención integral. La fragmentación de nuestra organización social facilita la descoordinación y la parcelación. La hegemonía del modelo asistencial médico curativo condiciona de forma importante muchas facetas de la actuación. Todo esto lo sufrimos en el trabajo diario con el problema y creo que con demasiada frecuencia claudicamos.

El médico de atención primaria, con la variedad de sistemas organizativos actuales, se encuentra ante el problema y ante él tiene diferentes actitudes:

- Ceder a la demanda, actitud más bien pasiva, cuando el drogodependiente acude en busca de fármacos, por angustia o ansiedad, o problemas y complicaciones biológicas y/o psíquicas derivadas del consumo de drogas.

— Negativismo del problema, no es una enfermedad ni es de mi incumbencia, me desborda y no lo conozco, y me siento impotente.

- Mero canal o instrumento de envío a otros niveles profesionales sanitarios o sociales.
- Paternalista y compasiva, o represiva.
- Programada y de atención integral al problema.

Puedo asegurar que cada uno de nosotros, dependiendo de las circunstancias de su trabajo se puede inclinar hacia cualquiera de ellas y supone una constante lucha contradictoria.

Se necesitan condiciones organizativas más favorables para poder abordar más eficientemente el problema desde el nivel primario de atención. La extensión y consolidación de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en nuestro país es un elemento importante para contribuir con otros a la disminución del problema de la drogodependencia.

En cada zona de salud, donde el EAP suma la responsabilidad de abordar el problema, debe desarrollar las siguientes funciones:

a) *De atención directa*, que incluye acciones de promoción, prevención, cuidado y/o recuperación, rehabilitación y educación para la salud, mediante el establecimiento de un programa de salud en el que se establezcan los objetos y metas a alcanzar, las actividades y recursos necesarios, y el sistema de evaluación.

1. Mediante acciones de promoción y prevención tenderemos tanto a lograr mayor goce de salud y calidad de vida en la población sana como a establecer las barreras necesarias para impedir que enfer-

me, incidiendo prioritariamente en los grupos conocidos de mayor riesgo.

Algunos ejemplos de acciones pueden ser:

- Colaborar en la disminución de la oferta.
- Colaborar en la disminución de la demanda a nivel escolar y comunitario.
- Educación para la salud con el propósito de adquirir conocimientos, desarrollar hábitos y actitudes favorables de la población hacia su salud, modificar hábitos y actitudes negativas, promoviendo la participación permanente, consciente y responsable de la población, en la solución de sus problemas de salud, individuales, familiares y colectivos, y el conocimiento de sus derechos.

Dentro de este amplio campo se puede sugerir la realización de experiencias educativas informales de salud dentro del centro, como la configuración del medio ambiente del edificio, prohibición de fumar, carteles y folletos educativos, modelo a imitar en los trabajadores, adopción de pautas responsables y restrictivas de prescripción de fármacos, control del consumo de los mismos.

También se pueden hacer actividades directas educativas en el paciente y la familia en cada consulta, sobre factores de riesgo de ciertos hábitos y estilos de vida, como tabaco, alcohol, medicamentos, sedentarismo, etcétera.

- Actividades preventivas en la comunidad fuera del centro, dirigidas a la comunidad organizada o a grupos de alto riesgo. Desarrollar programas educativos, persuasión con clarificación de valores, presentación de modelos adecuados de salud respecto

al consumo de drogas (los propios profesionales), introducción de señales discriminativas que fomentan la abstinencia. No es conveniente que personas extrañas al centro escolar se dirijan directamente al alumnado, por el contrario, deben ser los profesores los que se encarguen de la tarea educativa. Los profesionales de la salud debemos dedicarnos a entrenar y asesorar a los padres y profesores para que cumplan sus cometidos.

- Controles periódicos de salud de las poblaciones en riesgo para su detección, prevención y seguimiento.
- Educación física y deporte como formas alternativas para el ocio y tiempo libre.
- Utilización del ocio.
- Acciones contra los factores de riesgo como el tabaco, alcohol, stress, ritmos de trabajo, paro, marginación social.
- Higiene de la nutrición.
- Orientación y planificación familiar.
- Control y vigilancia de las enfermedades transmisibles mediante inmunización, etcétera.
- Control y vigilancia de las enfermedades crónicas.
- Participación en los programas de desarrollo y participación comunitaria.
- Participar en programas de impulso del asociacionismo y cooperativismo de ex alcohólicos, ex toxicómanos, juvenil, familiares de los mismos.

— Orientación a individuos y familias hacia otros servicios.

— Participar en actividades de coordinación con otros sectores y dispositivos sanitarios y sociales que actúan preventivamente sobre la drogodependencia.

2. Mediante acciones de cuidado, recuperación y rehabilitación de la salud tendremos a devolver la salud al individuo que enferme.

Se llevará a cabo mediante.

— Atención médico-social y de enfermería tanto en consulta como a domicilio con:

- Detección precoz de los casos.
- Intervención en urgencias y situaciones de stress.
- Recepción y valoración de motivación y voluntariedad de los casos.
- Orientación y asesoramiento al sujeto y familiares.
- Estímulo a la motivación.
- Evaluación biopsicosocial de los casos.
- Elaboración y puesta en práctica (si se encuentra capacitado) de un programa terapéutico que incluye la desintoxicación ambulatoria o domiciliaria. Todo ello asesorado y tutorizado por el nivel especializado.
- Derivación responsable al nivel especializado cuando se precise.
- Tratamiento de la patología somá-

tica asociada a la drogodependencia. Rehabilitación física y psíquica.

- Prestación de cobertura sanitaria a los dispositivos de rehabilitación y reinserción que existan en la zona.
- Colaboración en los programas de rehabilitación y de reinserción que se llevan a cabo.
- Participar en programas de cooperación o contribuir a promoverlos entre los diversos servicios y organizaciones de la zona que llevan a cabo actividades preventivas, asistenciales o rehabilitadoras sobre el tema.
- Educación para la salud continuada y permanente, integrada en la actividad cotidiana.

Es importante recalcar que para conseguir respeto y autoridad moral necesaria para cualquier agente educador es requisito primordial el conseguir un nivel de calidad asistencial y una adecuada relación interpersonal entre personal sanitario, paciente y miembros del EAP-población.

b) Función formativa con dos objetivos diferenciados, uno contribuir a la formación pregrado y postgrado del personal de salud en los temas de drogodependencia y atención primaria, y otro desarrollar formación y capacitación continuada a los miembros del EAP en los aspectos tanto preventivos como recuperadores. Uno de los instrumentos útiles para la formación continuada es la interconsulta con otros niveles asistenciales sobre los casos prácticos concretos y su evolución. Las sesiones de discusión entre todos los miembros es otra alternativa válida.

El establecer sistemas de evaluación de

la calidad asistencial de forma periódica es un instrumento dinámico y educativo, que permite con la práctica misma adquirir enriquecimientos en los conocimientos y habilidades. Para ello tenemos que tener diseñado y puesto en funcionamiento un sistema práctico de información documentación y registro de nuestra actividad.

c) *Función investigadora*. El abordaje científico del complejo fenómeno salud-enfermedad precisa de una actividad continua de investigación que debe desarrollarse en todos los niveles de atención del sistema sanitario y social, y que en este nivel es un subproducto de la actividad asistencial con carácter eminentemente práctico.

Nos centraremos en el área clínico-epidemiológico y en el funcionamiento y organización de los servicios de salud sobre la problemática de la drogodependencia, sin perjuicio de colaborar en la ejecución de planes y proyectos de investigación con otros niveles de atención.

d) *Función de administración*, que incluye entre otras actividades lo siguiente:

- Ejecutar las normativas y directrices sanitarias establecidas por los poderes públicos.
- Proporcionar de forma periódica y oportuna la información sanitaria de la zona.
- Colaborar técnica y administrativamente con otros EAP, Equipos de Salud Mental y atención especializada, y con servicios y/o instituciones sanitarias y sociales del área.
- Facilitar y potenciar la participación ciudadana en la gestión del cuidado de su salud.
- Efectuar la autoevaluación continua-

da de la actividad y de la consecución de los objetivos y metas establecidos.

- Administrar y controlar los recursos asignados para el funcionamiento del centro.

Todo lo anteriormente dicho suena a utopía o imagen objetivo a conseguir, ya que está lejos de ser una realidad generalizada, tanto en la totalidad del sistema sanitario español como en los 400 Equipos de nuestro país, que suponen una cobertura del 25 por 100 de la población.

#### TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Necesitamos trabajar en equipo multidisciplinario para poder abordar integralmente el complejo problema de la drogodependencia.

Médicos, pediatras, personal de enfermería, trabajadores sociales y personal auxiliar constituyen los elementos básicos de atención primaria en España, que deben responsabilizarse progresivamente de la atención primaria de salud de la población de su zona geográfica de actuación. Es evidente que este equipo tiene sus limitaciones para abordar el tema de la drogodependencia y por ello necesita del apoyo muy cercano para asesoramiento, interconsulta y asistencia de equipos de salud mental, piezas muy importantes para la atención del drogodependiente.

Unos y otros en todo el Estado español son bastante pocos y actuando además con bastantes deficiencias organizativas y estructurales. Para el resto de la población en el nivel primario del Insalud sigue funcionando el médico de cabecera y pediatra de cupo con una función asistencial individual muy deteriorada, con escasos medios y limitado a un tiempo de ac-

tuación escaso y burocratizado, y que únicamente puede referir los casos detectados a otros niveles, o recetar fármacos para quitarse los problemas de encima.

Hay que decir claramente que la situación todavía es bastante triste y decepcionante tanto para la población como para los profesionales de la salud. El problema fundamental es la insuficiencia de recursos personales y materiales, así como de sistemas organizativos inadecuados y caducos que los poderes públicos todavía mantienen.

Eso no excluye el que mostremos las deficiencias que ya hemos detectado en la dinámica de los grupos y en el trabajo en equipo. Hay insuficiencia de conocimiento, deficiencias metodológicas, incomunicación, actitudes hegemónicas y autoritarias, escasa flexibilidad, individualismo y competitividad que afloran con facilidad, tanto entre profesionales de igual cualificación como de diferentes niveles de formación. Necesitamos cada EAP hacer nuestras reflexiones, terapias colectivas.

El trabajo en equipo debe entenderse de una forma abierta y flexible que permita ante cada caso de drogodependencia dar una respuesta variada y flexible, según las características del mismo. El equipo básico antes definido, necesitará con frecuencia la incorporación de miembros de los equipos de salud mental o de otros especialistas clínicos para el tratamiento y/o interconsulta de problemas psíquicos u orgánicos, así como interrelacionarse con los equipos de los servicios sociales comunitarios o de las comunidades terapéuticas.

Existen algunas condiciones básicas del trabajo en equipo que debemos conocer para facilitar el funcionamiento armónico del mismo.

- Cada miembro del equipo debe tener conciencia del objetivo común.
- Tener definidas las funciones de cada uno y del equipo en su conjunto.
- Complementaridad entre todos.
- Respeto a la capacitación, responsabilidad y roles de cada uno.
- Amplitud y flexibilidad para aceptar nuevos miembros y modificar funciones y actividades según lo demande el cumplimiento de los objetivos.
- Participación en la toma de decisiones y en la evaluación continuada del equipo.

Es necesario que nos planteemos el problema de las drogodependencias en los grupos de trabajo, delimitando las dificultades existentes y cómo poder abordarlas, así como las características cuantitativas que deben tener los equipos para abordar la drogodependencia.

Atención continuada, accesible, disponible, permanente, activa y programada tendiendo a eliminar las diferencias existentes entre los distintos individuos y comunidades, con priorización sobre los sectores marginados y de mayor riesgo; ello implica extensión de la cobertura y máxima accesibilidad que elimine las barreras geográficas, económicas, culturales y funcionales todavía existentes.

Cumplir con todos estos criterios exige diseñar sistemas organizativos adecuados con los recursos y tecnologías apropiadas a aplicar de acuerdo a las posibilidades económicas de nuestro sistema.

Debemos regirnos con criterios de máxima eficacia y eficiencia tanto en los pro-

gramas como en la organización de las actividades y de los recursos.

Todo ello exige un proceso de investigación de los servicios de bienestar, y de un sistema de información que posibilite el control y evaluación permanentes, con el objetivo de garantizar y asegurar la calidad del cuidado del paciente y de la población.

Participación activa de la comunidad y del individuo en todo el proceso de gestión del cuidado de la salud. La APS debe fomentar la autoresponsabilidad y la educación comunitaria en el cuidado de su salud. Este sigue siendo un tema no bien desarrollado y en muchos casos limitado, olvidado y hasta reprimido. La superación de actitudes paternalistas, autoritarias o tecnocráticas son bien difíciles cuando se encuentran profundamente enraizadas en los modelos médicos hegemónicos todavía vigentes y con fuerza.

Por otro lado existen resistencias sociales y políticas para la plena participación de las comunidades en la toma de decisión sobre asuntos sociales que directamente les pueda afectar.

De todas maneras, no podemos dejar de recordar que más del 70 por 100 de las necesidades de salud las satisface la población a través del autocuidado y/o medicina alternativa.

Nuestro sistema sanitario tiene limitados cauces participativos que posibiliten y faciliten el proceso de participación de la comunidad. Es necesario que se establezcan dichos instrumentos y que se inicie una política de estímulo a la participación a través de un proceso descentralizado en la toma de decisiones.

Forma parte integrante del sistema de servicios de salud y de los servicios sociales comunitarios. No debe ser un ele-

mento aislado del sistema ni pretende hacer desaparecer a los otros componentes del mismo.

Este primer nivel debe actuar coordinada e integradamente con los niveles asistenciales especializados, recibiendo el apoyo necesario para realizar sus funciones y actividades, remitiendo a los niveles especializados a aquellos pacientes que precisen de tecnología más compleja.

Se establece la delimitación del área sanitaria como demarcación geográfico poblacional, en donde se ubican todos los recursos imprescindibles para una atención a la salud escalonada y flexible pero prácticamente total, con servicios de atención primaria y de atención especializada.

Como referencia general no se debe establecer una red paralela de servicios sanitarios y sociales específicamente dedicados a la atención de drogodependencias, aunque en situaciones excepcionales se haga necesario crear algún servicio especializado integrado en los servicios especializados de atención a la salud mental, dentro de la red general.

Debe coordinarse también con todos los recursos sociales y sanitarios públicos y privados existentes en el área geográfica de actuación.

Las diversas dependencias administrativas de los servicios sanitarios y sociales distorsionan la integración de los recursos y su utilización adecuada. Tenemos todavía redes diversas de asistencia sanitaria pública que están en lento proceso de integración, y existen administraciones públicas con recursos importantes que tienen competencias sobre servicios de salud, como el Ministerio de Sanidad con el Insalud, las Comunidades Autónomas, las Diputaciones y los Ayuntamientos.

Por otro lado, los servicios sociales co-

munitarios tienen dependencia local y autonómica y actúan independientemente de los servicios sanitarios.

Podemos asegurar por experiencia histórica y propia que son muchas las dificultades existentes para coordinar recursos de diversas administraciones que posibiliten una actuación integral, y nunca son pocos los esfuerzos para superarlas.

Supone un esfuerzo difícil entrar en la profundización científica y profesional del abordaje de la drogodependencia cuando estamos inmersos en una situación decisiva de reforma del sistema sanitario, en donde se están sufriendo importantes problemas políticos y de gestión de los servicios.

De todas maneras es uno de los retos para estos días de trabajo y creo necesario que se aborden diferencialmente ambos grupos de problemas.

#### BARRERAS PARA EL ABORDAJE DEL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA POR LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Lo expuesto hasta ahora define un modelo posible de atención al problema de salud de la drogodependencia que está lejos de ser todavía una realidad para todo el Estado español. Los actuales recursos sanitarios y sociales del sistema público que actúan de forma descoordinada y heterogénea, con métodos y metodologías no siempre adecuadas ni científicas, son marcadamente ineficaces y poco eficientes. El todavía mayoritario sistema asistencial de «cupos» con los problemas de masificación, burocratización, individualidad y de parcheo no puede abordar con una mínima seriedad el problema.

Por otro lado los E.A.P. sólo cubren al 25% de la población asegurada en la Seguridad Social y están sufriendo proble-

mas serios en su puesta en funcionamiento, lo que dificulta el desarrollo de los programas de salud que demandan y/o necesitan las poblaciones sobre las que actúan. Pocos son los equipos que han podido iniciar actuaciones programadas sobre las drogodependencias. Tampoco los servicios especializados de atención a la Salud Mental son capaces de abordar por sí solos el problema. Son pocos, mal dotados y con deficiencias en su funcionamiento. Es cierto que la Ley General de Sanidad enmarca por donde deben ir las políticas pero su desarrollo es lento y con trabas. Se están haciendo esfuerzos de dotación de recursos, y de coordinación a través del Plan Nacional sobre Drogas, pero todavía son insuficientes. Todos parece que diagnosticamos acertadamente lo que pasa y llegamos a ciertos acuerdos de cómo deben abordarse los problemas, pero a partir de ese punto aparecen las barreras y dificultades, para poder llevarlo a cabo.

Para terminar y de forma breve, enuncio las barreras y dificultades que tiene nuestro sistema socio-sanitario para el abordaje de la drogodependencia y que presento como líneas de debate, análisis e investigación:

1. Contradicciones del modelo social:
  - Diferencia de clases sociales. La lucha de clases y los problemas de la marginación social. El paro.
  - Valores culturales dominantes, y su influencia sobre los hábitos y estilos de vida, saludables o no.
  - Presiones de los modelos sociales y productivos.
  - Intereses de ciertos sectores económicos muy directamente relacionados con el problema de la drogodependencia.



- Limitaciones de nuestro sistema democrático a la participación activa y responsable de la comunidad.
  - Limitaciones a la transparencia informativa.
2. Deficiencias y limitaciones del sistema sanitario y de servicios sociales:
- a) A nivel estratégico:
- Limitaciones y restricciones en los presupuestos sociosanitarios.
  - Hegemonía asistencial y de lo curativo en lo biológico. Marcada profesionalización y especialización de la atención a la salud.
  - Centralización en la toma de decisiones.
  - Diversidad de Administraciones públicas responsables de las estructuras y planes.
  - Escasa planificación y programación de salud, y sistemas de evaluación deficientes. Nula investigación de problemas y servicios.
  - Limitada y restrictiva participación comunitaria.
  - Ausencia de puesta en práctica de una regionalización coordinada e integrada de los recursos.
- b) A nivel operativo:
- Priorización en la atención a la demanda.
  - Limitada coordinación de los recursos.
  - Fragmentación de la asistencia por diversidad de estructuras y modelos asistenciales, tanto a nivel primario como especializado.
- Insuficiencia de recursos primarios y especializados, sobre todo en áreas de salud mental, de trabajo social y de enfermería comunitaria. Centros de Salud, equipos de salud mental...
  - Insuficiencias en la gestión de los servicios.
  - Accesibilidad desequilibrada.
  - Limitada práctica investigadora y evaluativa de lo realizado.
3. Insuficiencias del personal sanitario
- Limitaciones en los conocimientos y habilidades técnicas.
  - Actitudes no siempre apropiadas para el trabajo en equipo multi e interdisciplinar y para aceptar y asumir la participación de la comunidad.
  - Disminución de las motivaciones profesionales.
  - Falta de comunicación.
  - Visión no integral de la problemática Salud-Enfermedad.
  - Insuficiencia de metodología en programación de salud.
4. Por parte de la población:
- Perfiles y curriculum profesionales no adaptados a las necesidades prioritarias de salud actuales.
  - Insuficiencia de educación y cultura positiva sobre la salud, y de la autoresponsabilización en el cuidado de su salud.

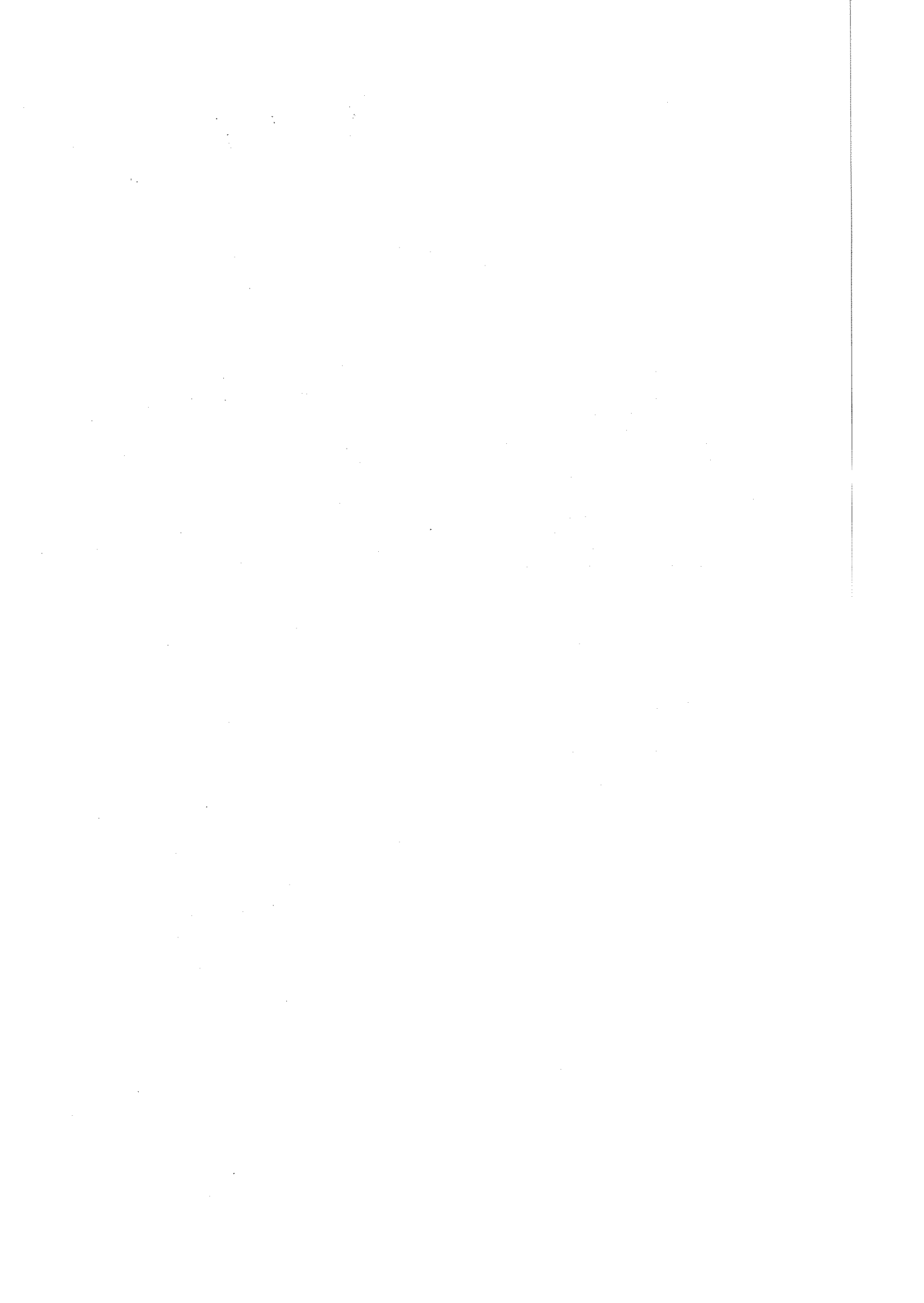
- Desinformación en general y sobre la dotación y utilización de los recursos sociales.
- Conocimientos y habilidades insuficientes.
- Actitudes. Un alto porcentaje de las drogodependencias no son atendi-

das de forma programada por el sistema sanitario.

Es necesario enriquecer por un lado los análisis sobre la drogodependencia y los sistemas de atención y por otro, las experiencias concretas de lo que se está llevando a cabo. Hay mucho que caminar.

## BIBLIOGRAFIA

- ALTES, J.; FORN, MA.; GUILLAUMET, J. «El médico de cabecera frente a las toxicomanías». *Medicina Integral*. 1987; 10:50-59.
- ASOCIACION PARA EL ESTUDIO Y PROMOCION DEL BIENESTAR SOCIAL. *Reinserción social y drogodependencias*. Madrid, 1987.
- GARCIA MANZANEDO Hector. *Manual de Investigación aplicada en Servicios Sociales y de Salud*. La prensa Médica Mexicana, 1983.
- KAPRIO, Leo A.: *Primary Health Care in Europe*. OMS, Euro Reports and Studies, n.º 14. 1979.
- KLECZKOWSKI, B. M.; Roemer, Milton, I.; VAN DER WERFF, Albert. *Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos: Pautas para una política*. Ginebra, OMS, 1984 (Cuadernos de Salud Pública n.º 77).
- KLECZKOWSKI, B. M. et al. *El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud*. Ginebra, OMS, 1984 (Cuadernos de Salud Pública n.º 80).
- KAMEROW, D. B.; Pincus, H. A.; Macdonald, D. I. «Alcohol abuse, other drug abuse and mental disorders in medical practice». *Jama* 1986; 255: 2054-57.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Colección de Atención Primaria de Salud:  
n.º 1: Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria, Madrid, 1984.  
n.º 9: Guía para la elaboración del Programa de Salud Mental en A.P.S., Madrid, 1985.  
n.º 3: Guía para la elaboración del Programa del Adulto en Atención Primaria de Salud. Madrid, 1985.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Serie Salud para todos*.  
n.º 1: Alma Ata 1978: Atención Primaria de Salud. Informe sobre la Conferencia Alma Ata 1978. Ginebra, 1978.  
n.º 2: Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Principios básicos y cuestiones esenciales. Ginebra, 1979.  
n.º 3: Estrategia Mundial de la Salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1981.  
n.º 4: Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1981.  
n.º 5: Proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud. Ginebra, 1981.  
n.º 6: Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales. Ginebra, 1981.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD *Necesidades de personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la atención primaria*. Ginebra 1985.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Report of the Who meeting en medical education and rational prescribing of psychoactive drugs*. WHO/MNH/PAD/ 86.16.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Problemas relacionados con la dependencia de las drogas y el alcohol: Manual para agentes de salud comunitarios*. Ginebra, 1987.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Primary health care from theory to action*. Euro Reports and Studies n.º 69. Regional Office for Europe, Copenhagen.
- PRITCHARD Peter *Manual de Atención Primaria de Salud: Su naturaleza y organización*. Diaz de Santos, Madrid, 1981.
- REVISTA DE SALUD PUBLICA DE CASTILLA Y LEON: *Drogodependencias en Atención Primaria*. 1987-1; Monográfico.
- RUIZ-GIMENEZ AGUILAR, Juan Luis. *La atención primaria de Salud desde la perspectiva de la Administración Autonómica*. 2.ª Ponencia sobre Centros de Atención Primaria del 1.º Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria, Barcelona, 1985.
- SAN MARTIN, Hernan *Crisis Mundial de la Salud*. Ciencia, 3, Madrid, 1985.
- SAN MARTIN Hernan; PASTOR, Vicente. *Salud Comunitaria: Teoría y Práctica*. Diaz de Santos, Madrid, 1984.
- SAN MOLINA, L.; POMAROL CLOTET, G. «La dependencia de opiáceos». *Medicina Integral* 1987; 1:60-69.
- TAYLOR, Carl E. *Aplicaciones de la investigación sobre sistemas de salud*. Cuadernos de Salud Pública n.º 78 OMS. Ginebra, 1984.
- VARO José R. «Actuación en drogodependencias en los programas de Salud Mental en la Atención Primaria». *Jornadas de Salud Mental y Atención Primaria*, Soria, abril 1986.
- VUORI, H., «Atención Primaria de Salud en Europa. Problemas y soluciones». *Atención Primaria*. 1987; 4:11-21.



Rosa Romeu, Gemma Baulenas\*

# Funciones de los servicios sociales comunitarios en la atención a drogodependientes

## RESUMEN

*En el presente artículo se hace una breve descripción de los Servicios Sociales y de su división en Servicios de Atención Primaria y Servicios Especializados, centrándose principalmente en los primeros.*

*Se aporta la experiencia desarrollada en Atención Primaria en el Distrito de Nou Barris de Barcelona. Consiste en una Atención Primaria en los Servicios Personales siguiendo un esquema de coordinación entre diferentes profesionales, que garantizan la atención individual a través del proyecto de «Primera acogida». Desde la actuación global en la prestación de Servicios Personales se interviene de manera inespecífica sobre el problema del consumo de drogas, aunque en determinadas circunstancias para abordar específicamente el problema de las drogas, los equipos de profesionales cuentan con la intervención de un psicólogo especialista en prevención de drogodependencias.*

*En una segunda parte se expone el proceso seguido en relación al tema específico de las drogodependencias y la evolución en los diferentes tipos de demandas para dar solución a esta problemática.*

## *Functions of the community social services in the provision of care for drug addicts*

### SUMMARY

*This article provides a brief description of the Social Services and their division into Primary Care and Specialist Services, with the major emphasis on the former. A description is given of the experiment in Primary Care acarrried on in Barcelona's Nou Barris district. This consisted in the provision of first-level attention by the Personal Services, following a system of coordinated action among doctors in various fields in such a way as to guarantee individual attention within the «Initial entry» project. The Personal Services approach the problem of drugs consumption at a general level, although in certain circumstances where the medical teams wish to deal specifically with the drug problem, they can call on a psychologist specialising in the prevention of drug addiction.*

*The second part of the article deals with the process followed in connection with drug addiction specifically and describes the various types of demand for solutions to the problem.*

### LA ATENCION PRIMARIA EN LOS SERVICIOS SOCIALES

Con la aportación de la Ley 26/1985 el 27 de diciembre, conjuntamente con la nor-

mativa de desarrollo dictada, queda configurado el modelo de Servicios Sociales de Cataluña.

Esta Ley conforma, de manera jurídica, social e institucional el nivel de la Atención Primaria en los Servicios Sociales, que en el Art. 4 dice:

(\*) Correspondencia:  
GRUP IGIA  
Aribau, 258 - 1.ª - 1.ª  
08006 BARCELONA

a) «Servicios Sociales de Atención Primaria que constituirán el punto de inmediato acceso y el nivel del sistema de servicios sociales más cercano al usuario y a su ambiente familiar y social. Realizarán tareas de información, orientación y asesoramiento del ciudadano, y de animación, promoción y desarrollo comunitario; gestionarán servicios de atención domiciliaria, y orientarán al ciudadano hacia el correspondiente servicio social especializado o servicio de bienestar social correspondiente.»

b) «Servicios Sociales Especializados; con los correspondientes agrupamientos, que constituirán el nivel de atención específica dirigida al diagnóstico, tratamiento, apoyo y rehabilitación de los déficits sociales de personas pertenecientes a colectivos caracterizados por la singularidad de sus necesidades. Podrían prestar en su caso, servicios de apoyo comunitario, servicios de día, servicios residenciales u otros que sean adecuados.» (Estos últimos no son objeto del presente trabajo.)

Aunque vayamos a hacer aportaciones desde nuestra práctica realizada desde Cataluña, nos parece interesante darla a conocer tras referencias a la regulación de estos servicios sociales en otras comunidades autónomas. Pues siempre ayuda a la reflexión. (Ver anexo I).

Y en esta reflexión de nuestra práctica, observamos inicialmente que, es un tanto difícil incorporar el término Atención Primaria en la actuación diaria (sus connotaciones con la Sanidad, falta de clarificación del «objeto»...) aunque será preciso incidir en ello y en su desarrollo, dado que, su presencia legal, las múltiples aportaciones teóricas y prácticas y la abundante producción legislativa son hechos evidentes.

Pensamos que es de interés que, a partir de la definición genérica, identificar algunos aspectos básicos del concepto. En este sentido, el Mapa de Servicios Socia-

les de Cataluña y siguiendo los planteamientos de H. Vuori, caracteriza los Servicios Sociales de Atención Primaria como:

1) Una *filosofía* basada en los principios de integración, normalización, universalidad y responsabilidad pública; en un concepto de atención globalizada y dirigida al conjunto de la población, con una priorización de los aspectos preventivos a partir del conocimiento de las causas de la marginación social /.../

2) Una *estrategia*, en favor del desarrollo de un modelo integrado, descentralizado y basado en la participación de las instituciones y usuarios, en una concreción de su ámbito de actuación y con su cumplimentación como instrumentos de bienestar social.

3) Un *nivel de actuación* concebido para dar respuesta a las necesidades de la población en general, a partir de mecanismos de expresión y reconocimiento de aquellas necesidades más próximas al usuario /.../

4) Un *conjunto de actividades* que permite delimitar su naturaleza, orientación y objetivos y que exige una organización de trabajo multidisciplinario y un sistema de registro de estas actividades /.../

## DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Para el desarrollo reglamentario de la Ley marco de los Servicios Sociales, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social creó el Consejo Asesor sobre Servicios Sociales de Atención Primaria, con el encargo de asesorar el proceso de estructuración e implantación de los Servicios de Atención Primaria.

Entre una serie de trabajos básicos, elaborados por varias comisiones, para ser utilizados por el Consejo, y a fin de promover

debates y recomendaciones, entregamos el siguiente esquema por considerarlo clarificador.

*Una concreción: La Atención Primaria en el Distrito de Nou Barris, Barcelona*

Entendemos que el objetivo marco de un servicio social de atención primaria es el de contribuir a conseguir *la mejora de la calidad de vida* con la participación de la población del área territorial que abarque el servicio y consideramos que, como objeti-

### ASPECTOS BÁSICOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LOS SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

	Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP)	Servicios Sociales de Atención especializada (SSE)
Tipos de atención y usuarios	<i>Atención general y polivalente para todos los ciudadanos.</i>	<i>Atención específica a las personas pertenecientes a colectivos caracterizados por necesidades singulares.</i>
Ámbito territorial básico	<i>Municipal</i>	<i>Supramunicipal (Comarcal).</i>
Tipo de acceso	<i>Punto de acceso inmediato y el estadio del sistema de SS más cercano del usuario y del ambiente familiar y social.</i>	<i>En principio, el acceso no debería ser directo, sino mediante el correspondiente SSAP.</i>
Tareas principales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Información, orientación y asesoramiento individual, animación, promoción y desarrollo comunitario.</i></li> <li>2. <i>Tratamiento y soporte a los individuos, familias, y grupos.</i></li> <li>3. <i>Detección de personas y grupos de alto riesgo social.</i></li> <li>4. <i>Coordinación de servicios en su ámbito territorial.</i></li> <li>5. <i>Colaboración en la planificación, programación y recogida y análisis de datos.</i></li> <li>6. <i>Gestión SSAP.</i></li> <li>7. <i>Derivación a los SSE y de bienestar social, así como el seguimiento indirecto de algunos casos.</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Diagnóstico, tratamiento, soporte y rehabilitación especializados de los déficits sociales.</i></li> <li>2. <i>Podrán prestar servicios de soporte comunitario, servicios de día y servicios residenciales, en los correspondientes equipamientos.</i></li> <li>3. <i>Soporte técnico a los equipos de SSAP.</i></li> <li>4. <i>Colaboración en la planificación, programación y recogida y análisis de datos.</i></li> </ol>
Tipos de servicios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Equipos básicos de SSAP.</i></li> <li>2. <i>Servicios de Atención domiciliaria.</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Atención a la infancia y adolescencia.</i></li> <li>2. <i>Atención a las personas disminuidas.</i></li> <li>3. <i>Atención a la vejez.</i></li> <li>4. <i>Otros colectivos.</i></li> </ol>

vo, no es exclusivo de los servicios sociales sino que también lo comparte con otros Servicios Públicos de bienestar. Estos han sido algunos puntos de partida de nuestra actual organización. Junto a ellos, el Ayuntamiento de Barcelona va avanzando y consolidando el proceso de descentralización, favoreciendo así desde los distritos la consecución de los objetivos.

*La atención primaria en los servicios personales:* Los servicios que para todos los ciudadanos presta la Administración para la satisfacción de sus demandas, necesidades, que en definitiva les beneficiarán son los que venimos en llamar Servicios Personales. Y son aquellos que afectan de una manera más directa, inmediata y global, a las necesidades sociales y personales de los ciudadanos. (En el Ayuntamiento de Barcelona, las Areas de estos Servicios son: Cultura, Deportes, Enseñanza, Juventud, Servicios Sociales y Sanidad).

Es una constante en nuestro trabajo, detectar la incomunicación intersectorial (interáreas) que ha generado y genera todavía en la Administración estructuras y organigramas contradictorios, duplicados, o que tienden a intervenir principalmente sobre el síntoma; hechos que hacen imposible abordar las situaciones sociales en toda su globalidad.

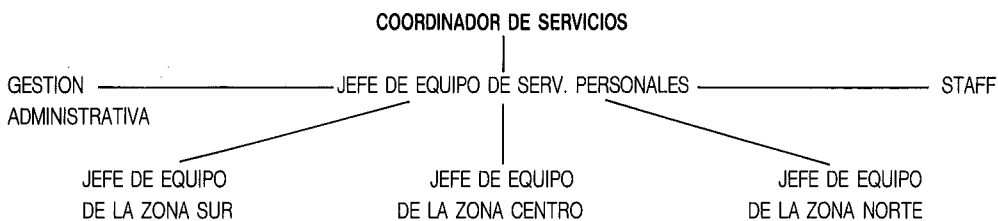
*Nuestra organización:* En la prestación de los Servicios Personales, *la actuación com-*

*pactada* conforma la horizontalidad de la coordinación entre los diferentes profesionales, la homogeneización y racionalización de los servicios existentes, que sin perder su necesaria especificidad, son permeables a otros recursos que inciden y trabajan con la misma población. Vale decir, no obstante, que hablar de *compactar* tiene una dimensión correctora de la que hemos de ser conscientes. Con ello, queremos decir que la *compactación* de los servicios no es un objetivo, sino una *estrategia* para conseguir una intervención globalizadora, no segmentada.

Esta actuación la basamos en actuaciones multidisciplinares (psicólogos, asistentes sociales, médicos, sociólogos, animadores comunitarios) y, en otras ocasiones, interdisciplinares, desde las que se abordan las situaciones y problemas de un territorio definido y bien identificado.

Cada uno de estos equipos diseña sus proyectos dentro de una estrategia global que puede cubrir las dimensiones de una situación planteada, enriquecida por las diferentes especializaciones de cada profesional; cada proyecto tiene en cuenta las programaciones generales establecidas para todo el territorio más amplio, el Distrito.

Con estos y otros elementos, la forma organizativa de la que nos hemos dotado en el Distrito de Nou Barris para la prestación de Servicios Personales es la siguiente:



Dentro de esta organización que introduce criterios distributivos en una complejidad, como son los Servicios Personales, intentamos introducir en todo el proceso de intervención los criterios básicos de la Atención Primaria: el medio, el contexto y sus potencialidades, la prevención de las desigualdades y la participación y autonomía.

Nuestra experiencia de prestación de *servicios personales*, nos ha ido descubriendo la importancia que tiene el reforzar la red de atención primaria, al dar respuestas más globales a las diversas situaciones o problemáticas que surgen entre los ciudadanos del Distrito.

Para asegurar la prestación de servicios personales, orientamos la intervención dentro del marco general de:

A) Los objetivos y metodologías de los *Programas operativos* y unas unidades de trabajo, *los Proyectos*.

B) La intervención comunitaria.

C) La intervención asistencial.

A) *Programas operativos. Proyectos*

a) Los Programas Operativos son instrumentos de soporte del conjunto de actuaciones, tendentes a garantizar la coherencia entre la distribución de recursos y las características de la población, a optimizar las relaciones entre la intervención y los resultados esperados en la población.

La actuación compactada en la prestación de los S. Personales del Distrito, se lleva a término a partir de los siguientes *Programas Operativos*:

1. Prospección de las necesidades o demanda potencial.

2. Animación, dinamización y sensibilización.

3. Organización y auto-organización de la comunidad.

4. Intervención en las problemáticas psico-sociales.

5. Formación.

6. Complementación a instituciones.

b) Los proyectos son el instrumento que ordena la intervención más inmediata, que compone la unidad más pequeña que forma parte de un programa y que se expresa con el máximo grado de concreción y especificidad con respecto al programa, avanzando en nuestro trabajo.

B) *La intervención comunitaria*

Es una estrategia de trabajo que intentamos «atravesar» todos los proyectos que se llevan a cabo en el Distrito de Nou Barris, contempla y es especialmente sensible a la problemática social, que en principio no la define como negativa y por tanto permite la transformación; se sitúa y pretende encontrar en ella los elementos que permitan la alternativa. Es en el tejido social que actúa y de donde elabora las diversas estrategias, que con la práctica diaria intentan conseguir mejorar.

De todo ello se desprende que sólo la participación protagonista del ciudadano puede modificar la situación.

Entendemos que la intervención comunitaria tiene capacidad para asumir la *interdisciplinariedad*.



### C) *La Intervención asistencial*

Es un nivel complementario a la intervención comunitaria y viceversa, que implica a los afectados y a la población no afectada para modificar la estructura caracterial y carencial que mantiene, reproduce y se antepone al cambio necesario para aumentar la autonomía, la calidad y el desarrollo individual y social.

En el Distrito de Nou Barris, los equipos de profesionales de la Atención Primaria garantizan a través del proyecto de «Primera acogida» la atención individual: Formular en función de la problemática que presenta cada caso, cuyas líneas operativas basadas en la demanda, también a partir de la necesidad, del encargo o de la derivación, contempla principalmente las siguientes funciones o tareas:

a) *Informar*: Conocimiento directo de la población al establecer las conexiones con ella, para proporcionar aquellos elementos que el individuo o grupo requiere, al objeto de encontrar vías de solución de algún tipo de problema social que tiene.

b) *Orientar*: Como proceso de ayuda al individuo para que se conozca a sí mismo y a su realidad; proporcionar elementos que le permitan tomar y clarificar un camino de los muchos posibles.

c) *Asesorar*: Conjuntar con el individuo o grupo la reflexión de lo positivo o negativo de las opciones diversas que conforman una estrategia de acción surgida de la reflexión.

d) *Derivar*: El profesional de la Atención Primaria constata que las anteriores funciones o tareas resultan insuficientes como respuesta a la situación, y opta por la ampliación/prolongación hacia otros servicios o equipos especializados o específicos.

La derivación da inicio a un *tratamiento*, cuyos objetivos principales son el capacitar al individuo/grupo, para que le permita aprovechar los recursos anteriores y el modificar la situación individual o colectiva, que se ha formado como consecuencia del sistema que le rodea y que mantiene la problemática psicosocial o social que es la que actúa como freno y le impide el cambio.

La derivación contempla, también, que los equipos de Atención Primaria aseguren su condición de *referentes* del individuo/grupo.

El evitar «*olvidarse*» del individuo/grupo, desde los Servicios que lo han derivado y que, en definitiva, se les reconoce como los más próximos al medio, a la comunidad, puede favorecer enormemente el resituar a estos miembros de la comunidad a través de:

#### 1) *Un seguimiento o apoyo*

Consiste en dar el soporte necesario para que el individuo/grupo pueda afianzarse en su medio normalizado, con plena autonomía; devolverle la capacidad necesaria para su entorno después de los procesos de realización y control de los contratos establecidos.

#### 2) *Una coordinación*

Como actividad para encaminar y canalizar diversas personas, funciones, especialistas, entidades, etc., con todas sus relaciones recíprocas de forma que contribuyan a conseguir un objetivo común que podrá referirse, entre otras, a mejorar una respuesta, racionalizar una actuación, creación de otros recursos. Se ba-

sa en el conocimiento de la indivisibilidad de las necesidades y de los problemas humanos.

### 3) *Un retorno al medio/comunidad*

Esta es la actividad que desde la Atención Primaria y como intervención social, el profesional debe asegurar su mejor ejecución: *flexibilizar el medio «normalizado»*:

— Cuando se precisa poner a un individuo en la misma situación en la que se encontraba y de la cual había sido separado, sometido, expulsado, etc.

— Cuando debe introducir elementos en la población normalizada que permitan nuevas lecturas que cuestionen las posturas tomadas y así ampliar su flexibilidad.

— Cuando opera con el pleno convencimiento de que las capacidades de respuesta educativa y/o terapéutica que posee la propia comunidad, posibilita la «resocialización» de un miembro que había sido separado.

Estas perspectivas de trabajo que acabamos de referenciar son las que enmarcan nuestra práctica diaria y que relacionadas entre sí, intentamos asegurar que *den cambios concretos* en la comunidad que configura el Distrito de Nou Barris y que los individuos/grupos con los que trabajamos *adquieran confianza y habilidades* para enfrentarse a las desigualdades identificadas en su realidad.

*El efecto práctico*: Entendemos por todo lo dicho que, sobre el problema de consumo de drogas, estamos interviniendo de manera *inespecífica*, desde la actuación global en la presentación de Servicios Personales.

En determinadas circunstancias, no obstante, la necesidad de abordar específicamente algún problema, como puede ser el de la droga, es evidente que lleva la actuación en tal dirección. Cabe señalar, en este sentido, que:

- En nuestros equipos profesionales disponemos de una psicóloga —especialista en prevención de drogodependencias— que interviene fundamentalmente desde el «staff», en el sentido de:
  - a) Asesorar sobre el tema a los profesionales de Atención Primaria.
  - b) Orientar y revisar los diferentes proyectos de Atención Primaria para introducir en ellos criterios específicos del tema drogas.
  - c) Trabajar principalmente con los otros profesionales, aunque no se descarta la eventualidad que pueda iniciar y ser responsable de algún proyecto.
  - d) Formar/asesorar a aquellos grupos de profesionales que de una u otra forma están en contacto con la problemática de las drogodependencias o pueden incidir en la prevención de la misma, como por ejemplo, la Guardia Urbana del Distrito. El objetivo de este asesoramiento a la G.U. es el de conseguir que éstos tomen conciencia de sus propias actitudes con respecto a los toxicómanos, modificándolas o reafirmandolas con el fin de obtener el máximo de corrección en sus actuaciones.

Y como colofón a estos ejemplos expuestos, queremos hacer especial mención a dos proyectos de intervención integral en dos barrios concretos: Renfe-Meridiana y Roquetas, en los que en la for-

mulación de la demanda y estudio de la necesidad, el problema de la droga se manifiesta explícitamente. El abordaje propuesto es en estos dos proyectos a manera de actuación compactada, desde la red de Atención Primaria. La metodología de trabajo por «comisiones» está posibilitando, sin duda, la valiosa aportación/intervención de la mencionada especialista.

## II PARTE

Después de esta sintética descripción de la organización y filosofía de Atención Social bajo la cual se va estableciendo el trabajo diario, nos parece relevante realizar una breve descripción del proceso seguido en relación a demandas relacionadas con temas de drogodependencias.

38

### LA DEMANDA DEFINE LA INTERVENCIÓN. LA INTERVENCIÓN DEFINE LA DEMANDA

Hemos consultado con diferentes profesionales de la Atención Primaria en Servicios Sociales Generales cómo recuerdan el proceso de demandas que han recibido en el transcurso del tiempo en relación al tema de las drogodependencias.

El proceso que nos han explicado tiene en conjunto grandes semejanzas. Somos conscientes de la simplificación que implica hacer del conjunto de realidades diversas una generalización, pero pensamos que es útil como indicadores de unas realidades en transformación, cuyas causas de modificación no se muestran a simple vista, ni terminamos de saber muy bien por qué y a causa de qué se producen, aunque intentaremos aportar algunas reflexiones al respecto.

Podríamos definir este proceso como sigue:

1. Las primeras demandas confusas las realizan familiares (madres sobre todo, después hermanos, padres o amigos) en relación a la existencia de un problema o problemas con un miembro de la familia (hijo/a, hermano/a, esposo/a) o del grupo (amigos/as) las dificultades que se expresan son confusas y referidas básicamente a trastornos de conducta (irritabilidad, peleas, nerviosismo) del miembro identificado como origen de preocupación. No se habla de drogas o se habla con tal imprecisión que no se llega a formular el problema como tal (pensemos que este aspecto de trastornos causados por el consumo de drogas, también resultaba nuevo para el profesional, acostumbrado y experto en detectar problemas de alcoholismo, pero nada experimentado en esta nueva categoría de adicción).

Progresivamente, va trascendiendo información desde los medios de comunicación y los medios profesionales sobre las consecuencias del uso y abuso de sustancias nuevas y desconocidas que causan adicción y un conjunto de trastornos en la conducta de la persona dependiente.

Se conocen algunos profesionales que tratan dichos trastornos y se hace una derivación más específica, dirigida a un tratamiento.

Poco a poco, se puede atender mejor la demanda de orientación que nos hace el familiar o la persona próxima al toxicómano, en algunos casos —pocos— el propio toxicómano.

2. Pero esta información que va recorriendo el profesional también la tienen las personas próximas al toxicómano, y empiezan ya a conocer re-

cursos concretos en los que desde fuera, parece que se halla la solución al problema. Y empiezan a aparecer demandas relativas a ayudas económicas para el ingreso a un Centro o Comunidad Terapéutica.

Pensemos que han transcurrido de 2 a 3 años en este proceso y generalmente los toxicómanos son los mismos, con lo que la sensación de situación límite, de angustia, de fracaso, de imposibilidad de manejar este problema que transmite el familiar es muy intensa. Existe una urgencia de descansar, de delegar en alguien la búsqueda de solución a una situación que se ha acompañado continuamente de movimientos y esperanzas frustradas.

Por tanto, en mayor o menor medida, los profesionales de Servicios Sociales de Atención Primaria gestionan recursos, buscan becas, para satisfacer las demandas que reciben. Pero la demanda es muy superior a las posibilidades de hallar recursos económicos para pagarlos. Y la insatisfacción y frustración es muchas veces el resultado de la relación del usuario con el profesional o al revés.

3. Con el paso del tiempo y la acción erosionadora que produce la toxicomanía dentro del equilibrio familiar, empiezan a sucederse demandas que no se refieren a la problemática del abuso de drogas de un miembro de la familia, o a posibilidades de hallar un recurso de recuperación, sino al malestar de un miembro cercano al toxicómano. Convivir diariamente con un problema adictivo rompe equilibrios.

Un conflicto abierto y activo, como es el que produce un adicto, crea en

el grupo familiar, una necesidad de poner a prueba las bases de organización que tiene la familia para funcionar como tal. El juego con la muerte, la sucesión de sucesos imprevistos que van ocurriendo atacan directamente las alianzas invisibles existentes en la familia. Y es frecuente que uno de los miembros parentales se sienta más cercano al toxicómano que el otro. Los hermanos, si existen, también sufrirán un conocimiento y desvelamiento de posiciones en que cada uno irá definiendo un lugar y una posición respecto al problema.

El sufrimiento aumenta en todo el grupo familiar, el toxicómano el primero, pero tiene la droga como anestésico, pero del resto, alguien va a sufrir y a pagar un precio más alto por todo lo que está ocurriendo. Y este miembro de la familia, que de maneras muy diversas y manifestaciones diferentes, se ha implicado de forma más intensa, acude a pedir ayuda, a Servicios Sociales para desahogarse, recibir orientación y consuelo o, a veces, a Sanidad por manifestaciones somáticas, malestar psíquico, etc.

4. Con el establecimiento de recursos específicos y una mayor información del tema, en la actualidad, las demandas se centran, prioritariamente, en orientación.

Esta orientación se refiere a demandas que hacen familiares respecto a una situación concreta de malestar en que está presente el consumo de drogas.

O también, muchas veces, ante situaciones de malestar que expresan los hijos a través de manifestaciones caracteriales, subyace, en los pa-

**ANEXO I. LA ATENCION PRIMARIA EN LAS LEYES AUTONOMICAS DE SERVICIOS SOCIALES (R.T.S. N.º 105. MARZO 1987)**

	LEY 6/1982 DE 20 DE MAYO SOBRE SERVICIOS SOCIALES DEL PAIS VASCO	LEY FORAL 14/1983 DE 30 DE MARZO SOBRE SERVICIOS SOCIALES DE NAVARRA	LEY 6 DE JUNIO DE 1984 DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID
<b>PRINCIPIOS</b>	<p>art. 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.— Responsabilidad de los poderes públicos.</li> <li>2.— Solidaridad.</li> <li>3.— Participación ciudadana.</li> <li>4.— Integración.</li> <li>5.— Descentralización.</li> <li>6.— Planificación.</li> <li>7.— Prevención.</li> </ol>	<p>art. 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.— Responsabilidad pública.</li> <li>2.— Conocimiento de la realidad de la problemática social y de sus causas.</li> <li>3.— Planificación y coordinación.</li> <li>4.— Descentralización.</li> <li>5.— Igualdad - Universalidad.</li> <li>6.— Participación.</li> <li>7.— Prevención.</li> <li>8.— Globalidad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.— Prevención.</li> <li>2.— Globalidad.</li> <li>3.— Integración.</li> <li>4.— Responsabilidad pública.</li> <li>5.— Colaboración de la iniciativa privada.</li> <li>6.— Planificación y coordinación.</li> <li>7.— Descentralización.</li> <li>8.— Participación de los ciudadanos.</li> <li>9.— Solidaridad e igualdad.</li> </ol>
<b>MODALIDADES</b>	<p>(No contempla específicamente los S.S. de atención primaria). Serán áreas preferentes de actuación social de los S.S.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— la información y el asesoramiento de todos los ciudadanos en cuanto a sus derechos sociales y los medios existentes para hacerlos efectivos.</li> <li>— prevención o eliminación de las causas de la marginación mediante servicios específicos para cada grupo social.</li> </ul> <p>art. 3</p>	<p>Entre las prioridades a considerar como función y gestión municipalizada:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) los S.S. de Base con funciones de información, concienciación, asesoramiento y orientación a las personas, familias y colectivos locales sobre los derechos, obligaciones y recursos en materia de S.S.</li> </ol> <p>art. 6.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Son S.S. generales aquellos que con carácter polivalente tienen por objeto promover y posibilitar el desarrollo del bienestar social de todos los ciudadanos, orientándoles, cuando se considere preciso, hacia los servicios especializados.</li> <li>2. Son S.S. especializados los que se organizan y operan sobre cada uno de los colectivos previstos en esta Ley. art. 4.</li> </ol> <p>S.S. generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) De información, valoración y orientación, art. 6.</li> <li>b) Cooperación social, art. 7.</li> <li>c) De ayuda a domicilio, art. 8.</li> <li>d) De convivencia, art. 9.</li> </ol> <p>El equipamiento básico de los S.S. generales estará constituido por los centros de Servicios Sociales. art. 10.</p>
<b>DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS</b>	<p>El Gobierno... asume las siguientes competencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.— Planificación general de los S.S. art. 8.</li> <li>Serán competencia de los órganos forales...</li> <li>2.— Programación de los S.S. art. 9</li> </ol> <p>Los Ayuntamientos o entes supramunicipales serán los responsables de organizar y gestionar los S.S. en su ámbito correspondientes... art. 11.</p>	<p>Los Ayuntamientos efectúan sus funciones de creación, organización y gestión en materia de S.S. en el ámbito de esta Ley de acuerdo con la programación establecida al efecto dentro de la planificación de la Administración Foral. (...).</p> <p>Entre las prioridades a considerar como función y gestión municipalizada, se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Los S.S. de Base.</li> </ol> <p>art. 6.</p> <p>Se autoriza al Gobierno de Navarra para transferir a los Ayuntamientos y mancomunidades de servicios la gestión de aquellos centros y servicios ubicados en sus respectivos términos municipales, con sus correspondientes plantillas orgánicas y partidas presupuestarias en el desarrollo de la presente ley. Disposición Adicional Segunda.</p>	<p>No se explicita, pero de la lectura del Título IV relativo a competencias se deduce que corresponderá a las Entidades locales la gestión de los S.S. generales.</p>

## ANEXO I. CONTINUACION

	LEY 8/1985 DE 9 DE DICIEMBRE DE SERVICIOS SOCIALES DE LA REGION DE MURCIA	LEY 26/1985 DE 27 DE DICIEMBRE DE SERVICIOS SOCIALES DE CATALUÑA	LEY 3/1986 DE 16 DE ABRIL DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CASTILLA-LA MANCHA
<b>PRINCIPIOS</b>	<p>art. 6</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.— Responsabilidad pública.</li> <li>2.— Universalidad.</li> <li>3.— Planificación y coordinación.</li> <li>4.— Descentralización.</li> <li>5.— Integración.</li> <li>6.— Sectorización.</li> <li>7.— Normalización.</li> <li>8.— Participación democrática.</li> <li>9.— Solidaridad.</li> <li>10.— Globalidad del bienestar personal y social.</li> </ol>	<p>art. 3</p> <p>Principios generales de libertad, igualdad y solidaridad.</p> <p>Principios específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Responsabilidad pública.</li> <li>b) Reconocimiento y promoción de la iniciativa social.</li> <li>c) Globalidad.</li> <li>d) Integración.</li> <li>e) Descentralización y desconcentración.</li> <li>f) Participación.</li> <li>g) Prevención.</li> <li>h) Planificación y coordinación.</li> </ol>	<p>art. 3.1</p> <p>Los poderes públicos en el territorio de Castilla la Mancha y en el ámbito de sus respectivas competencias asumirán la responsabilidad de promover los recursos humanos, técnicos y financieros...</p> <p>art. 3.2</p> <p>Los poderes públicos en el ámbito regional fomentarán la participación democrática de los ciudadanos.</p>
<b>MODALIDADES</b>	<p>Son S.S. comunitarios aquellos que con carácter polivalente, tienen por objeto promover y posibilitar el desarrollo de todos los ciudadanos, orientándoseles, en su caso, hacia los servicios especializados, tanto S.S. específicos como servicios de otra índole. Se incluyen en este concepto: art. 7</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— El S.S. de Información y Orientación.</li> </ul> <p>art. 9-10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— El S.S. de Promoción y Cooperación Social.</li> </ul> <p>art. 11-12.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— El S.S. de Atención Domiciliaria.</li> </ul> <p>art. 13-14-15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— El S.S. de Convivencia.</li> </ul> <p>art. 16-17-18.</p> <p>Los S.S. especializados son aquellos que van dirigidos a sectores específicos de la población para satisfacer sus necesidades sociales.</p> <p>art. 8</p> <p>Del art. 19 al 54: objetivo, funciones, beneficiarios y medios y equipamientos de cada S.S. especializado.</p>	<p>Dos niveles de atención:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) S.S. de atención primaria que constituirán el punto de inmediato acceso y el nivel de S.S. más cercano al usuario y a su ambiente familiar y social. Realizarán tareas de información, orientación y asesoramiento del ciudadano, y de animación, promoción y desarrollo comunitario, gestionarán servicios de atención domiciliaria y orientarán al ciudadano hacia el S.S. especializado o servicio de bienestar social correspondientes.</li> <li>b) S.S. especializados, con equipamientos, constituirán el nivel de atención específica dirigida al diagnóstico, tratamiento, apoyo y rehabilitación de los déficits sociales de personas pertenecientes a colectivos caracterizados por la singularidad de sus necesidades, podrán prestar servicios de apoyo comunitario, servicios de día, servicios residenciales u otros.</li> </ol> <p>art. 4</p>	<p>Son S.S. generales aquellos que tienen por objeto promover y posibilitar el desarrollo del bienestar social de todos los ciudadanos, así como elevar su calidad de vida.</p> <p>art. 4.2</p> <p>Son S.S. especializados los que se organizan para colectivos o sectores específicos de la población con una atención dirigida al diagnóstico, tratamiento, apoyo y rehabilitación de los déficits sociales de las personas pertenecientes a dichos sectores.</p> <p>art. 4.3</p> <p>Los S.S. generales son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) de información, valoración y orientación.</li> <li>b) de promoción y cooperación social.</li> <li>c) de ayuda a domicilio.</li> <li>d) de convivencia.</li> </ol>
<b>DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS</b>	<p>Competencias del Consejo de Gobierno:</p> <p>Competencia reglamentaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Condiciones mínimas que deben reunir los centros o S.S. que se presten tanto comunitarios como especializados.</li> <li>b) Plantillas mínimas (...).</li> <li>d) S.S. especializados o comunitarios con carácter experimental (...) art. 55.</li> </ol> <p>(...) la planificación general de los S.S. art. 56.</p> <p>El Gobierno regional gestionará los siguientes servicios:</p> <p>(...) c) los comunitarios que no sean creados por los propios Ayuntamientos en municipios con población inferior a 20.000 hab. art. 58.</p> <p>Competencias de los Ayuntamientos:</p> <p>Los Ayuntamientos en uso de su autonomía y de acuerdo con lo que establece la ley de Bases de Régimen Local, tendrán competencia en S.S. comunitarios y especializados, dentro de su ámbito territorial, correspondiéndoles en concreto las siguientes funciones: (...)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) creación, organización y gestión de los S.S.</li> <li>c) potenciación de los centros de S.S. como servicios básicos al ciudadano. art. 61.</li> </ol>	<p>Corresponde al Consejo Ejecutivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) elaborar la planificación general de los servicios de atención primaria y los servicios especializados. art. 8.</li> </ol> <p>Corresponde a los Ayuntamientos de Cataluña:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Programar y gestionar los servicios sociales de atención primaria de ámbito municipal y coordinarse con las otras Administraciones públicas o entidades privadas debidamente acreditadas. art. 11.</li> </ol>	<p>art. 5</p> <p>Compete al Consejo de Gobierno de la Junta de Comunidades: (...)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.— Establecer criterios de planificación (...)</li> <li>4.— Elaboración de los planes y programas (...) art. 14</li> </ol> <p>En uso de su autonomía y de acuerdo con las competencias que establece la legislación básica del régimen local, los Ayuntamientos organizarán y gestionarán los S.S. dentro de su territorio. La responsabilidad en materia de S.S. de los municipios se extiende (...).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>f) gestión de los S.S. de carácter público municipal. art. 15.3.</li> </ol>

## BIBLIOGRAFIA

- BALTRI, FRANCESC Y ROMEU, ROSA. «Reflexiones e interrogantes sobre la Atención Primaria a partir de nuestra práctica». *Revista de Treball Social*. 1987; 105:17-21.
- DEL VALLE GUTIERREZ, ANTONIO. FUNDACION IESA. *El Modelo de Servicios Sociales en el Estado de las Autonomías*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A., 1986.
- Document de la Comisió i del Consell Asesor de Serveis Socials d'Atenció Primària*. Barcelona (Noviembre) 1986.
- EQUIPO DE TRABAJADORES SOCIALES DEL CENTRO MUNICIPAL DE S.S. S.S. *Pau Casals. Dpto. Nou Barris* «Primera acogida: Atender y Entender». *Revista de Treball Social*. 1985; 98:26-31.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURITAT SOCIAL. *Mapa des Serveis Socials*. Barcelona, 1984.
- MONTRAVETA, M.I., VILA A. «L'atenció Primària en Serveis Socials». *Salut Catalunya* 1987; 1:1.
- RUEDA, JOSEP MARIA. «Servicios Sociales de Base: Una lectura crítica». *Revista de Treball Social*. 1987; 105: 33-41.
- RUEDA, JOSEP MARIA. «Documentos de Formación». Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, 1987.
- TORRELLA, JOAN. «La actuación integrada en la prestación de Servicios Personales: Una propuesta de criterios para la organización». *Revista de Treball Social*. 1987; 106:73-80.
- VUORI, H. *European Seminar on Research Primary Care*. European Centre for Social Welfare Franning and Research, Viena, 1983.

Félix Reina\*

# Relación de la Atención Primaria con la Atención Especializada a drogodependientes

## RESUMEN

*La atención a las drogodependencias debe realizarse de forma integrada por los equipos de atención primaria y atención especializada. Las características específicas de ambos equipos hacen posible el establecer en cada uno de ellos objetivos complementarios. Se exponen las dificultades de los equipos básicos y especializados para atender los problemas derivados del consumo de drogas así como los conflictos más habituales en las relaciones entre ambos y algunos caminos para solucionarlos.*

*The relationship Between Primary and specialist care in the treatment of drug addicts*

## SUMMARY

*Primary and specialist care teams must work in co-ordination in the treatment of drug addiction. On the basis of the specific characteristics of each type of team, it is possible to set complementary objectives. Dealt with here are first the difficulties facing primary-level and specialised teams in dealing with problems deriving from the consumption of drugs, then the conflicts habitually arising between the two areas and some possible ways of resolving these.*

45

## INTRODUCCION

La atención a las Drogodependencias debe contemplarse dentro de un marco terapéutico capaz de ofertar una asistencia integral que cubra globalmente, y con la continuidad temporal necesaria, todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales así como las interacciones que se producen entre ellos. Deben abordarse de una forma global al menos tres de los elementos originantes de la dependencia: la droga

consumida, el sujeto que la consume y las circunstancias sociales en que se produce el consumo. La mayoría de los errores que se cometen en el tratamiento de la problemática derivada del consumo de drogas estriban en la polarización excesiva y en el análisis sesgado de alguno de estos elementos, sin tener en cuenta el conjunto de factores que están formando parte del proceso<sup>1</sup>.

Por otra parte, la oferta de atención debe ser tan amplia y flexible que sea capaz de adaptarse a todas las necesidades de estas personas, ya sea bien a través de programas amplios que contemplen todo el proceso de tratamiento, o bien planteando-

(\*) Correspondencia:  
Instituto Andaluz de la Salud Mental  
C/ Luis Montoto, 89  
Sevilla



se objetivos más limitados que vayan a resolver problemas concretos como puedan ser las complicaciones médicas, o una acogida favorable que lo motive para un tratamiento completo<sup>2</sup>.

Si tenemos en cuenta que los recursos son siempre limitados, podremos deducir fácilmente la necesidad de aprovechar todos los recursos disponibles (específicos y no específicos), y de integrarlos, sea cual sea su dependencia administrativa u orgánica, para obtener una mayor eficacia.

### ATENCIÓN PRIMARIA Y DROGODEPENDENCIAS

La Atención Primaria de Salud es la atención de salud esencial hecha universalmente accesible para los individuos y las familias por medios aceptables por ellos, mediante su total participación y con un coste que la comunidad, y el país puedan afrontar. Forma parte del sistema integral de salud del país, del que es el núcleo y del desarrollo económico y social global de la comunidad<sup>3</sup>.

Aún cuando es cierto que el término Atención Primaria de Salud no comenzó a ser familiar hasta después de la conferencia de Alma-Ata, el término ya había sido utilizado mucho antes y muchos de los principios expuestos en la Conferencia estaban expuestos en conceptos anteriores de la O.M.S.<sup>4</sup>.

La Atención Primaria entendida como la atención esencial de salud accesible a todos los individuos y familias inserta dentro de la comunidad y como el nivel asistencial con el que contacta la población cuando tiene problemas de salud debe tener una relación muy directa con los problemas derivados del abuso de drogas.

Los Equipos de Atención Primaria presentan unas características que les sitúan

en una posición inmejorable para relacionarse con situaciones de riesgo o pérdida de salud de una forma específica e irrepetible distinta a cualquier otro punto del sistema sanitario y por tanto deben abordar este tema que nos ocupa.

Su ubicación dentro de la Comunidad va a darles una referencia por proximidad al contexto psicosocial que enmarca el problema, facilitándoles su valoración y con frecuencia el acceso directo a las claves relacionales que lo explican<sup>5</sup>.

Su facilidad para poder coordinarse con los Servicios Sociales en razón de su misma proximidad geográfica y el estar actuando sobre una misma población, es otra de las características específicas de estos equipos que los hacen idóneos para la actuación en el ámbito que propugnamos.

Por otra parte, al ser la puerta de entrada el sistema sanitario de todos los problemas de salud, van a ser en muchas ocasiones el primer punto de contacto de las personas con este tipo de problemas necesitadas de ayuda y de todos es bien conocida la importancia trascendental de este primer contacto en la evolución posterior de todo el proceso terapéutico.

Los equipos comunitarios tienen también un mayor conocimiento epidemiológico de la zona en la que trabajan y esto va a facilitarles el adecuar los recursos y programas a las necesidades reales existentes en cada momento, enormemente fluctuantes en el tema que nos ocupa<sup>6</sup>.

La Atención Primaria se basa en la delimitación de un espacio de actuación, cuyas coordenadas son la población que se asienta en un territorio geográfico determinado, el abordaje de la atención integral a su salud basado en una concepción ecológica de ésta y en la utilización prioritaria de los recursos no sanitarios de la comunidad<sup>7</sup>. Todas estas características son las

ideales para el abordaje de las drogodependencias.

Consideramos los Equipos de Atención Primaria como idóneos para abordar la atención de las toxicomanías porque dentro de su ámbito natural de actuación se contemplan todas las actuaciones necesarias para atender estos problemas.

Realizan actividades orientadas a reducir el riesgo de enfermar que amenace a la población sana (Prevención Primaria).

Realizan actividades encaminadas a la recuperación de los pacientes que presenten algún trastorno mediante su diagnóstico y su tratamiento (Prevención Secundaria).

Realizan actividades que conllevan a la eliminación o compensación del handicap que con frecuencia genera algunos trastornos (Prevención Terciaria).

En una primera aproximación podríamos concluir por tanto, que las características señaladas de la atención primaria la constituyen como lugar idóneo para abordar un problema de salud pública como el que nos ocupa.

#### DIFICULTADES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Aún cuando sea admitido todo lo anteriormente expuesto, los profesionales de la Atención Primaria se van a encontrar con una serie de dificultades claras al tratar de llevar a la práctica estos principios.

La primera dificultad podemos encontrarla en la actitud de muchos profesionales que se plantean que la drogodependencia no es un problema abordable por el sistema de salud, por dos tipos de razones.

Las primeras son las de los que consideran la toxicomanía como el resultado de unos hábitos adquiridos a través de una

conducta voluntaria y creen por tanto que debe ser el propio individuo quien debe asumirla. Es este un planteamiento bastante frecuente entre los profesionales aún cuando no suela expresarse claramente, que proviene del antiguo modelo moralista de la drogodependencia donde el toxicómano no es más que un «vicioso» que ha transgredido las normas sociales y que de alguna manera ha encontrado su castigo. Las dificultades de estas personas para reconocer sus problemas, la falta de conciencia de enfermedad por parte del toxicómano y el ser individuos con un fuerte rechazo por el sistema sanitario refuerza las actitudes moralistas de los profesionales.

Existe otro grupo importante de profesionales que identifican la drogodependencia con la delincuencia. Son aquellos que poseen como principal fuente de información la de los medios de comunicación llenos de noticias alarmistas y donde con mucha frecuencia se suele realizar esta asociación.

Los rumores sobre los «problemas» que tuvo algún compañero con estos pacientes contribuyen a reforzar este concepto. Difícilmente estos profesionales van a aceptar atender a un drogodependiente, ya que consideran que el único abordaje posible es el del orden público.

El cambio de estas actitudes es un problema claro de formación y como tal debe ser planteado.

Son muchos los que dentro de la Atención Primaria consideran los problemas derivados del consumo de drogas como un problema de Salud Pública y que por tanto debe ser abordado pero ¿es un problema de salud como los «demás»? ¿No necesitará un abordaje específico?

Estas preguntas no son fáciles de responder pero de forma general podríamos decir que, efectivamente es un problema más y como todos tiene su propia especi-

cidad. No es lo mismo abordar un trastorno infeccioso que una enfermedad digestiva y sin embargo ambos se abordan dentro de la Atención Primaria desde el principio. Lo que quizá caracterize de forma especial a los problemas relacionados con las drogas es la exigencia de plantear un abordaje más psicosocial pero no podemos olvidar que en la Atención Primaria debe trabajarse con el concepto de Salud Integral y para ello es necesario un planteamiento biopsicosocial, aún cuando con frecuencia en la práctica suelen utilizarse técnicas con un claro predominio biologicista<sup>8</sup>.

También es cierto que los conocimientos estables y universalmente aceptados son aún escasos y que por tanto un acercamiento a esta materia produce más inseguridad y ansiedad que a otras donde con frecuencia se puede recurrir a fórmulas y recetas previamente establecidas.

La falta de formación puede ser otra de las razones invocadas para considerar que el abordaje de las drogodependencias no debe contemplarse dentro de la Atención Primaria. Es verdad que en la mayoría de los «currícula» de los distintos profesionales no se ha contemplado esta materia, pero no es menos cierto que esta formación puede conseguirse a través de los programas de formación continuada puestos en marcha en muchos lugares.

También puede plantearse el problema del «tiempo». La atención del drogodependiente es un proceso complejo que requiere una gran capacidad de escucha y por lo tanto mucho tiempo de atención ¿Es posible con la presión asistencial existente y con las largas listas de espera detenerse para atender a estos pacientes? Consideramos que es la misma pregunta que cabría formularse ante los numerosos enfermos funcionales que abarrotan los dispositivos de Atención Primaria. La utilización masiva de los Servicios Sanitarios hace difícil realizar una buena atención pero no por ello

es necesario renunciar a ella. Junto a las necesarias decisiones administrativas es preciso encontrar fórmulas que lo hagan posible. Los grupos de información a grupos de alto riesgo puede ser una de ellas.

Podríamos terminar esta concisa exposición de dificultades con un planteamiento frecuente: Si el abordaje de la atención a las Drogodependencias es tan complicado, se basa en conocimientos poco estables y existe tanta diversidad de criterios, ¿no debería plantearse como un problema propio de especialistas? Nosotros estimamos que éste no debe ser un planteamiento propio de la Atención Primaria pues desde ésta es donde deben abordarse todos los problemas surgidos en la comunidad. La derivación a los especialistas sólo debe considerarse en segundo término y siempre como una ayuda para conseguir un apoyo diagnóstico y/o terapéutico y nunca para desembarazarse del problema.

#### DIFICULTADES DE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCION ESPECIALIZADA

Al igual que ocurría en los equipos de atención primaria la principal dificultad que suelen presentar los equipos especializados es la de tener una sobrecarga asistencial que normalmente les impide el realizar otras tareas específicas derivadas de sus funciones, como el asesoramiento a otros equipos, actividades de formación dirigidas a otros profesionales, programas preventivos, etc.

Además, aún cuando pueda parecer contradictorio, junto a las quejas por la falta de tiempo y la despreocupación de los equipos de atención primaria ante las drogodependencias suele ser frecuente en la práctica habitual de muchos equipos, la tendencia a querer realizar todo el proceso terapéutico sin recurrir a otros profesionales del Sistema Sanitario y de los Servicios Socia-

les al considerarse únicos responsables de la atención de este tipo de problemas.

Por otra parte en nuestro país la formación de los profesionales que forma parte de los equipos especializados ha sido escasa y caracterizada por el voluntarismo de estos profesionales sin que en la mayor parte de los casos hayan podido seguir un proceso de formación reglada y sistematizada, siendo importante por ello garantizar los espacios adecuados para realizar buenos programas de formación continuada.

Podríamos finalizar señalando que en aquellas comunidades donde la atención especializada a las drogodependencias se realiza a través de los equipos de Salud Mental podemos encontrar la misma falta de motivación y rechazo que las apuntadas al abordar los problemas de los profesionales de la Atención Primaria y en aquellas donde existen equipos específicos suelen presentar una gran falta de estabilidad laboral con las consiguientes tensiones que esto conlleva y la dificultad para establecer programas a medio plazo ya que con más frecuencia de la deseada los presupuestos dedicados a esta materia suelen depender más de presiones sociales esporádicas que de una programación objetiva.

#### INTEGRACION DE LA ATENCION PRIMARIA Y LA ATENCION ESPECIALIZADA PARA EL ABORDAJE DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Decíamos al principio que las drogodependencias podían considerarse como un problema de salud pública y que la atención primaria tenía como objetivo el abordar los problemas de salud de una forma integral y que por ello juzgamos este ámbito como el más apropiado para abordar este tipo de problemas.

Sin embargo, también es cierto que la complejidad que presentan muchos casos requieren un abordaje especializado, que

permita conseguir una gama tan amplia de objetivos terapéuticos como los que estas personas necesitan.

Creemos que la única forma posible que permite conjugar ambos aspectos es la de alcanzar fórmulas de integración de la atención, utilizando todos los recursos disponibles en la atención primaria y la atención especializada.

Debemos considerar estos asuntos de una forma amplia considerando que cada caso es distinto y exige distinto tratamiento y por lo tanto nuestros esfuerzos deben encaminarse a conseguir lograr adaptar nuestros recursos a las distintas necesidades que van surgiendo y a la situación de cada individuo.

Desde este punto de vista la discusión debe centrarse no tanto en qué lugar ha de prestarse la atención sino en cuáles son las funciones que deben asumir los distintos dispositivos para llegar a ser más operativos<sup>9</sup>.

Nuestro punto de partida por tanto será que los problemas derivados del consumo de drogas deben ser asumidos por el conjunto del sistema sanitario en colaboración estrecha con los dispositivos de servicios sociales. Otra consideración distinta la consideramos parcelaria y creemos que no pasaría de una discusión continua en las que unos y otros tratarían de escurrir el bulto.

Creemos importante también que esta asunción del problema por todos los dispositivos no debe limitarse a fragmentar la asistencia en pequeñas parcelas propias de cada uno y a establecer una colaboración más o menos estrecha, pues de esta manera estaríamos eliminando un elemento esencial de la eficacia del tratamiento como es la continuidad terapéutica. Continuidad que debe existir siempre, aún cuando no sea llevado a cabo dentro de un mismo dispositivo todo el proceso terapéutico.

*Nosotros abogamos por la articulación de los dispositivos de atención primaria con los especializados de forma que se establezca un continuum en la atención del sujeto drogodependiente aún cuando éste durante su proceso terapéutico tenga que pasar por varios equipos.*

La articulación de los dispositivos especializados con los de atención primaria no suele ser fácil y esta dificultad se incrementa cuando se centra en la materia que nos ocupa.

En el mejor de los casos, la relación entre los dos niveles suele ser el de colaboración puntual en ciertas áreas, pero es infrecuente el plantearse objetivos comunes, una relación continua, una distribución de funciones, etc.

La distribución de funciones entre ambos niveles aún cuando ha de realizarse de forma distinta en cada Comunidad dependiendo de los recursos disponibles podría establecerse de forma general de la siguiente manera:

50

#### ATENCION PRIMARIA

- Informar a pacientes y familiares.
- Detectar entre la población asistida los problemas derivados del abuso de drogas.
- Reducir la ansiedad del paciente y sus familiares.
- Facilitar el autorreconocimiento sobre la necesidad de atención.
- Prepararle y motivarle para afrontar el tratamiento.

#### ATENCION ESPECIALIZADA

- Realizar o coordinar el proceso terapéutico de los sujetos drogodependientes.
- Servir de apoyo especializado al resto de los equipos.
- Colaborar en la formación en drogo-

dependencias de los profesionales de los dispositivos de Atención Primaria.

Por otra parte es también muy importante tener en cuenta al establecer las funciones entre los distintos niveles la necesidad de establecer una colaboración entre los profesionales y las familias de un modo distinto al tradicional basado en un apoyo mutuo y bidireccional centrado en unos objetivos comunes<sup>10</sup>.

#### DIFICULTADES PARA LA INTEGRACION

Las dificultades en la relación de ambos niveles son numerosas y son distintas las que se presentan por parte de uno y de otro. Entre las más frecuentes y generalizadas podríamos destacar las siguientes:

- Dificultades de comunicación.—Suele ser la más frecuente y sus raíces son muy numerosas. En primer lugar suele existir una separación física importante más visible en el medio rural pero también existente en el medio urbano. Las dependencias administrativas distintas y el establecimiento en muchos lugares de redes paralelas favorece aún más esta incomunicación y por último los distintos lenguajes utilizados por unos y otros hacen casi imposible el establecer cualquier tipo de relación.
- Falta de comprensión entre ambos niveles.—Los equipos de Atención Primaria suelen lamentarse de la poca accesibilidad y disponibilidad de los equipos especializados aludiendo a las largas listas de espera y a los requisitos exigidos para aceptar las demandas solicitadas. Por otra parte suelen señalar la falta de información que sobre los pacientes derivados transmiten los especialistas. Los equipos especializados suelen lanzar acusaciones sobre los de la Atención Primaria en el sentido de su

despreocupación por estos temas y de las continuas derivaciones que éstos realizan sin reunir los criterios adecuados para realizarlas.

- Inexperiencia de trabajo en equipo.—Con frecuencia la atención sanitaria ha estado muy medicalizada y centrada en un trabajo muy individualizado. El trabajo en equipo suele resultar en principio muy conflictivo y estas dificultades aumentan cuando se trata de establecer relaciones con otros equipos. Si además estas relaciones de los miembros de los equipos tienen como base una materia tan compleja como las drogodependencias es comprensible que surjan conflictos.
- La utilización de distintas metodologías en los dos niveles a la hora de abordar a sus pacientes puede distorsionar la relación entre ambos. En la Atención Primaria, por ejemplo, se trabaja utilizando el concepto de tiempo acumulativo (se ve al paciente poco tiempo pero frecuentemente) mientras que en la atención especializada se utiliza el tiempo de forma lineal necesitando por ejemplo mucho tiempo para realizar una primera entrevista. Si cualquiera de los dos niveles tratara de imponer su modelo al otro surgirían conflictos difícilmente solucionables. Por tanto es conveniente que cada uno continúe utilizando su propio sistema pero teniendo en cuenta el del otro cuando han de realizar un trabajo en colaboración.

Aún cuando las dificultades expuestas son reales, consideramos que, lejos de llevarnos a un pesimismo exagerado, deben estimularnos a realizar un esfuerzo capaz de superarlas, que nos llevará a conseguir una mayor satisfacción entre los profesionales y una mayor eficacia con nuestros pacientes.

## ALGUNAS LINEAS FACILITADORAS DE LA INTEGRACION

La integración entre los niveles especializados y los de Atención Primaria no será posible si no se establecen un conjunto de relaciones entre los equipos de los distintos niveles que deben tender a reglamentarse adecuadamente aunque sea necesario dejar un margen amplio a la propia estructuración de los equipos.

La imprescindible distribución de funciones que debe efectuarse entre los equipos de ambos niveles, debe tener en cuenta la estructura de atención a la salud implantada en cada lugar, los recursos disponibles y los diversos grados de formación y actitud hacia estas materias.

Deben realizarse esfuerzos importantes para lograr un lenguaje común en estos asuntos que haga posible la comunicación entre los profesionales de los distintos niveles y desarrollar métodos más eficaces de comunicación entre niveles.

Asimismo deben establecerse mecanismos adecuados que concreten el apoyo especializado a los Equipos de Atención Primaria contemplando el apoyo indirecto de asesoramiento a través de consultas telefónicas o personales, discusión clínica entre equipos, supervisión de casos, informes clínicos, etc., y el apoyo directo a través de intervenciones conjuntas, previo acuerdo de los objetivos asistenciales, situaciones aconsejables para este tipo de intervenciones, metodología a utilizar, etc.

No debe olvidarse que el apoyo entre equipos debe realizarse en ambas direcciones y que los equipos especializados deberán ser apoyados con frecuencia por los de atención primaria en muchas áreas como puede ser, por ejemplo, el seguimiento de la patología orgánica mucho más accesible para ellos.

La formación es básica para conseguir establecer la metodología de trabajo expuesta a lo largo de este artículo y conseguir unas relaciones fluidas entre ambos niveles de atención. Aún cuando sea motivo de otro artículo creo importante esbozar algunos puntos básicos sobre la forma de entender ésta.

- El trabajo asistencial debe ser el marco de formación en drogodependencias.
- Debe establecerse una clara preferencia por los métodos participativos y activos en detrimento de la metodología basada en exposiciones magistrales.
- La formación teórico-práctica debe estar integrada frente a la escisión

tradicional Formación teórica para la adquisición de conocimientos versus Formación práctica para la adquisición de habilidades.

- En cualquier programa formativo no debemos olvidar introducir como objetivo prioritario el cambio o mejora de actitudes en los profesionales.

No obstante todo lo expuesto, no debemos olvidar que las relaciones entre los equipos de atención primaria y el nivel especializado no pueden conseguir su nivel óptimo sólo con proponérselo. El trabajo que debe realizarse para poder conseguir una fluidez importante es ingente y requiere seguir los ritmos apropiados pues una aceleración inadecuada podría hacerlas imposibles.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 PRIETO RODRÍGUEZ, A. «Drogodependencias en Atención Primaria», *Rev. de Salud Pública de Castilla y León*, 1987, 1:4.
- 2 MEJÍAS, E. «Indicación terapéutica en Drogodependencias». *Comunidad y Drogas*. 1987, 4:9-27.
- 3 CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO JUNTA DE ANDALUCÍA. *La Reforma Sanitaria en la Atención Primaria 1984-1990*. Ser. monográfica n.º 3. 1985.
- 4 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. «Alma-Ata: Atención Primaria de Salud». *Salud para todos*, n.º 1; Ginebra, 1978.
- 5 VUORI, H. «Atención Primaria de Salud en Europa: Problemas y soluciones». *Atenc. Prim.* 1987; 4:11-21.
- 6 ROOTMAN, I; MOSER, J. *Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar soluciones adecuadas*. O.M.S. Publicac. en ofset n.º 81. Ginebra, 1985.
- 7 SHEPHERD, M. «Mental health as an integrant of primary medical care». *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1980; 30:657-664.
- 8 O.M.S. «Psychiatry and the general practitioner» *Who Chronicle*, 1974; 28:65-70.
- 9 BROOK, P.; COOPER, B. «Community mental health care: primary team and specialist services». *Journal of the Royal College Practitioners*, 1975; 25:93-110.
- 10 Editorial «Families, Patients, and Mental Health Professionals: Toward a new Collaboration».

Jordi Forteza-Rei\*

# Formación de los profesionales de Atención Primaria para abordar la atención a drogodependientes

## RESUMEN

*El fenómeno de las drogodependencias si se hace referencia a las llamadas drogas ilegales es un problema epidémico reciente. Es evidente que los sistemas sociales y sanitarios, al no caracterizarse por la rápida respuesta ante nuevos problemas, en el momento actual tienen una deficiente formación de sus profesionales. Este fenómeno es nuevo tanto para el recién licenciado o diplomado, como para quien se encargó de su formación. En este sentido, analizaremos la situación actual, las propuestas y las posibilidades existentes así como los objetivos que se pretenden.*

## *Training of Primary Care personnel in the approach to treatment of drug addicts*

## SUMMARY

*As far as the so-called illegal drugs are concerned, drug addiction as an epidemic is a recent phenomenon. As the social and health services are ill-equipped to respond rapidly to new problems, the doctors employed by them are clearly inadequately trained in this field. The phenomenon is a new one both for the newly-qualified and for those responsible for their training. In the light of this, we shall here analyse the current situation, the proposals and possibilities now available, and the objectives it is hoped to attain.*

53

A cualquier Estado le preocupa más la delincuencia y la inestabilidad social que provocan las drogas ilegales que el daño que representan para la salud las drogas institucionales si no cuestionan la producción o suponen costes sociales adicionales.

La imagen social existente en relación a un fenómeno, condiciona a éste y la respuesta individual y colectiva que se le da.

La creencia generalizada en amplios sectores de la población de que la problemáti-

ca de las toxicomanías tiene que ver fundamentalmente con la existencia de unas sustancias que «vienen de fuera» y que tienen capacidad para destruir a las personas, ha generado una demanda social de actuación y de resolución inmediata que ha movilizad o intensamente a sectores políticos, sanitarios y sociales<sup>1</sup>.

Por ello no es de extrañar que en el Plan Nacional Sobre Drogas, aprobado en 1985, no se mencionase el Tabaco y se aceptase que otra drogodependencia, como es el Alcoholismo, ya tenía, debido a que era un viejo problema, su propia red asistencial<sup>2</sup>.

Esta dualidad coexiste en todo momento dentro del sistema de Salud. Por dos ra-

(\*) Correspondencia:  
Hospital Son Dureta. Unidad de Desintoxicación  
C/ Andrea Doria, 55  
07014 Palma de Mallorca



zones importantes: la primera porque las directrices consciente o inconscientemente orientarán los recursos y esfuerzos al tratamiento y prevención de las drogas socialmente no aceptadas y en segundo lugar porque los profesionales de salud son usuarios de Drogas Institucionales<sup>3, 4, 5 y 6.</sup>

Al hablar de «Formación en Asistencia Primaria de Drogodependencias» habremos de referirnos a las sustancias capaces de crear dependencia según la definición de la OMS de 1964 incluyendo el tabaco<sup>7.</sup> Entendemos que cualquier intento de formación que no integre el concepto de drogodependencia como proceso bio-psicosocial al margen de la legislación del momento, no tiene como objetivo la mejora de la salud de la comunidad.

El Documento base del Plan Nacional en el apartado «Formación de personal», reconoce que: «Existe una deficiencia actual notable en la capacidad de los diferentes profesionales para hacer frente dentro de sus responsabilidades a la demanda generada por el consumo de drogas. El desarrollo de cursos de formación para profesionales de primera línea se presenta también como necesidad de primer rango.»

Por otra parte en cuanto a acciones propuestas se incluyen, la formación académica de profesionales, inclusión de la atención a toxicómanos en los programas MIR y fomento de la formación continuada de los profesionales vinculados a los problemas relacionados con la drogodependencia.

No entraremos en la formación académica de los profesionales, pero sí reseñaremos que mientras la formación de Diplomados en enfermería ha sufrido en los últimos años profundas transformaciones (y por ello ha adecuado sus programas a la comunidad) no ha ocurrido lo mismo en las Facultades de Medicina.<sup>(8)</sup>

Esta última circunstancia crea problemas importantes si tenemos en cuenta que en la última convocatoria MIR-1986 se presentaron 20.554 solicitudes para cubrir 1.602 plazas, médicos que tienen capacidad legal para ejercer la medicina y que también tendrán entre sus pacientes a toxicómanos.

Los programas de formación dirigidos a este colectivo, deben tener en cuenta que no es un objetivo formar «especialistas en toxicomanías» para paliar el paro médico, paradoja que suele darse al no definir los objetivos que se pretenden en cada situación.

#### ¿QUIENES SON LOS PROFESIONALES DE LA ATENCION PRIMARIA?

Parece fácil responder que son los Médicos de Familia, la Enfermería y los Trabajadores Sociales.

Esta afirmación a nivel teórico deja de serlo en la práctica y es interesante constatar las dificultades que en países con más años de experiencia que el nuestro como es el caso del Reino Unido tiempo después de haberse iniciado el trabajo en la comunidad de los distintos profesionales aún persisten los estereotipos que señala P. Pritchard<sup>9</sup> en su libro «Manual de Atención Primaria».

En otro artículo de este número se habla del papel de los Servicios Sociales en la Atención a los Drogodependientes por ello, sólo vamos a referirnos a la Formación del Médico Generalista o de Familia y del personal de Enfermería, pero quiero apuntar el grave problema que se plantea en nuestro país al existir, salvo experiencias piloto, redes paralelas de servicios sociales y sanitarios, generalmente dependientes de administraciones distintas y que en el caso de las drogas se ha agudizado.

### **Los generalistas vistos por los trabajadores sociales.**

Disfrutan de una paga y estatus excesivo.

Piensan que todos los problemas tienen una base de salud, y por tanto, quieren dirigir el equipo.

No tienen que dar cuentas a nadie.

Entienden poco de trabajo social.

Proviene de una vieja profesión con poca tendencia a adaptarse.

Sus pacientes confían ciegamente en ellos.

Prescriben drogas, en lugar de entender el problema.

No se puede confiar en ellos a nivel de información confidencial.

### **Los trabajadores sociales vistos por los generalistas.**

Constituyen una profesión de reciente creación poco cualificada.

Sólo ven el sector «desposeído» de la sociedad, y basan todas sus ideas en esa experiencia.

Son incapaces de tomar decisiones.

No entienden de medicina general.

Pertenece a una profesión nueva en rápida expansión, sin clara identidad.

Se les reclama en busca de ayuda material y no de terapia.

Son inefectivos... no proporcionan mecanismo alguno de retroalimentación.

No se puede confiar en ellos a nivel de información confidencial.

## FORMACION

A efectos de operatividad separaremos el problema de los profesionales en formación de lo que se entiende por reciclaje o formación continuada.

### A. PROFESIONALES EN FORMACION

#### **Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria**

En el año 1980, pocos años después de la conferencia de Alma-Ata se introdujo esta especialidad en nuestro país. En 1985 se aprueba el programa docente de Medicina de Familia por la Comisión Nacional de especialidad<sup>10</sup>.

De este programa entresacamos los siguientes puntos:

1. Orientación hacia la salud de la comunidad.
2. Actuación integrada sobre todo el proceso de enfermar. 2.2. Actividad prioritaria al enfrentar los problemas prevalentes.
3. Atención clínica eficiente. 3.2. Enfocherà al individuo como un ser biopsico-social. 3.3. Reconocerá los límites de su competencia y responsabilidad, identificando las situaciones clínicas que requieran ser derivadas a otros niveles de atención médica.

### **Los generalistas vistos por los trabajadores sociales.**

Disfrutan de una paga y estatus excesivo.

Piensan que todos los problemas tienen una base de salud, y por tanto, quieren dirigir el equipo.

No tienen que dar cuentas a nadie.

Entienden poco de trabajo social.

Proviene de una vieja profesión con poca tendencia a adaptarse.

Sus pacientes confían ciegamente en ellos.

Prescriben drogas, en lugar de entender el problema.

No se puede confiar en ellos a nivel de información confidencial.

### **Los trabajadores sociales vistos por los generalistas.**

Constituyen una profesión de reciente creación poco cualificada.

Sólo ven el sector «desposeído» de la sociedad, y basan todas sus ideas en esa experiencia.

Son incapaces de tomar decisiones.

No entienden de medicina general.

Pertenece a una profesión nueva en rápida expansión, sin clara identidad.

Se les reclama en busca de ayuda material y no de terapia.

Son inefectivos... no proporcionan mecanismo alguno de retroalimentación.

No se puede confiar en ellos a nivel de información confidencial.

55

## **FORMACION**

A efectos de operatividad separaremos el problema de los profesionales en formación de lo que se entiende por reciclaje o formación continuada.

### **A. PROFESIONALES EN FORMACION**

#### **Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria**

En el año 1980, pocos años después de la conferencia de Alma-Ata se introdujo esta especialidad en nuestro país. En 1985 se aprueba el programa docente de Medicina de Familia por la Comisión Nacional de la especialidad<sup>10</sup>.

De este programa entresacamos los siguientes puntos:

1. Orientación hacia la salud de la comunidad.
2. Actuación integrada sobre todo el proceso de enfermar. 2.2. Actividad prioritaria al enfrentar los problemas prevalentes.
3. Atención clínica eficiente. 3.2. Enfocherà al individuo como un ser biopsico-social. 3.3. Reconocerá los límites de su competencia y responsabilidad, identificando las situaciones clínicas que requieran ser derivadas a otros niveles de atención médica.

Este ha sido un medio muy utilizado en nuestro ámbito y en la mayor parte de ocasiones se ha abusado de él con objetivos no bien definidos, pretendiendo más el lucimiento del «experto» que la modificación de la forma de trabajar del receptor y no dándole a éste la oportunidad de participar en la formación.

### **Material para estudio individual**

Las publicaciones generales, especializadas o específicamente diseñadas para el fin de formación en drogodependencias, tienen el inconveniente de que este tipo de estudio se lleva a cabo en el tiempo libre de los profesionales, siendo éste cada vez más escaso y coincidente con un bombardeo constante de todo tipo de información.

Es importante escapar de las publicaciones exhaustivas sobre las características farmacológicas de las drogas para en su lugar responder a actitudes que se plantean en la asistencia cotidiana.

Un buen ejemplo de este tipo de publicaciones es el material elaborado por Prospective Jeunesse de la Comunidad Francófona Belga, titulado: «75 % de los toxicómanos se aprovisionan a través de sus médicos»<sup>15</sup>.

De cualquier manera, si bien este tipo de revistas pueden servir para material de discusión en seminarios u otro tipo de contactos personales, aislados no tienen mucho sentido.

### **Aprovechar el momento docente**

La derivación de un paciente a otro nivel asistencial y la respuesta del «especialista» brindan una excelente ocasión para la formación continuada. Para ello deben buscarse alternativas al burocrático informe P-10 o de otro tipo como podrían ser líneas tele-

fónicas directas u otros contactos periódicos.

Nuestra experiencia en este sentido ha demostrado su eficacia.

El médico necesita información no sólo de las enfermedades sino de su propia situación y sobre todo compararla con la de sus compañeros y con los criterios establecidos en los protocolos.

Un método que en el campo de las drogodependencias puede ser de gran utilidad, como lo es en la salud Mental, son los grupos Balint<sup>16</sup>.

### **¿QUIEN DEBE HACERLA?**

Creemos que es válido el modelo propuesto por A. Prieto Rodríguez<sup>17</sup>, quien en el nivel tercero, después de la Atención Primaria y la Atención especializada en salud mental al situar la atención especializada en drogodependencias propone: «A medio plazo debe conseguirse que los dos niveles anteriores asuman la mayoría de la demanda, pero en este momento la situación actual hace necesaria la creación de este nivel más especializado, con las siguientes funciones:

- Coordinación general de actuaciones.
- Asesoría en prevención primaria a los distintos equipos e instituciones.
- Formación de personal.
- Programación e investigación.
- Transitoriamente asumiría determinadas funciones asistenciales.

Debe intentarse, en la medida de lo posible que la formación en drogodependencias se incluya dentro de los programas de formación continuada en Salud Comunita-

ria. Es difícil aceptar que en un Centro de Salud, por ejemplo, se hagan cursos o sesiones sobre el Crack y no sobre el abordaje de la HTA o la broncopatía crónica.

## OBJETIVOS

Es fácil para quien planifica, decidir que debe asumir la asistencia primaria bajo unos principios genéricos de la «Orientación hacia la salud de la Comunidad o Actuación integrada sobre todo el proceso de enfermar» y considerar a la Atención Primaria como a equipos de Supermanes capaces de asumir cualquier tarea desde la preventiva a la asistencial pasando por el diagnóstico de la comunidad.

Estos objetivos, en constante revisión en el campo de las drogodependencias <sup>18</sup>, hay que plantearlos con quienes desde la asistencia primaria hacen el diagnóstico de la comunidad. Probablemente la meta más importante sería por una parte concienciar a la asistencia primaria de que las Drogodependencias son una enfermedad crónica y recidivante que cerca de un 50 % de sus pacientes padece si incluimos la dependencia del tabaco y por otra que ante el reflejo inmediato frente a la demanda de un drogodependiente (sobre todo en el caso de las drogas ilegales) de DERIVARLO, preguntarse con que fin y no buscar en el recurso secundario la resolución mágica de

la situación. El título de la Comunicación presentada por I. Mayol en la I Conferencia Europea de Educación para la Salud U.I.E.S., resumiría cual es el objetivo principal: FORMA PARA INTERVENIR.

## ¿ES POSIBLE EVALUARLA?

La evaluación de los programas de formación se sale de la norma, quien organiza cursos y seminarios sobre drogodependencias tiene más tendencia a que la prensa u organismos políticos se enteren que «se hacen cosas» que a evaluar las intervenciones.

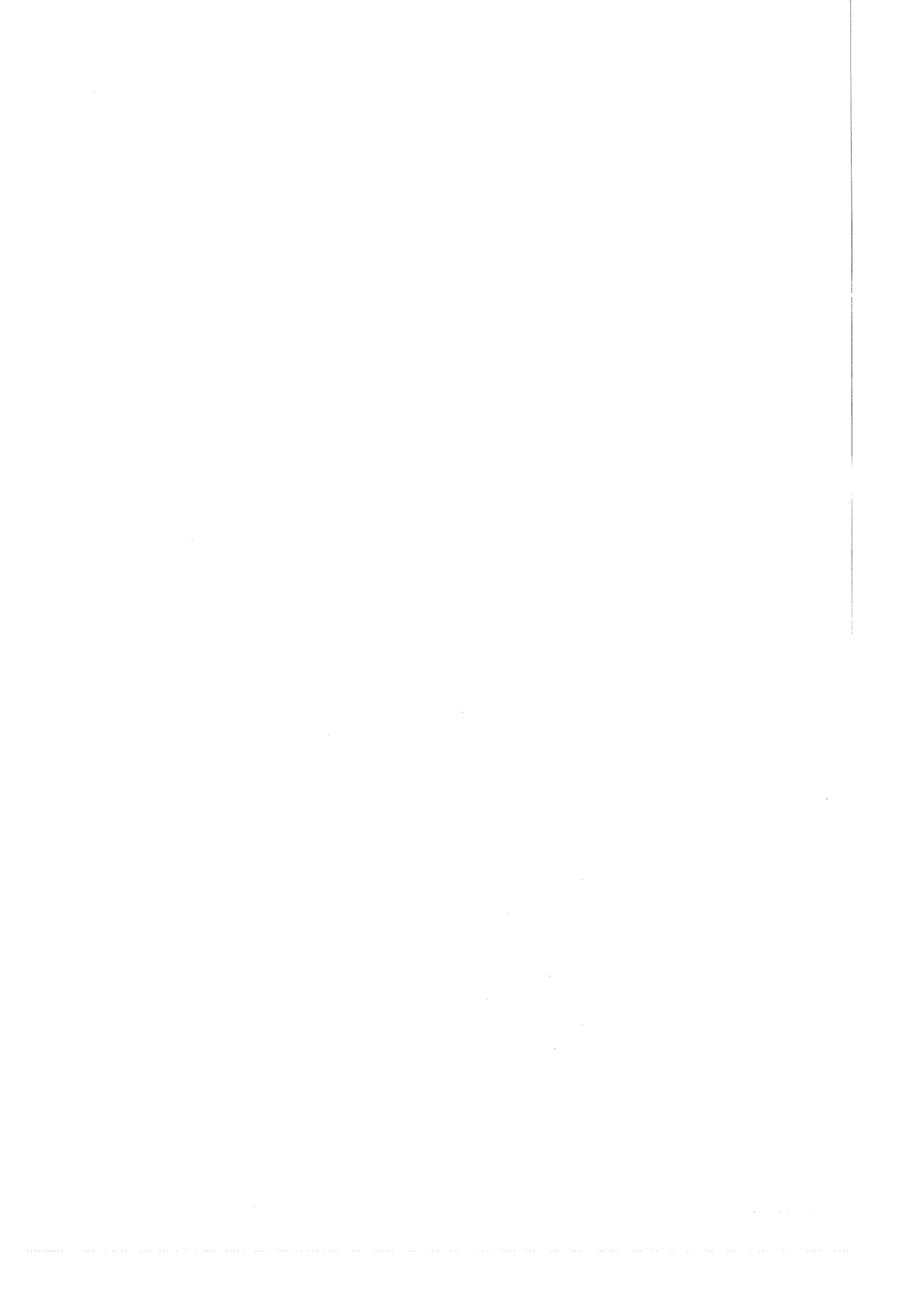
En el documento de la OMS <sup>19</sup>, Evaluación de los Programas de Salud, respecto a la responsabilidad de la evaluación se señala: «El principio según el cual la evaluación debe efectuarse como parte integrante de las diversas etapas del proceso general de gestión supone que *los individuos y grupos responsables del establecimiento y la aplicación de ese proceso en los diversos escalones de las políticas y de las operaciones asumen también la responsabilidad de su evaluación*».

Es necesario investigar, analizar, y reflexionar no de forma unidireccional sino como resultado de un proceso bidireccional para corregir constantemente nuestros programas.

## BIBLIOGRAFIA

1. I. MAYOL. *Formar para intervenir*. I Conferencia Europea de Educación para la Salud, U.I.E.S., 1987.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Plan Nacional Sobre Drogas*. Madrid, 1985.
3. Informe: El tabaquismo a Catalunya. 1983. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Serie Promoció de la Salut.
4. GARY BELL, ANNE CREMONA. «Doctors have no time for alcohol screening». *Br Med J*. 1987; 295: 95-96.
5. ROBERT G., NOBERT, G. NIVEN, RICHARD D. HURT, ROBERT M. MORSE, WENDELL M. SWENSO. «Alcoholism in Physicians». *Mayo Clin Proc*. 1984; 59:12-16.
6. DAVID H. KNOTT. *Alcohol Problems: Diagnosis and treatment*. Pergamon Press. 1986; 132.
7. J. F. KRAMER y D. C. CAMERON. *Manual Sobre Dependencia de las Drogas*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1975.
8. JOAQUIN C. CAMACHO. «La esperada reforma de los estudios de medicina». *El Médico*. 1987. 4-12 37-44.

9. P. PRITCHARD. *Manual de Atención Primaria de Salud*. Díaz de Santos. 1981; 37-61.
10. *Programa docente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. (Documento aprobado por la Comisión Nacional el 13-9-85).
11. Convocatoria MIR 1988. BOE n.º 270; 1987.
12. *La unidad de Desintoxicación en un Hospital General: Experiencia de un año de funcionamiento* (en prensa).
13. Real decreto 992/1987 de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. BOE 1987 n.º 183.
14. J. A. MUIR GRAY. «Formación continuada: ¿Qué técnicas son efectivas?». *Lancet* (ed esp.) 1987, 10: 53-55.
15. *75 % des toxicomanes s'approvisionnent auprès des médecins*. 1985. Prospective Jeunesse. Bruxelles.
16. A. MOREAU. «La relation médecin-malade en médecine générale». *Bulletin de la Société Médicale des Groupes Balint*. (Ed. Belge). 1969; 1:7-10.
17. A. PRIETO RODRIGUEZ. «Drogodependencias en atención primaria». En *Revista de Salud Pública de Castilla y León*. 1987. Vol 1. Monografía 1.
18. EUSEBIO MEGIAS. «Indicación terapéutica en drogodependencias». *Comunidad y Drogas*. 1987; 4:9-28.
19. *Evaluación de los programas de salud*. Serie Salud para todos n.º 6. 1981. OMS.



Juan J. Gervás\*

# Psicofármacos en Atención Primaria

## RESUMEN

*Entre las drogodependencias sólo hay una que, habitualmente, empieza y termine en los servicios sanitarios: la dependencia de psicofármacos. Los psicofármacos son medicamentos que se obtienen en la farmacia a través de la receta médica. Su uso racional implica utilizarlos en tiempo, lugar y contexto adecuado. Existen múltiples hechos que demuestran su uso irracional, tanto por exceso (sedantes, hipnóticos, analgésicos, etc.) como por defecto (antidepresivos y estupefacientes). La permisividad social, la defectuosa organización del trabajo en atención primaria y la falta de formación de los médicos prescriptores son factores que influyen en las drogodependencias a psicofármacos.*

## *Psychotropic medicaments in Primary Care*

## SUMMARY

*Of all known types of drug addiction, only one begins and ends with the health services, and that is addiction to psychotropic medicaments. These are medicaments obtained in pharmacies by means of medical prescription. When we speak of rational use we mean their use at the proper time and place and in the proper context. There is abundant evidence as to irrational use of these drugs, in terms both of excessive consumption (sedatives, hypnotics, analgesics, etc.) and of misuse (anti-depressants and stupefactants). Among the factors to be considered in connection with addiction to psychotropic medicaments are social permissiveness, inadequate organisation of primary care work, and lack of training in prescribing doctors.*

61

## INTRODUCCION

Son psicofármacos, en una definición precisa, aquellos medicamentos que se emplean habitualmente para el tratamiento de los trastornos mentales. La definición incluye a fármacos como los analgésicos opiáceos y otros, capaces de aliviar los sufrimientos que conllevan ciertas enfermedades.

Si nunca es posible señalar con precisión los límites entre salud y enfermedad, cuan-

do hablamos de enfermedades mentales la frontera es aún más borrosa. Por ello utilizaremos un concepto amplio de psicofármacos en el que se incluyen tranquilizantes, antidepresivos, analgésicos opiáceos, hipnóticos, estimulantes centrales y todos aquellos fármacos capaces de provocar dependencia. En principio, su característica común es que actúan sobre el sistema nervioso central, pero existen fármacos que actúan sobre dicho sistema y no se incluyen entre los psicofármacos; son, por ejemplo, los anestésicos, la mayoría de los antiparkinsonianos y antiepilépticos, algunos antihipertensivos, etcétera.

Respecto al término dependencia, aceptaremos también una definición imprecisa,

(\*) Correspondencia:  
Consultorio de la Seguridad Social.  
Equipo CESCA.  
C/General Moscardó, 7  
28020 MADRID



en la que lo característico es el deseo de seguir consumiendo el fármaco que crea la dependencia. La intensidad de este deseo puede variar desde lo leve hasta el ansia o compulsión <sup>1</sup>. En la definición de dependencia se incluye también un componente social que de forma poco clara admite algunas dependencias (a la cafeína, a la nicotina, etc.) y rechaza otras (en grado muy variable y lejos de cualquier criterio científico).

Es característico de los psicofármacos, con respecto a otras sustancias capaces de provocar dependencia, su relación con el sistema sanitario. Los psicofármacos se obtienen siempre en la farmacia y, habitualmente, a través de la receta de un médico. Así pues, las toxicomanías por psicofármacos tienen su principio y su fin (cuando se advierten y se tratan) en el sistema sanitario. La responsabilidad del personal sanitario es, pues, directa; afecta fundamentalmente a médicos y farmacéuticos, pero también a enfermeras, asistentes sociales, psicólogos y otros, pues aunque son los dos primeros profesionales los que poseen poder legal para generar el consumo de los medicamentos, su actuación es parte de los servicios que presta el conjunto del personal sanitario. El objetivo de este personal es lograr, en conjunto, un uso racional de los recursos.

Hablamos de uso racional del psicofármaco, y en general del medicamento, cuando se utiliza para el tratamiento de problemas en los que la prescripción es la mejor solución. Cuando el tratamiento más adecuado es el medicamento, para un uso racional es preciso que se recete el medicamento apropiado, que se disponga de éste oportunamente y a un precio asequible, que se dispense en las condiciones debidas y que se tome en la dosis indicada y a los intervalos y durante el tiempo prescrito. El medicamento apropiado ha de ser eficaz y de calidad e inocuidad aceptables <sup>2</sup>.

## ALGUNOS DATOS SOBRE EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

1. El consumo total de psicofármacos en España es similar al de otros países <sup>3</sup>. Sin embargo, el consumo de benzodiazepinas\* está por debajo del de otros países europeos <sup>3,4</sup>.

2. Ha aumentado el consumo de los psicofármacos agrupados en el apartado N de la clasificación anatómica de medicamentos <sup>5</sup>, es decir, aquellos fármacos activos sobre el sistema nervioso central. Ha disminuido el consumo de aquellos incluidos en medicamentos agrupados en otros grupos. Ha aumentado el consumo de medicamentos con monocomponente.

3. El aumento del consumo de los psicofármacos afecta tanto al gasto en pesetas como al número de envases vendidos; también al de dosis diarias definidas\*\*. El aumento del consumo es especialmente notable en el subgrupo de hipnóticos y sedantes (NO5B).

	Pesetas		N.º envases	
	1980	1985	1980	1985
Consumo total . .	100	180	100	95
Grupo N . . . . .	100	198	100	117
Subgrupo NO5B	100	319	100	140

(Base 100 en 1980). Fuente: Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. INSALUD.

4. El incremento del consumo de hipnótico-sedantes se basa en el aumento

\* Benzodiazepinas: medicamentos utilizados para el tratamiento de la ansiedad, insomnio y convulsiones. Incluye: diazepam (Valium), triazolam (Halción), flunitrazepam (Rohipnol), lorazepam (Orfidal), flurazepam (Dormodor) y otros.

\*\* Dosis diaria definida: es la dosis diaria media de un fármaco empleado en su principal indicación. De aspirina es 3 gramos, de flunitrazepam (Rohipnol) 1 mg, de diazepam (Valium) 10 mg, etcétera.

del subgrupo de benzodiazepinas, conservándose el de los barbitúricos\*.

Las benzodiazepinas que han aumentado las ventas han sido las de vida media más corta (que se destruyen más rápidamente), grupo con mayor capacidad de crear dependencia <sup>4</sup>. Entre ellos: triazolam (Halción), lormetazepam (Noctamid, Loramet) y flunitrazepam (Rohipnol). Las cosas suceden como si no hubiera desplazamiento entre las nuevas especialidades, sino más bien ampliación del mercado; normalmente parece que es el último producto introducido en el mercado el que consigue alcanzar mayores ventas.

	Consumo en 1985	
	Ptas. (mill.)	%
Benzodiazepinas solas . . . .	1.192	83
Barbitúricos en combinación	98	9
Barbitúricos sólo . . . . .	69	5
Otros . . . . .	43	3

Fuente: Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. INSALUD.

5. Desde 1985 se ha introducido la buprenorfina (Buprex), analgésico opiáceo\*\* que tampoco ha desplazado a otros analgésicos (como el Nolotil), sino que más bien ha ampliado el mercado. El Buprex se expende con receta, como el resto de psicofármacos. El Nolotil vendido con cargo a la Seguridad Social, en 1986, costó en total unos 800 millones de pesetas; el Buprex costó 207 millones.

6. El mercado de medicamentos de la Seguridad Social es el 80 por 100 del total, aproximadamente. Para el Buprex el por-

\* Barbitúricos: medicamentos utilizados como sedantes, hipnóticos y antiepilépticos. En su uso como hipnóticos han sido sustituidos por la benzodiazepina. Son barbitúricos: fenobarbital (Luminal), alobarbital (Dolobuscapan) y otros.

\*\* Opiáceos: sustancias naturales y artificiales de acción semejante a la morfina. Actúan sobre receptores específicos (receptores opiáceos). Son opiáceos morfina, codeína, metadona, etcétera.

centaje es del 65 por 100, lo que quiere decir, probablemente, que la medicina privada tiene una mayor presencia en este mercado.

	S.S.	Total
Buprex 10 tabletas (0,2 mg)	48.531	81.200
Buprex 20 tabletas (0,2 mg)	68.795	103.000
Buprex 6 ampollas (0,3 mg)	50.282	110.400

(Datos de 1986). Fuentes: Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. INSALUD y (en número de envases) Ministerio de Sanidad.

7. La receta de estupefacientes permite recetar morfina y otros analgésicos opiáceos útiles en el tratamiento del dolor. Las dificultades para la prescripción han provocado que España sea uno de los países del mundo en el que los médicos utilizan menos estupefacientes <sup>6</sup>. Los farmacéuticos llevan un libro de estupefacientes (y otro, recetario oficial, donde se anotan los psicofármacos), que habitualmente sólo genera trabajo administrativo, pues no se utiliza como registro epidemiológico, ni siquiera para inspecciones <sup>7</sup>.

8. El médico desconoce en muchos casos el medicamento que prescribe <sup>(8,9)</sup>. Los psicofármacos se encuentran en multitud de presentaciones, por lo que el médico puede prescribirlos sin saberlo. Por ejemplo, el diazepam es componente de veinticuatro presentaciones (desde el Aeroredsedante al Valium, pasando por el Meteoril y otros).

9. Muchos psicofármacos se recetan sin registrar un diagnóstico. En un estudio en Madrid <sup>10</sup>, sobre unas dos mil visitas en las que se registraron los problemas y los medicamentos recetados, se encontraron 127 visitas con diagnósticos de trastornos psiquiátricos y 160 en las que se habían prescrito psicofármacos. Se habían obtenido resultados semejantes en la Encuesta Nacional de Atención Ambulatoria (NANCS) en Estados Unidos, en la que en el 58 por 100 de los casos de prescripción de psi-

cótopos no se registró problema mental alguno <sup>11</sup>.

10. Probablemente se utilizan erróneamente los antidepresivos, por defecto, y los tranquilizantes, por exceso <sup>9</sup>. Es frecuente registrar como problema atendido «depresión» y prescribir un tranquilizante <sup>10</sup>.

11. Los botiquines familiares contienen con frecuencia psicofármacos <sup>12</sup>, con el consiguiente riesgo de intoxicación voluntaria o accidental <sup>13</sup>.

12. Los trastornos mentales se asocian a otras patologías, por lo que es frecuente la polimedicación <sup>10</sup>. Por ejemplo, entre pacientes con alteraciones funcionales digestivas se diagnosticó depresión en un 38 por 100, estados de ansiedad en el 19 por 100, alteraciones histéricas o hipocondríacas en el 18 por 100 y cefaleas de tensión en el 12 por 100 <sup>14</sup>.

13. El médico de cabecera no tiene siempre la iniciativa de la prescripción. En un estudio <sup>15</sup>, en Madrid, se demostró que la iniciativa dependía de los especialistas en más del 30 por 100 de las recetas; el médico de cabecera tenía la iniciativa en algo más del 60 por 100.

14. Los tratamientos crónicos con psicofármacos son los más comunes en algunos estudios sobre tratamientos prolongados <sup>16</sup>. Muchas veces los psicofármacos empleados en tratamientos se prescriben en consultas indirectas (enfermería, teléfono, etc.). En general se prescriben psicofármacos en un 8 por 100 de las consultas <sup>3,17</sup>. En los pacientes recluidos en su domicilio los psicofármacos representan el 12 por 100 de los medicamentos empleados en su tratamiento <sup>18</sup>. Las mujeres y los ancianos reciben con más frecuencia psicofármacos <sup>17,20</sup>, con el consiguiente riesgo para estos últimos, cuyos problemas mentales se detectan y manejan más inadecuadamente que los de los jóvenes <sup>21</sup>.

15. No todos los pacientes con problemas mentales activos registrados por los médicos reciben tratamiento con psicótopos <sup>17</sup>. Con frecuencia los médicos y enfermeras tienen dificultad para detectar la toxicomanía, incluyendo las de psicofármacos <sup>22</sup>. La población no siempre acude a los servicios sanitarios cuando tiene problemas psicosociales, de forma que, con frecuencia, estos problemas transcurren sin ayuda médica <sup>23</sup>.

16. En España la mayoría de las consultas de medicina general carecen de historia clínica. Aún llevando historia clínica es difícil tener una historia farmacológica completa <sup>24</sup>. Los pacientes, además, toman habitualmente medicamentos que el médico desconoce, frecuentemente, psicofármacos.

#### ALGUNAS CAUSAS DEL CONSUMO IRRACIONAL DE PSICOFARMACOS

Por lo expuesto es lícito sospechar que el consumo de psicofármacos no es racional. En algunos casos este consumo puede dar lugar a toxicomanías directamente; en otros, a generar un mercado negro que alimenta las politoxicomanías y produce dinero para mantener el consumo de drogas ilegales. Son múltiples las causas que puede justificar el uso irracional de los psicofármacos. Entre otras <sup>19</sup>:

- La defectuosa formación farmacológica de los médicos.
- La dispensación en las farmacias de psicofármacos sin recetas (razones de amistad-conocimiento, razones económicas).
- Defectuosa información de los médicos acerca del contenido y composición de los medicamentos.
- Tiempos de visita muy cortos.
- Falta de registros adecuados (historia clínica, hoja de medicamentos, etcétera).
- Defectuosa comunicación médico-

paciente, especialmente en lo que se refiere a problemas psicológicos y sociales.

- Incorrecta metodología de trabajo del personal sanitario de atención primaria, especialmente respecto al cuidado anticipatorio y la identificación de problemas.
- Características personales de médicos y farmacéuticos que modifican su relación con los medicamentos (actitudes religiosas, éticas, morales, etcétera).
- Presión social y personal de los pacientes que exigen curación y medicamentos para todos los problemas.
- Falta de apoyo institucional que permita el acceso a terapéuticas no medicamentosas cuando están indicadas (psicoterapia, terapia familiar, etcétera).
- Presión de la industria farmacéutica sobre los médicos <sup>(25,26)</sup>, tanto a través de los anuncios y muestras como a través de los representantes y de los apoyos a proyectos, congresos, etcétera.
- Dificultades administrativas (para obtener recetas de estupefacientes, para organizar los servicios de forma más eficaz, etcétera).
- Problemas con la continuidad, pues los cambios de médicos y enfermeras dificultan el seguimiento de los pacientes.
- Falta de expectativas y alternativas sociales que hace que algunas personas busquen en los servicios sanitarios y los psicofármacos el alivio a sus frustraciones.
- Defectuosa accesibilidad de los servicios sanitarios a los que los pacientes muchas veces no llegan en forma y momento adecuado, lo que dificulta el cuidado anticipatorio y la identificación de problemas.

## ALGUNAS CONSECUENCIAS EVIDENTES DEL CONSUMO IRRACIONAL DE PISCOFARMACOS

Las consecuencias del consumo irracional de psicofármacos son evidentes. Así, no es difícil leer una noticia como ésta <sup>28</sup>.

«Detenidos dos hombre con 400 recetas robadas. Aranjuez. Dos hombres, cuyos nombres corresponden a las iniciales C. S. M., de 39 años, y J. L. P. H., de 19, fueron detenidos el viernes en la localidad madrileña de Aranjuez cuando compraban sustancias psicotrópicas en una farmacia con recetas robadas y falsificadas.

En el domicilio de uno de los detenidos se encontraron cerca de seis millones de pesetas, 400 recetas de la Seguridad Social, talonarios en blanco, unas 300 pastillas de Rohipnol, un tampón, seis cartillas de afiliación a la Seguridad Social y joyas evaluadas en unas 300.000 pesetas.

La policía acusa a los detenidos de obtener ilegalmente productos farmacéuticos en Aranjuez, Torrejón, Getafe y Arganda del Rey. Las recetas habían sido robadas en su mayor parte en el ambulatorio madrileño de Modesto Lafuente. El Rohipnol se vendía después a precios que oscilaban entre las 500 y 1.000 pesetas por unidad. La policía calcula que los detenidos obtenían ganancias de 200.000 pesetas diarias. La mayor parte de los medicamentos eran vendidos a drogadictos.

Desde el pasado día 20 de septiembre se venía observando en las 14 farmacias de Aranjuez la presentación de recetas para conseguir anfetaminas, que tenían siempre los mismo beneficiarios de la Seguridad Social. Los compradores, que residían en Madrid, se presentaban en el pueblo cada dos días.

La policía sospecha que los dos hombres forman parte de una amplia red de distribu-

ción, puesto que los detenidos sólo recogían los productos farmacéuticos, que después eran vendidos por otras personas.»

Las toxicomanías por psicofármacos probablemente ocupan el segundo lugar en frecuencia <sup>29</sup>, siendo difícil estudiar el problema, si no sale del ámbito de la consulta médica. Como se demuestra a través de la noticia recogida, algunos psicofármacos, como las benzodiazepinas (Rohipnol, Halción...) y las anfetaminas (Centramina...) gozan de aceptación entre los toxicómanos. Se genera así un mercado negro al que contribuye la prescripción complaciente, la compra sin receta y el robo.

A veces las consecuencias de la prescripción irracional de psicofármacos conllevan problemas legales interesantes. Tal es el caso de la señora Catherine D. White <sup>30</sup>, que falleció el día 7 de junio de 1984 en Edimburgo (Gran Bretaña) por una sobredosis de amitriptilina\* con alcohol. Su muerte, por suicidio, dio origen a un proceso judicial en el que se confirmó la inocencia de su médico de cabecera, aunque se hicieron algunas recomendaciones interesantes. Pero veamos el caso: la Sra. White tenía una historia de depresión severa y alcoholismo, con varios intentos de suicidio con psicofármacos y alcohol. Cinco meses antes de su muerte ingresó para tratamiento hospitalario, permaneciendo ingresada durante tres semanas. Se le dio el alta en abril y continuó en tratamiento ambulatorio. Veía regularmente a su médico de cabecera, quien le prescribía antidepresivos semanalmente (máximo para diez días). El día 18 de mayo le recetó su dosis semanal de amitriptilina; la paciente volvió el día 1 de junio para renovar la medicación. El médico de cabecera no supo que la paciente había estado en la consulta el 28 de mayo, sin cita,

pues tuvo guardia y no atendió su consulta. El médico sustituto no conocía a la paciente y no utilizó la historia clínica. Le recetó a la Sra. White amitriptilina suficiente para un mes de tratamiento y no habló con el médico de cabecera de la paciente, ni anotó nada en la historia. Así pues, el día 1 de junio la paciente había reunido 150 cápsulas de 50 mg de amitriptilina. El día 5 de junio ingirió un número indeterminado de cápsulas con alcohol, entró en coma, y el día 7 murió.

En la investigación se determinó que el sistema de trabajo era lógico y correcto. Los pacientes citados eran vistos siempre por su médico, que anotaba en la historia las prescripciones. Los pacientes crónicos y responsables tenían una tarjeta rosa que les permitía obtener medicación sin ver al médico, pero con examen previo por éste de la tarjeta, anotando la prescripción en la historia clínica. El problema podía surgir si el paciente acudía sin ser citado, pues no siempre era visto por su propio médico; la visita se anotaba en el libro de citas y se utilizaba la historia, pero la flexibilidad del sistema exigía experiencia y buen hacer de los médicos y de la recepcionista.

El fiscal consideró que la dosis semanal de amitriptilina también podía ser mortal, con alcohol, y que el sistema general había sido bueno. Sugirió, entre otras cosas, que debería existir una lista con los pacientes en riesgo potencial de suicidio y que la prescripción no debería hacerse nunca sin consultar la historia clínica, o entrar en contacto con el médico de cabecera; si éste fuera imposible no debería prescribirse para más de dos días.

El mercado negro y los suicidios no son los únicos riesgos del uso irracional de los psicofármacos; también hay riesgo, por ejemplo, de accidentes, si no se advierte a los pacientes o éstos no siguen los consejos. Así, los psicofármacos se consideran muy importantes como agentes facilita-

\* La amitriptilina es un medicamento que se emplea para tratar la depresión. Su forma comercial más conocida es Triptizol; en asociación se encuentra en Nobitrol y Mutabase.

dores de los accidentes de automóvil, sumándose al alcohol <sup>31</sup>.

La consecuencia última del uso irracional del psicofármaco, muchas veces inadvertida por médico y paciente, es la drogadicción legal. Es decir, el inicio y mantenimiento de una dependencia por el sistema sanitario. Dependencia que no tendrá problemas de suministro y que es, en muchos casos, aceptada socialmente.

El final de una sociedad que admita la drogodependencia a psicofármacos, mantenida a través del sistema sanitario, puede llevarnos al mundo descrito por Aldous Huxley. En su novela, «Un mundo feliz», supone la existencia de comprimidos de *soma*, de los que dice: «Y, si por una desgraciada casualidad le pasa a uno algo desagradable, siempre queda el *soma*, que le permite evadirse de la realidad. Siempre queda el *soma* para calmar su cólera, para reconciliarle a uno con sus enemigos, para volverle paciente y sufrido. Antaño sólo podrían lograrse estas cosas realizando un gran esfuerzo, y tras años y años de disciplina moral. Ahora se traga una, dos o tres tabletas de medio gramo y se acabó. Todos pueden ser buenos ahora.»

#### ALGUNAS RECOMENDACIONES ACERCA DEL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

Los apartados anteriores permiten fundamentar algunas de las recomendaciones para ordenar el consumo de psicofármacos. Entre ellas <sup>19, 29, 33</sup>.

- Mejorar la enseñanza de los estudiantes y de los médicos, introduciendo en el proceso de aprendizaje, o de enseñanza continuada, contenidos acerca de la patología psicosocial y su tratamiento.
- Conocer a fondo el comportamiento del mercado, tanto público como privado, detectando a los médicos gran-

des prescriptores y a las farmacias que expenden sin recetas. Sobre ellos, desarrollar educación individualizada.

- Cambiar las condiciones de trabajo de los profesionales en forma que se potencien sus habilidades y destrezas, se tenga tiempo suficiente para la atención a los pacientes, se suministre material de registro (historia clínica y demás) y se facilite el uso de las terapéuticas adecuadas a cada caso. La continuidad puede potenciarse con un estímulo económico por años de permanencia en el mismo puesto de trabajo.
- Vigilancia sobre las formas ilegales de promoción de las ventas de medicamentos. Control de la publicidad de la industria farmacéutica y alejamiento de sus delegados de los centros de trabajo.
- Potenciación de los comités de farmacia, que deberían incluir a los farmacéuticos de oficina de farmacia del área.
- Inclusión de la revisión sistemática de los botiquines familiares en todas las visitas domiciliarias (urgentes y programadas), colaborando también con las oficinas de farmacia para hacer llegar a los pacientes la peligrosidad de estos depósitos.
- Confección de listas restringidas de medicamentos tanto nacionales como locales, reduciendo el número de psicofármacos al mínimo suficiente.
- Fomento de la colaboración entre los servicios sanitarios y sociales, de la misma o diferente institución; y de la colaboración entre el nivel sanitario primario y secundario.
- Fomento de actividades comunitarias, a realizar por el profesional naturalmente implicado (maestros, profesores, etc.), para prevenir las drogadicciones en sus ambientes naturales.
- Estudios e investigaciones que aporten datos acerca de la utilización en

la práctica médica de los psicofármacos, aplicando los resultados a la solución de los problemas.

- Desarrollo de una estrategia global, contando también con las organizaciones no gubernamentales, para

buscar salidas a las expectativas sociales.

NOTA: En este texto se emplean nombres comerciales registrados, sin que ello implique juicio de valor alguno acerca de su utilización.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 JAFFE J. H., «Drogadicción y abuso de drogas», en *Las bases farmacológicas de la terapéutica*, Goodman, A. y Gilman, A. (Eds.), 6.ª edición Panamericana, Buenos Aires 1981.
- 2 OMS-CONRAD, *El uso racional de los medicamentos* (Conferencia de Nairobi, 1985), Ginebra 1985.
- 3 LAPORTE, JR., CAPELLÁ, D., PORTA, M., FRATI, M. E., «Patterns of use of psychotropic drugs in Spain, and some of their public health consequences», *Clinical Pharmacology in Psychiatry (3rd International Meeting)*, Odense, Denmark 1982.
- 4 GENÉ, J.M., SOLER, M., BLAY, C., «¿Consumimos muchas benzodiazepinas?», *Med Clin (Barc)*, 1987; 89:240-243.
- 5 Orden del 13 de mayo de 1985, por la que se actualiza la clasificación anatómica de medicamentos. BOE n.º 121. 21 de mayo de 1985, pp. 14.584-14.588.
- 6 GÉRVAS, J. J., PÉREZ FERNÁNDEZ, M. M., GARCÍA SAGREDO, P., «Consumo de analgésicos opiáceos en España: ¿por debajo de las necesidades?», *Atención Primaria*, 1987; 4:367-372.
- 7 BURGO, J. L., DURÁN, S., GARCÍA SAGREDO, P., GÉRVAS, J. J., «El personal sanitario y los registros», en *Sistemas de registro en atención primaria*, Gervas, J. (Ed.), Díaz de Santos, Madrid 1987.
- 8 LAPORTE, J., DUSOVICH, J., ERIL, S., «Conocimiento por parte del médico de la composición y propiedad de las especialidades farmacéuticas más prescritas», *Rev. Clin. Española*, 1976; 140:269-274.
- 9 GÉRVAS, J. J., «Los medicamentos y la atención primaria de salud», *Farmacia al día*, 1986; 9:11.
- 10 ALBERQUILLA, A., FERNÁNDEZ, A., GARCÍA OLMOS, L., PÉREZ, J. M., UGALDE, M., «Morbilidad psiquiátrica percibida por los médicos generales y prescripción de psicofármacos en la zona sur de Madrid», *Rev. Asoc. Esp. Neurosiquiatría*, 1987; 7:277-290.
- 11 JENKS, S. F., «Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorder in primary care», *JAMA*, 1985; 253:1.903-1.907.
- 12 MARTIN, M. L., BUSQUET, L., ARNAU, J. M., ARBOIX, M., GRATI, M. E., CASAS, M., «Medicines at home and attitudes of public towards medicines», en Turner P., Padgham C. (Eds.), *World Conference on Clinical Pharmacology and Therapeutics: Abstracts*, Mcmillan, Londres 1980.
- 13 CAMÍ, J., FRATI, M. E., MARTIN, M. L., «Intoxicación aguda en Barcelona: Epidemiología y consideraciones sobre su terapéutica», *Med. Clin. (Barc.)* 1980; 75: 287-291.
- 14 GÉRVAS, J. J., GARCÍA OLMOS, L. M., PÉREZ FERNÁNDEZ, M. M., ABRAIRA, V., «Los trastornos funcionales del aparato digestivo: importancia socioeconómica en medicina ambulatoria», *Rev. Soc. Castellana Digestivo*, 1985; 1:34-37.
- 15 PÉREZ FERNÁNDEZ, M. M., SALCEDO MATA, J. A., GÉRVAS, J. J., «La evaluación del médico de cabecera a través del perfil farmacéutico: Iniciativa de la prescripción», *V Reunión Sociedad Española Epidemiología*, Madrid, mayo 1986.
- 16 HARDING, J. M., MODELL, M., FREUDENBERG, S., et al. «Prescribing: the power to set limits», *Br Med J*, 1985; 290:450-453.
- 17 IRWIN, W. G., CUPPLES, M. E., «A survey of psychotropic drug prescribing», *J. R. Coll Gen Pract*, 1986; 36:366-368.
- 18 MARTÍNEZ, B., PÉREZ FERNÁNDEZ, M., CEBEIRA, G., GÉRVAS, J. J., *Atención de pacientes con enfermedades crónicas, invalidantes o terminales, en tres zonas de Madrid*, *Atención Primaria*, 1986; 3:71-76.
- 19 *Report of the WHO meeting on medical education and rational prescribing of psychoactive drugs*, 1986; 3:71-76.
- 20 TELLNES, G., BJERNDAL, A., FUGELLI, P., «Psychotropic drug users and non-users in general practice», *Scand J Prim Health Care*, 1986; 4:131-135.
- 21 GERMAN, P. S., «Detection and management of mental health problems of older patients by primary care providers», *JAMA*, 1987; 257:489-493.
- 22 CHYCHULA, N. M., «Screening for substance abuse in a primary care setting», *Nurse Practitioner*, 1984; July:15-22.
- 23 GEYMAN, J. P., «Public perceptions of psychosocial problems and roles of the family physician», *J Fam Phys*, 1982; 15:225-226.
- 24 GILCHRIST, W. J., LEE, Y. C., TAN, H. C., McDONALD, J. B., WILLIAMS, B. O., «Prospective study of drug reporting by general practitioners for an elderly population referred to a geriatric service», *Br Med J*, 1986; 294:289-293.
- 25 PRICE, D., COOKE, J., SINGLETON, S., FEELY, M., «Doctors unawareness of the drugs their patients are taking: a major cause of overprescribing?», *Br Med J*, 1986; 292:99-100.
- 26 PLUMRIDGE, R., «A review of factors influencing drug prescribing (part 1)», *Aust J Hosp Pharm*, 1983; 13:16-19.
- 27 PLUMRIDGE, R. A., «A review of factor influencing drug prescribing (part 2)», *Aust J Hosp Pharm*, 1983; 13:44-48.
- 28 VARA, A. S., «Obtenidos dos hombres con 400

- recetas robadas», *El País*, 18 de octubre de 1987.
- 29 PRIETO, A., SANTANDER, F., SÁEZ, A., MARTÍNEZ, F., MARTÍNEZ, J. M., «Líneas básicas de atención a los problemas derivados del abuso de las drogas», *Rev. Salud Pública Castilla-León*, 1987, 2, monografía 1, 5-12.
- 30 BRAHAMS, D., «The law and the "foreseeable" suicide», *Practitioner*, 1986; 230:619-622.
- 31 LUNDBERG, G., «Let's stop driving after drinking and using other psychoactive drugs», *JAMA*, 1986; 255:529-530.
- 32 ALTÉS, J., FORN, M. A., GUILLAUMET, J., «El médico de cabecera frente a las toxicomanías», *Medicina Integral*, 1987; 10:50-59.
- 33 MARTÍNEZ, F., MARTÍNEZ, J. M., PRIETO, A., SANTANDER, F., SÁEZ, A., «Prevención de las drogodependencias en Atención Primaria de salud», *Rev. Salud Pública Castilla León*, 1987, 2, monografía, 1, 19-24.





T.A.N. Waller\*

# Drogodependencias y Atención Primaria en el Reino Unido

## RESUMEN

Los servicios de Atención Primaria tienen actualmente un importante papel en la prevención y tratamiento del consumo de drogas en Gran Bretaña.

La disposición del sistema asistencial dificulta que los drogodependientes se provean de drogas a partir de los médicos, éstos tienen su propia lista personal de pacientes y un paciente sólo puede estar registrado con un médico general. Además los doctores siguen un sistema de notificación de adictos a opiáceos, mediante el cual se conoce si los toxicómanos están obteniendo recetas de diferentes médicos.

El tratamiento de las toxicomanías en estos centros presenta grandes ventajas frente a las clínicas especializadas en drogodependencias, como son una mayor accesibilidad al sistema y una atención integral y continuada al enfermo y a su familia. Además hay un desarrollo creciente de una red de servicios comunitarios de apoyo a la atención primaria, que está haciendo variar la forma de tratamiento de los drogodependientes.

## *Drug addiction and Primary Care in the United Kingdom*

71

## SUMMARY

The Primary Care services currently play an important role in the prevention and treatment of drug-taking in Britain.

The care system is organised in such a way as to make it difficult for addicts to supply themselves with drugs through doctors, as the latter have their own personal lists of patients and a patient may only register with one general practitioner. Moreover, doctors run a system of notification of opiate addicts by means of which it is known if a drug addict is obtaining prescriptions from different doctors.

The treatment of drug abuse in such centres enjoys major advantages over that given at clinics specialising in drug addiction, for example, ongoing attention for the patient and his or her family.

In addition, there is a growing network of community services providing support for primary care, and this is bringing about a change in the way drug addicts are treated.

Individualizar la atención primaria y hablar de ella independientemente de otras formas de atención a la drogodependencia daría una imagen errónea de lo que está sucediendo en Gran Bretaña. En este artículo intentaré demostrar las ventajas del sistema de atención primaria existente en el Reino

Unido para tratar la drogodependencia y su papel en el contexto del conjunto total de servicios para los consumidores de droga. Hablaré también de algunos de los problemas con que nos enfrentamos, de algunas soluciones a estos problemas así como de en que medida la certeza de una próxima epidemia de SIDA está cambiando nuestro planteamiento del tratamiento y la prevención del abuso de drogas.

(\*) Correspondencia:  
19 Batchelor Street  
London N1 OEG  
Reino Unido

## VARIACION DE LA ASISTENCIA PRIMARIA EN EL CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE DROGADICCION EN GRAN BRETAÑA

En la actualidad se reconoce la importancia de los servicios de atención primaria en el tratamiento y prevención del consumo de drogas en Gran Bretaña. En particular, el médico general se considera cada vez más un elemento crucial en la intervención temprana en el problema de consumo de drogas y, en lo que se refiere al problema de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se considera esencial estimular a los médicos generales (MGs) y otros miembros del equipo de la atención primaria para que trabajen con los drogadictos, si va a haber que limitar la expansión del virus.

72 Esta potenciación representa un cambio radical de la política inicial del Reino Unido. A mediados de los años 60 se creía que la nueva oleada de abuso hedonístico de drogas entre los jóvenes que ocurrió en aquella fecha era consecuencia de la prescripción irresponsable realizada por los médicos generales. De hecho, en 1965, el segundo informe del Brain Committee <sup>1</sup> recomendó que se retirase de modo general el tratamiento del consumo de drogas de manos de los MGs, debiendo establecerse clínicas especiales de drogodependencia donde trabajasen psiquiatras especialistas para hacer frente al problema. No fue hasta principios de los años 80, cuando resultó evidente que no había suficientes especialistas para dar abasto con las exigencias planteadas por la epidemia de heroína, cuando se produce un cambio de la política oficial en el sentido de estimular a los MGs para que se comprometan una vez más en este difícil y exigente campo.

La aparición de la epidemia de SIDA en el Reino Unido para colmo de la epidemia de consumo de heroína y anfetaminas ha producido una agobiante y urgente necesidad de entablar combate con el problema

de las drogas en cuanto que el consumo de droga inyectada se considera en Gran Bretaña como la vía por la cual el virus del SIDA se introducirá en la población heterosexual general. Se considera que nuestra red de servicios de atención primaria desempeña un papel vital, no sólo ayudando a los consumidores de droga a conseguir tratamiento temprano, sino también ayudando o aconsejando a aquellos consumidores problemáticos que, de otro modo, no entrarían en el sistema de tratamiento. Para limitar la expansión de la infección por VIH, los métodos que se consideran una necesidad urgente son la prevención y el tratamiento temprano y fructífero del consumo de drogas así como la modificación de las prácticas de inyección de la droga y sexuales (particularmente en el caso de la prostitución).

## DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD PARA LA PRESCRIPCION DUPLICADA A LOS CONSUMIDORES DE DROGA EN LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PRIMARIA

La medicina general en Gran Bretaña tiene una estructura bastante diferente de la de otros muchos países. La disposición de nuestro sistema de asistencia primaria hace difícil a los consumidores de droga la obtención de medicación de diferentes médicos. Existen en el Reino Unido aproximadamente unos 24.000 MGs, cada uno con su propia lista personal de pacientes; un paciente sólo puede estar registrado en un momento dado con un médico general. Por tanto, los pacientes sólo pueden ser tratados por un médico general. Casi todo el mundo en Gran Bretaña tiene un MG; el 97 por ciento de la población está registrada como paciente de médicos generales y, como media, cada persona consultará a su médico general alrededor de 3 ó 4 veces al año.

En Gran Bretaña existe un dispositivo de seguridad que ayuda a evitar la prescripción

por duplicado. Todos los doctores están obligados por la ley a notificar al Home Office acerca de cualquier persona que sospechen adicta a la heroína, cocaína y una serie de drogas opiáceas. Aunque no está oficialmente exigido en la ley, el Home Office preguntará siempre si el médico ha prescrito algo. Todas las notificaciones se compilan luego en el «índice de adictos» que, como instrumento epidemiológico tiene limitaciones, pero que es útil para los médicos en cuanto que es un medio por el cual el médico puede determinar si el drogadicto que requiere su ayuda en un momento dado está obteniendo recetas por otro lado.

Por supuesto, existen algunos drogadictos que no se han registrado nunca con un Médico General, y otros que circulan por diferentes doctores dando una serie de nombres y direcciones falsas. Normalmente éstos son consumidores antiguos, son fácilmente reconocibles y sus nombres y descripciones suelen circular por los Family Practitioner Committees (Comités de Médicos de Familia). Sin embargo, este tipo de consumidor de droga en la actualidad es una gran minoría. A medida que se ha ido incrementando el número de consumidores de droga, los implicados han ido manifestándose de una forma más normal, perteneciendo cada vez menos a una población de conducta desviada y, particularmente en las áreas de alta frecuencia, la mayoría de los consumidores de droga forman parte de una población de pacientes a largo plazo que viven normalmente.

#### ALGUNAS VENTAJAS DEL TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGA EN LOS CENTROS DE ASISTENCIA PRIMARIA

El tratamiento realizado en un Centro de Asistencia Primaria tiene varias ventajas frente al tratamiento llevado a cabo por Especialistas en las Clínicas de Drogodependencia:

- 1) Ausencia de estigma.
- 2) Accesibilidad.
- 3) Ayuda al conjunto del individuo.
- 4) Ayuda a la familia completa.
- 5) Una red de apoyo.
- 6) Cuidado y apoyo continuados después de haber cesado el tratamiento.

#### 1) AUSENCIA DE ESTIGMA

Es probable que la visita al médico de familia provoque menos comentarios de un vecino cualquiera que la asistencia a la clínica local de drogodependencia. La ausencia de estigma de la medicina general junto con la posibilidad para el drogadicto de tener una conversación confidencial con un profesional preocupado que ya es conocido y con el que se tiene confianza debería permitir la actuación no sólo entre aquellos grupos que suelen encontrar dificultades a la hora de buscar ayuda, sino que también favorece la actuación en una etapa temprana del consumo de drogas. Este argumento viene apoyado por los datos de un estudio escocés <sup>2</sup>. En un grupo de 162 consumidores de droga, que asistían a un grupo de terapia, se encontró que había más jóvenes y mujeres que en un estudio previo entre consumidores de heroína que asistían a clínicas. Entre hombres y mujeres, es más probable que éstas últimas permanezcan en el «sector escondido» de los consumidores de droga desconocidos tanto para la policía como para los servicios de tratamiento <sup>3</sup>, siendo de gran importancia, por tanto, que se sientan más libres para consultar al Médico General.

## 2) ACCESIBILIDAD

Los Médicos Generales son más accesibles que muchas clínicas de Drogodependencia. Una espera de varias semanas, como existe en las clínicas de drogodependencia, puede resultar desalentador. Durante este período puede reducirse o perderse la motivación. Muchos consumidores de droga sólo buscarán ayuda cuando su drogodependencia haya llegado a una situación de crisis (es decir, un pleito en el tribunal, la ruptura de una relación, etc.). Los Médicos Generales, dada su accesibilidad, están en situación de ofrecer ayuda a la crisis, aunque esto no implica que deberían ofrecer una prescripción de crisis. Con el establecimiento de servicios vespertinos, los MGs están mejor dotados para permitir la accesibilidad al tratamiento a los drogadictos que tienen un trabajo, que muchas de las clínicas de drogodependencia, y esto puede hacer posible su disponibilidad para los consumidores de droga que están en una etapa temprana de su drogadicción.

## 3) AYUDA AL CONJUNTO DEL INDIVIDUO

El planteamiento del médico general, que no sólo abarca la enfermedad psiquiátrica y médica directa, sino también las influencias psicológicas, sociales, culturales, espirituales, políticas, ambientales y cualquier otro tipo de influencias que intervienen en la determinación de la complejidad de un ser humano son de particular importancia cuando se trata con el consumo de drogas. Los problemas de la droga cruzan todas las fronteras y afectan a todos. Decir, como hace alguna gente, que el consumo de drogas es un problema social y no debería ser asunto de los médicos, es una distorsión simplista de la verdad. No es solamente un problema social, como tampoco un problema únicamente médico: comprende estos dos aspectos además de otros. Afecta al individuo en conjunto y, por tanto, es un asunto cla-

ro del médico general. Algunos sectores públicos y de asistentes sociales, que entienden mal el papel de los Médicos Generales, se ofenden por la implicación del médico general que denominan «medicalización del problema». Estas actitudes, cuando aparecen, son desafortunadas pues tienden a empeorar las relaciones de trabajo y, en consecuencia, pueden reducir las oportunidades del drogadicto.

## 4) AYUDA A LA FAMILIA COMPLETA

Los Médicos Generales suelen estar en posición de ayudar al consumidor de droga por medio de su apoyo y ayuda a la familia entera. Con frecuencia, el comportamiento familiar se altera profundamente cuando descubre que uno de sus miembros consume drogas. Familias Anónimas, un grupo de esfuerzo propio para las familias y amigos íntimos de los consumidores de droga, describe al conjunto de la familia como enferma. A menudo, las relaciones familiares se alteran de tal modo que obstaculizan más que ayudan la recuperación del drogadicto. No obstante, se ha demostrado que un adecuado tipo de ayuda a la familia puede ser extremadamente beneficioso para el consumidor de droga, quien muestra un mejor pronóstico si se da una máxima importancia a la implicación de la familia durante el tratamiento<sup>(4)</sup>. El Médico de Familia está en una situación idónea para implicar a la familia en el proceso de curación; implicación que no suele llevarse a cabo en los servicios de tratamiento especializado donde hay una mayor tendencia a concentrarse en el individuo.

## 5) UNA RED DE APOYO

Los Médicos Generales se encuentran también en una situación adecuada para implicar a otros miembros del equipo de asistencia primaria y a otros trabajadores de la comunidad, como los asistentes juveniles,

los agentes judiciales de libertad vigilada o equipos de droga de la comunidad, cuando existen, de forma que se crea una red de apoyo al drogadicto. Incluso donde no existen equipos de asistencia primaria formalmente estructurados, puede tener lugar, y tiene, la unión entre los diferentes trabajadores genéricos de la comunidad que trabajan con los drogadictos.

## 6) CONTINUIDAD DE LA ATENCION

Los Médicos Generales son responsables de sus pacientes las 24 horas del día y un médico puede atender a alguien de forma continuada, comunmente durante varios años, a veces durante la vida entera de la persona. Esta continuidad en la asistencia ha venido haciéndose más importante en Gran Bretaña a raíz del cambio de política que ha desplazado el énfasis del mantenimiento por medio de la prescripción de metadona hacia los regímenes de tratamiento orientados a la abstinencia. Muchos consumidores de droga abandonan la clínica de drogodependencia en el momento en que ha finalizado el tratamiento de desintoxicación, convirtiéndose entonces en responsabilidad del médico general que proporciona asistencia tanto al drogadicto como a su familia. Desgraciadamente, este movimiento rara vez se ve acompañado por la comunicación de la clínica al Médico General. Esto es una pena ya que el período de abstinencia es difícil para el drogadicto y su familia, particularmente en las etapas iniciales. Las recaídas son comunes y los Médicos Generales suelen ser la primera puerta a la que se llama durante la recaída. Algunos estudios recientes se han centrado en la prevención de la recaída <sup>5</sup>, lo cual podría ser un planteamiento fructífero que en el futuro podría aplicarse a un centro de asistencia primaria.

Esta descripción de algunas de las ventajas que presenta el tratamiento en los Centros de Asistencia Primaria no es en mo-

do alguno una afirmación de que sea preferible el tratamiento prescrito por los especialistas. Sin embargo, para conseguir las máximas ventajas de ambas formas de atención, los Médicos Generales deberían trabajar con psiquiatras especialistas y con una red de servicios integrada en la comunidad. No hemos conseguido integrar nuestros servicios generales y especializados en el consumo de droga en la medida que hubiésemos deseado, aunque estamos más cerca ahora de lo que estábamos hace cinco años. Con demasiada frecuencia los Médicos Generales y las clínicas de drogodependencia trabajan todavía completamente independientes entre sí.

## ENFASIS CRECIENTE EN LA ASISTENCIA COMUNITARIA

Dentro de la comunidad se ha producido el desarrollo rápido de una red creciente de servicios de apoyo a la asistencia primaria que está revolucionando la forma de tratar el abuso de drogas en Gran Bretaña. Además de los Médicos Generales y otros trabajadores genéricos tales como los asistentes sociales, los visitantes sanitarios de libertad vigilada, y los líderes juveniles que brindan un apoyo a la comunidad. Una nueva tendencia que se ha expandido rápidamente en los últimos años ha sido el establecimiento de numerosos centros de consejo y orientación por todo el país y el establecimiento de equipos comunitarios de droga en muchas áreas. Esta expansión del servicio refleja el creciente interés que se está poniendo en Gran Bretaña con respecto a la asistencia comunitaria.

Los equipos comunitarios de droga suelen ser pequeños, constando de 2 ó 3 individuos, a menudo una enfermera y un asistente social. En los distritos en que hay alta frecuencia de droga, son a veces mayores. Algunos equipos comunitarios de droga (CDTs) comprenden miembros del sector voluntario y por tanto combinan elemen-

tos estatutarios y no estatutarios. Tienen un papel particularmente importante apoyando al Médico General en la desintoxicación domiciliar y representan una tendencia principal dentro de nuestros servicios de tratamiento. Funcionan como catalizadores para los servicios existentes, ofreciendo consejo y orientación a los consumidores de droga, así como ayuda, cuando es necesaria, para conseguir un tratamiento con un sustituto químico como la metadona, aunque los mismos equipos comunitarios no la prescriben.

Los centros de consejo y orientación se han desarrollado con una gran rapidez. Originalmente no había más que unas pocas agencias conocidas como «agencias de la calle», confinadas en las áreas metropolitanas y concentradas únicamente en aconsejar a los consumidores de droga. La mayoría de las agencias que se han desarrollado en los últimos 2 ó 3 años consideran su trabajo desde un punto de vista más amplio. Muchas de ellas mantienen grupos regulares para aquellos que dependen de la prescripción de tranquilizantes y la mayoría también da consejo o al menos orientación a las familias y los amigos íntimos de los drogadictos. Existen también varias organizaciones de voluntarios cuyo objetivo principal es dar apoyo a las familias de los consumidores de droga. En particular una, conocida como ADFA (Ayuda para Adictos y Familia) ha sido reconocida como el centro nacional principal que proporciona apoyo familiar y se la ha provisto de fondos. El ADFA ha asumido el papel del grupo Families Anonymous en muchos áreas.

La expansión adicional en el Sector Voluntario ha presentado un gran incremento en lo que se refiere al número de plazas disponibles para la rehabilitación a largo plazo. Dos casas ofrecen desintoxicación pero el resto son permisivas para la droga. Gran parte de la provisión de fondos para esta expansión de los servicios no estatutarios provino de una iniciativa del gobier-

no central para fomentar la expansión privada, como consecuencia del informe de Tratamiento y Rehabilitación del Advisory Council en el Abuso de Drogas (ACMD) <sup>6</sup>.

En el sector estatutario ha habido un débil incremento tanto en el número de Unidades de Dependencia de Droga (Drug Dependence Units) como en el de centros de psiquiatras especialistas. Siguiendo una recomendación del informe de Tratamiento y Rehabilitación, algunas de las unidades de pacientes internos han sido redistribuidas en lugares alejados de los hospitales estableciéndose unidades independientes en la comunidad. Sin embargo, muchas de ellas siguen ligadas a las unidades psiquiátricas del hospital por lo que siguen resultando poco atractivas para los consumidores de droga.

#### PROBLEMAS ACTUALES Y ALGUNAS POSIBLES SOLUCIONES

1) *Actitudes Negativas.* Uno de nuestros principales problemas en el Reino Unido consiste en vencer las rígidas actitudes frente a los consumidores de droga, particularmente entre los profesionales que, por otro lado, se dedican a su asistencia. Muchos Médicos Generales, asistentes sociales, agentes de libertad vigilada y psiquiatras consejeros parecen mantener dichos puntos de vista. Existe también la necesidad de vencer las actitudes negativas de los propios consumidores de droga hacia el cambio. Creemos que no existe un drogadicto que, al menos en alguna medida, no quiera liberarse de la droga. Todos los consumidores de droga se sienten ambivalentes acerca del cambio y todos tienen actitudes positivas que pueden trabajarse y desarrollarse. Con el fin de incrementar la accesibilidad de nuestros servicios de tratamiento ha habido intentos de hacerlo más «amistosos para el usuario», más accesibles, tanto desde el punto de vista de su localización como de sus horas de apertura; más

disponibles, de forma que el tratamiento pueda ser iniciado sin un retraso innecesario, y más flexibles con respecto a los regímenes de tratamiento.

2) *Infección por VIH.* La reciente epidemia de SIDA nos ha hecho revisar toda nuestra actual política, siendo nuestro objetivo duplicar el número de consumidores de droga bajo tratamiento. En la actualidad estamos considerando emplear prostitutas y drogadictos como trabajadores de mayor alcance; estamos considerando también pagar una cantidad extra a los Médicos Generales para que traten a los drogadictos si se cumplen una serie de criterios; hemos establecido ya un modelo de canje de agujas y jeringas y estamos viendo ahora su eficacia; estamos considerando el establecimiento de algunas clínicas de reducción de riesgo; vamos a recomendar un tratamiento cuya meta inmediata no sea la abstinencia y sin esperar el resultado del análisis de orina. Habrá una liberalización de los rígidos modelos de tratamiento orientados a la abstinencia.

Aunque parece que el mensaje acerca de los peligros de compartir los utensilios para la inyección ha llegado a muchos drogadictos, la modificación del comportamiento sexual parece ser más difícil. Los asistentes suelen encontrar dificultad o les resulta desconcertante aconsejar sobre las preocupaciones a nivel sexual a los consumidores de droga puesto que, en general, son muy resistentes a la idea de cambiar su comportamiento sexual. Algunos han necesitado más de un año de consejo repetido antes de empezar a cambiar. Los preservativos se entregan gratuitamente en los centros de cambio de agujas y en las clínicas de planificación familiar, pero no pueden ser distribuidos por los Médicos Generales. Las prostitutas que ejercen de forma regular tienden a ser muy meticulosas en cuanto a la utilización siempre de preservativos, pero las drogadictas que utilizan la prostitución para financiar su hábito no se

suelen preocupar acerca de la utilización de preservativos. Este hecho es de gran importancia ya que serán estas prostitutas las que expandirán el VIH en la población general con mucha más probabilidad puesto que existe una mayor probabilidad de que sean ellas quienes estén infectadas. En la zona Strathclyde de Escocia se están utilizando prostitutas como trabajadores de «mayor alcance» y parece ser un medio eficaz para asegurar la reducción de este problema. Nuestro Consejo Asesor sobre el Consumo de Drogas tiene un grupo trabajando en este momento sobre el SIDA y el consumo de drogas. Es probable que en su informe de Diciembre abogue por el uso extensivo de este tipo de trabajadores.

3) *Falta de preparación.* El Consejo Asesor tiene otro grupo trabajando en la cuestión de la instrucción. La preparación de los trabajadores de una amplia variedad de disciplinas en el campo del consumo de drogas ha estado tristemente descuidado hasta ahora. Es probable que la falta de preparación en el pasado haya convertido nuestro actual problema de drogas en algo peor de lo que, por otro lado, hubiese sido y ha contribuido indudablemente a las actitudes negativas mantenidas por muchos profesionales y otros trabajadores que normalmente son escrupulosos y atentos. Es probable que cuando el grupo de trabajo informe el próximo año, recomiende la preparación combinada para la asistencia en el campo del alcohol, las drogas y los disolventes, la enseñanza a los médicos a nivel de categoría universitaria y la necesidad de una preparación multidisciplinaria.

4) *Uso de Anfetaminas.* El uso de anfetaminas nos está planteando un problema en el Reino Unido. Los indicadores sugieren que además de estar en una epidemia de heroína, nos hallamos a medio camino de una epidemia de anfetaminas.

En 1986, la cantidad de anfetaminas, justo por encima de 100 kg., era alrededor de



30 kg más que en 1985 y diez veces la media del año 1979 y del 1982. Los consumidores de anfetaminas no desarrollan el mismo tipo de problemas que los consumidores de heroína. Esto se debe principalmente a que son más baratas y mucha de la alteración social asociada al consumo de heroína radica en la continua necesidad de conseguir su financiación. Sin embargo, los consumidores de anfetaminas desarrollan problemas psiquiátricos y médicos resultantes de su inyección. En particular desarrollan y transmiten infección por VIH. Esto es importante porque, al contrario de los consumidores de opiáceos que tienden a perder la libido, los consumidores de anfetaminas suelen ser muy activos sexualmente y suelen tener compañeros múltiples.

Son los problemas sociales, más que los problemas médicos o psiquiátricos los que parecen inducir a los drogadictos a buscar ayuda y puede que ésta sea la razón por la cual tantos consumidores de anfetaminas permanecen ocultos a los servicios de tratamiento. Sin embargo, puede también que no busquen ayuda por el hecho de que las clínicas antidroga no se la prescriben. Estamos considerando la monitorización en un pequeño número de centros del efecto de prescribirles la droga con el fin de ver si éste es un medio eficaz para cambiar sus modelos de comportamiento sexual y de inyección de droga (en este grupo).

## PREVENCIÓN

1) *Por medio de la educación.* Nuestra estrategia sobre prevención del abuso de drogas fue esbozada en el Informe de Prevención del Consejo Asesor sobre el Abuso de Drogas <sup>7</sup>, independientemente de los controles legislativos. Como consecuencia de la publicación de este informe en 1984, una de las respuestas del gobierno Británico consistió en asegurarse de que en todas las escuelas secundarias había un programa de preparación sobre el consu-

mo de drogas. La atención se centra ahora en el nivel escolar primario donde hay una clara necesidad para las edades comprendidas entre 9 y 11 años. Se piensa que este tipo de educación no debería basarse en la simple finalidad de escandalizar o asustar puesto que esto puede tener efectos opuestos a los deseados, convirtiendo la droga en algo más atractivo por ciertos grupos de jóvenes. Tampoco debería hacerse de forma aislada. De un modo general, esta educación debería mantener un nivel bajo en intensidad y debería incorporarse dentro de una amplia red de aprendizaje acerca de una salud positiva, que incluya ejercicio regular, dieta sana y no consumo de tabaco. Este tipo de instrucción se lleva mejor a cabo por quienes son diestros en la enseñanza y son conocidos por los jóvenes implicados.

2) *Por medio de campañas.* El Gobierno Británico se ha embarcado también en una campaña en los medios de comunicación dirigida a desalentar el consumo de drogas. Si queremos controlar la epidemia de drogadicción es esencial establecer una actitud que desacredite el consumo de drogas y lo ponga fuera de moda para los jóvenes. Más recientemente, el gobierno ha lanzado una campaña en los medios publicitarios contra la expansión del virus del SIDA. Esta campaña está todavía en marcha y por tanto su eficacia es aún desconocida, pero estudios de mercado sobre los resultados de campañas previas contra el consumo de drogas indican que éste sea probablemente un planteamiento útil.

3) *Algunos aspectos de la prevención de la infección por VIH.* El tratamiento con éxito del consumo de drogas es también un buen camino para prevenir la expansión de infección por VIH; la epidemia de SIDA en el Reino Unido está cambiando nuestra filosofía acerca del tratamiento de los consumidores de droga. Reconocemos ahora que no se puede ceder el paso y esperar que el drogadicto se sienta motivado a buscar ayu-

da. Hay que buscar activamente a aquellos que se complacen en el consumo de drogas y comparten agujas y jeringuillas, incluyendo los que consumen anfetaminas, cocaína, benzodiazepinas, barbitúricos y drogas opiáceas, si se quiere avanzar algo en la reducción de la expansión de la infección por VIH. Es necesaria también una jerarquía de metas para el tratamiento, siendo una meta inicial, y más importante que la abstinencia, la consecución de caminos menos perjudiciales de consumir drogas.

La expansión del VIH se considera como un peligro mayor tanto para la salud pública como para la salud individual, que el abuso de drogas, y éste es un hecho central para el resto de los temas.

Estos cambios de planteamiento tendrán un profundo efecto, no sólo en cuanto al tipo de servicio que vayamos a proporcionar en un futuro en el Reino Unido, sino también en cuanto al grado de servicio necesario. Nuestro plan para intentar duplicar el número de personas bajo tratamiento tiene grandes implicaciones en cuanto al coste. La desviación de un porcentaje sustan-

cial del tratamiento al sector de la asistencia primaria no sólo debería mejorar el servicio prestado, si se realiza de una forma adecuada, sino también es indudablemente el medio con mejor relación coste/eficacia para alcanzar este objetivo. También hay sitio para un tipo de atención compartida entre el sistema de atención primaria y secundaria que sería beneficioso para todos los implicados, incluyendo el paciente. Nos moveremos con esperanza hacia un sistema donde sólo los casos más difíciles sean tratados exclusivamente en las clínicas de dependencia de droga.

Tenemos un largo camino por delante antes de que lleguemos a este estado de cosas, particularmente en lo que se refiere al necesario aprendizaje y a los cambios de actitud de los trabajadores de atención primaria de salud. Nuestro objetivo en este momento es conseguir una red apropiada y luego utilizarla con la mayor rapidez posible. Somos conscientes de que la epidemia de SIDA se está asomando y de la necesidad de alcanzar resultados sustanciales sin demora.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ministry of Health & Scottish Home & Health Department. *Drug Addiction*. The Second Report of the Interdepartmental Committee. London. HMSO. 1965
2. ROBERTSON, J. R. «Drug Users in Contact With General Practice». *Br. Med. J.*, 1985; 290: 34-35.
3. PARKER, H., and CHADWICK, C. *Unattractive alternatives. Dilemmas for Drug Services in Wirral*. The Fifth Report of the Misuse of Drugs Research Project for the Wirral Drug Abuse Committee and the Wirral District Drug Dependency Problem Team. Sub. Dept. of Social Work Studies, University of Liverpool. 1987.
4. KOSTEN, T. R., JALALI, B.; PHILLIPS, G.; BRADLEY, B., Family denial as a Prognostic factor in Opiate Addict Treatment Outcome. *Journal of Nervous & Mental Disease* 1983; 171: 611-616.
5. GOSSOP M., GREEN, G., BRADLEY B., «What happens to opiate addicts immediately after treatment: a prospective follow-up study». *Br. Med. J.*, 1987; 294:1377-1380.
6. *Treatment and Rehabilitation*. Report of the Advisory Council on the Misuse of Drugs. HNSO. London. 1982.
7. *Prevention*. Report of the Advisory Council on the Misuse of Drugs. HMSO. London. 1984.



Els Noorlander\*

# Drogodependencias y Atención Primaria en Holanda

## RESUMEN

*El sistema de asistencia a los drogodependientes en Holanda está cambiando rápidamente, debido a un mayor conocimiento del problema y a una política general sobre la droga, que viene a sustituir las antiguas diferencias territoriales.*

*En 1972 hubo una rápida expansión del consumo de heroína que sobrepasó las posibilidades de los centros de tratamiento que existían, la solución que se adoptó fue el empleo de metadona, en principio como una desintoxicación a corto plazo, pero después como un «sistema de bajo umbral», en el que se administraba metadona sin condiciones.*

*El uso extensivo de metadona corre el riesgo de convertirse en un simple sistema de suministro de droga, pero ha demostrado algunas ventajas evidentes.*

*Actualmente existe controversia sobre que tipo de pacientes deberían ser tratados en un centro de Atención Primaria y sobre las vías de acción de los médicos de familia, que dependerán de su actitud personal, conocimientos y de la situación local.*

## *Drug addiction and Primary Care in Holland*

## SUMMARY

*In Holland the care system for drug addicts is undergoing rapid change due to increasing knowledge about the problem and a general drugs policy which is now doing away with the former regional differences.*

*In 1972 the rapid growth of heroin consumption totally swamped the existing treatment centres. The solution adopted was to use methadone, initially as a short-term withdrawal agent, but then subsequently it came to be used in a «low threshold system» where methadone was administered unconditionally.*

*The widespread use of methadone runs the risk of becoming no more than a drug supply system, but it has demonstrated certain clear advantages.*

*At present there is controversy as to what type of patients ought to be treated at Primary Care centres and as to the type of action taken by general practitioners, which will depend very much on their personal attitudes, the extent of their knowledge and local conditions.*

81

Para explicar como funciona el sistema en Holanda me gustaría antes comentar algo sobre la política de drogas en Holanda, luego algo sobre nuestro sistema de Asistencia Primaria, para continuar entonces conectando ambos.

## 1. POLITICA DE DROGAS EN HOLANDA

Aunque Holanda es un pequeño país, dentro de sus fronteras existen sistemas de ayuda a drogadictos que difieren en gran medida de una ciudad a otra y de una provincia a otra. En Holanda ha habido personas que han intentado tratar a los drogadictos aproximadamente desde 1968. En aquella época no había todavía heroína; la gente consumía cannabis, anfetaminas y opio. La heroína a gran escala fue introdu-

(\*) Correspondencia:  
Detox  
Mallebaan, 78  
3581 CW Utrecht  
HOLANDA

cida en Holanda en 1972 y desde entonces hasta ahora se ha desarrollado un complicado sistema. Yo misma empecé a trabajar con adictos en 1977 y he estado trabajando con proyectos de todo tipo de ideologías desde el mantenimiento de por vida con metadona a la rápida desintoxicación y la rehabilitación. Espero que estas diferencias no me hayan hecho tener ideas preconcebidas acerca de la drogadicción. Mi carrera como psiquiatra me mantuvo alejada del sistema de asistencia a los drogadictos, dándome la oportunidad de mirarlo desde fuera y compararlo con otros sistemas de asistencia, como el tratamiento psiquiátrico. He trabajado también en servicios de tratamiento a alcohólicos, lo que me permite otro punto de comparación y me alegro de que en este momento mi trabajo se desarrolle en un centro de pacientes internos alcohólicos y drogadictos. Creo que el sistema de asistencia a los drogadictos es más complicado en Holanda que en otros muchos países, porque lo que ocurre sobre el terreno en cada proyecto independiente depende de las políticas locales y de las ideas de los trabajadores en ese proyecto. Ya que cada ciudad o pueblo ha tenido que organizar el sistema de asistencia a los drogadictos en unos pocos años y que han empezado con puntos de vista diferentes, el tipo de ayuda que un drogadicto podía conseguir dependía bastante de donde viviera (a pesar de que en este artículo se utiliza el masculino, la mujer está también incluida).

Esta indeseable situación está cambiando rápidamente, en parte, debido a un mayor conocimiento acerca de los drogadictos, a la experiencia con ellos, y en parte porque el Gobierno Nacional ha lanzado unas líneas generales para una política sobre drogas general.

Estas líneas generales han sido publicadas recientemente en «Nota 2000», un plan para el futuro desarrollo del Sistema de Asistencia Sanitaria Holandés, en el que se

discute de nuevo el problema de la droga.

Les mostraré algunas afirmaciones de esta «Nota», porque son importantes para entender el sistema en que trabajamos.

#### «NOTA 2000» SOBRE DROGAS

1. Se hace una diferenciación entre drogas que muestran un grave riesgo para la salud (las sustancias más ilegales como opiáceos, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, etc.) y drogas con menos riesgos (hachis, marihuana). Esto significa que sigue siendo punible estar en posesión de una pequeña cantidad de hachis o marihuana, pero en la vida diaria casi nunca es castigado.

Esto significa que un consumidor de pequeñas cantidades de cannabis no suele sentir que está haciendo algo ilegal. El cannabis no es difícil de conseguir, especialmente en las ciudades. El uso de cannabis ha disminuido con los años desde 1976 <sup>1</sup>, la mayoría de los consumidores lo toman sólo alrededor de una vez al mes. Un médico, en la asistencia primaria u otro lugar, rara vez se encuentra con un paciente con «problemas de cannabis». Las únicas personas que alguna vez he encontrado para quienes el consumo de cannabis era una razón para buscar ayuda eran jóvenes que ya tenían graves problemas psiquiátricos antes de empezar a consumir cannabis, y algunos para los cuales el consumo de cannabis era un factor más en un complicado problema familiar.

El problema de droga que nosotros como trabajadores en este campo encontramos es la adicción a la heroína, aunque en la actualidad cada vez es más raro un adicto que consume sólo heroína. La mayoría de los adictos consumen al menos también medicamentos psicotrópicos como las benzodiazepinas; la mayoría consume también

mucho alcohol y un grupo considerable consume también cocaína.

Una segunda afirmación muy importante de la «Nota 2000» es la siguiente:

2. Las drogas han encontrado su lugar en la sociedad holandesa y a pesar de todos los esfuerzos para evitar su entrada en el país probablemente se han establecido. Los sistemas de tratamiento que tienen como principal objetivo sólo la abstinencia no serán capaces de ayudar a la mayoría de los drogadictos.

Esta idea ha tenido amplias consecuencias en el sistema de tratamiento holandés. Explicaré más explícitamente ésto al final, cuando trate con más detalle dichos sistemas de tratamiento.

Una tercera afirmación importante para nosotros, como trabajadores, de «Nota 2000» es la siguiente:

3. Tratar al drogadicto como una persona muy especial que no puede ser tratado por los servicios regulares de tratamiento puede crear graves problemas debido al estigma implicado y a que les aísla más de la sociedad normal.

Esta idea ha sido más seguida en unas ciudades que en otras, pero ha sido muy importante en el sistema total y será también un factor importante en los próximos años.

Naturalmente en «Nota 2000» se dicen muchas más cosas, por ejemplo, sobre la prevención, sobre el cambio en los modos de consumo de droga, sobre los enfoques judiciales, la rehabilitación, etc. He seleccionado unas pocas afirmaciones que pueden servir para ilustrar como ha evolucionado nuestro sistema de tratamiento.

## EL SISTEMA DE ASISTENCIA PRIMARIA HOLANDES

La persona central en nuestro sistema es el «médico de familia», un médico que ha seguido una instrucción especial en «Medicina de familia».

Casi todos los holandeses tienen un médico de familia, que trata a diario sus enfermedades, les envía a los especialistas, les informa sobre los temas sanitarios, les hace revisiones y a menudo les aconseja sobre problemas familiares y personales. Muy importante es el hecho de que el «médico de familia» mantiene informes de todos los tratamientos que siguen sus pacientes, para que en la administración se pueda encontrar una historia médica total de un paciente. A menudo un médico de familia trabaja en solitario y con la cooperación de las enfermeras del distrito, los asistentes sociales y, en nuestros días, a veces con psiquiatras. A veces trabajan todos juntos en un Centro de Asistencia Primaria.

Una de las razones por las cuales casi nadie está sin médico de familia es que es a quien se llama en caso de emergencia. Aunque ciertas personas tienden a ir directamente al hospital, esto no es la práctica normal e incluso no está bien visto en los mismos hospitales. Todas las organizaciones sanitarias que tratan a los pacientes envían cartas al «médico de familia» del paciente, incluso aunque éste no les haya enviado el paciente. Sin embargo, algunos otros profesionales practican también la asistencia sanitaria, normalmente en cooperación con los médicos de familia; por ejemplo, las enfermeras de los distritos, las unidades médicas de las escuelas y bastantes «centros de consulta» («consultation offices»), que son utilizados para un tipo especial de asistencia sanitaria como atención infantil o, en nuestro caso, los adictos. Un médico de familia puede enviar a su paciente a un «centro de consulta», lo que suele ocurrir, pero el paciente puede ir también por propia ini-

ciativa. Entonces se notifica de ello al médico de familia, a menos que el paciente ponga objeciones al respecto. Los «centros de consulta» para el alcohol y el consumo de drogas se denomina CAD, y son importantes factores en la atención de los drogadictos. Muchos lugares de trabajo de un CAD se dividen en una unidad para alcohol y una unidad para drogas.

Según el «Nota 2000», la organización de Asistencia Sanitaria holandesa está planificada en la actualidad como sigue:

Un sistema de asistencia en cuatro niveles:

«Wijk» (distrito)	10.000-20.000 personas
«Regio»	100.000-250.000 personas
«Supra-regio»	400.000-600.000 personas
País	14.500.000 personas

Cada uno de estos niveles tendría que ser responsable de un cierto nivel de Atención Sanitaria.

Un «wijk» puede constar de varios pueblos pequeños o puede ser sólo una parte pequeña de una gran ciudad.

Un «regio» puede ser un pueblo o la mitad de una gran ciudad.

Un «supra-regio» puede ser una ciudad o una provincia.

Cualquiera que sea la entidad geográfica, un «wijk» deberá tener: médicos de familia, enfermeras de distrito, dentistas, etcétera.

Especialmente en las ciudades existe un movimiento político que afirma que un «wijk» debería tener su propio pequeño centro para drogadictos, pero esto no se ha llevado a la práctica, excepto en unos pocos lugares.

Cada «regio» debería tener especialistas

médicos, hospitales generales, unidades de asistencia en las escuelas. En lo que se refiere a los drogadictos, esto significa que cada «regio» debería tener posibilidad de intervenir en situaciones de crisis, equipo de tratamiento externo y unidad de prevención.

Cada «supra-regio» tiene que tener hospitales especializados que, en lo que se refiere a los drogodependientes, significa centros de desintoxicación con pacientes internos y comunidades terapéuticas.

Lo que denominamos Asistencia Sanitaria Primaria tiene lugar en el «wijk» y el «regio».

#### DESAROLLO DE LOS SERVICIOS HOLANDESES PARA LOS DROGODEPENDIENTES

El problema de la drogadicción se inició en Holanda alrededor de 1968 y se expandió mucho, de repente, hacia 1972, cuando para la mayoría de los drogodependientes la heroína ocupaba el puesto de las otras sustancias que habían estado consumiendo hasta entonces. El resultado fue un ligero pánico de la sociedad holandesa: había que hacer algo. Los «Centros de consulta» (CADs), muy experimentados en los problemas con el alcohol, no podían dar una respuesta directa a la adicción a la droga; tampoco los médicos de familia tenían experiencia alguna con el fenómeno. Existían ya unas pocas comunidades especializadas, pero podían ayudar tan sólo a unos pocos. Los hospitales mentales intentaron tratar a los drogodependientes con resultados problemáticos y desalentadores.

La presión social para hacer frente rápidamente al problema era muy alta, debido a la creciente delincuencia asociada al creciente consumo de heroína.

La solución que se adoptó por fin fue el empleo de metadona, basándose en tres

conceptos: los resultados publicados en los Estados Unidos de los programas Nyswander y Dole <sup>2</sup>; la presuposición de que un adicto que tiene metadona no necesitará heroína y, por tanto, no tendrá que delinquir; y una idea política en algunas ciudades que establecía que los adictos tienen derecho a ser adictos si quieren y, por tanto, tienen derecho a la metadona. Esta tercera idea fue también adoptada por las propias organizaciones de drogadictos, las así denominadas ligas junkies.

En un principio, los CADs se inclinaban a utilizar metadona sólo con el fin de desintoxicación a corto plazo, de forma muy parecida a como se utilizan benzodiazepinas en la desintoxicación alcohólica. Esto no era la idea política. Entre los políticos, principalmente en las ciudades, la idea era que todo adicto que quería metadona la tendría, para permitirle llevar una vida fuera del crimen. Como era inevitable, esta pelea fue ganada por los políticos. Algunos CADs capitularon y cambiaron sus programas de metadona a lo que se denomina un «sistema de bajo umbral». En otros pueblos y ciudades sencillamente se crearon nuevas organizaciones con una ideología de bajo-umbral desde el principio. Yo inicié mi propio trabajo con drogadictos en una organización de este tipo en 1977. Un programa de «bajo umbral» en Holanda significa que se da metadona a los adictos virtualmente sin condiciones, lo que implica que no hay una coacción para intentar la desintoxicación. No existen condiciones con respecto a la edad o tiempo de adicción en estos programas; a los adictos sólo se les exige que vengan a intervalos regulares a recoger la metadona, en su mayor parte cinco veces a la semana, aceptar una dosis máxima, comportarse de una forma socialmente aceptable y someterse a un examen médico. El consumo de heroína o de otras drogas no está penalizado por medio del desabastecimiento de metadona en los programas de bajo-umbral.

En alguna ciudad o pueblo también existían a menudo programas opcionales de metadona de «alto umbral», un programa donde se daba metadona sólo bajo la condición de dejar de consumir heroína, de participar en actividades terapéuticas y de desintoxicación. La organización de metadona se desarrolló en todas las ciudades y pueblos de forma diferente. Un adicto puede ir a un programa de metadona sin ser inducido por nadie; por tanto, el programa de metadona en Holanda se enclava manifiestamente como un servicio de asistencia primaria, aunque su posición dentro de la organización de Asistencia Primaria difiere de unos lugares a otros. Por ejemplo, en Amsterdam una parte sustancial de la metadona de bajo-umbral es prescrita por el médico de familia en el transcurso habitual de su trabajo y otra gran parte por la Organización Sanitaria Municipal. El resto procede principalmente del CAD y de otras organizaciones privadas.

En Rotterdam, la Organización Sanitaria Municipal no provee en absoluto metadona; son raros los médicos de familia que prescriben metadona y casi toda la metadona procede de un grupo de organizaciones privadas, pero totalmente pagadas por los fondos del Gobierno. Entre estas organizaciones está la CAD de Rotterdam. En la ciudad, en cierta medida más pequeña, de Utrecht virtualmente toda la metadona es prescrita por el CAD. Con todas estas diferencias habría sido muy difícil, sino imposible, hablar de un sistema de metadona holandés, si no se diese la circunstancia de que en casi todos los lugares se plantean el mismo tipo de problemas, independientemente de como están localizados los sistemas locales.

#### DIFICULTADES EN LOS SISTEMAS DE TRATAMIENTO PARA DROGADICTOS

1. Se produjo, no de modo artificial, una pugna de todos los lugares entre los pro-



gramas de bajo umbral, los programas de alto umbral y las comunidades de abstinencia; una pelea que duró varios años y gastó una enorme cantidad de energía. Los trabajadores partidarios de la abstinencia y los de los programas de alto umbral consideraban los programas de metadona de bajo umbral como lugares donde se estaban convirtiendo en adictos a los pacientes en el mayor grado posible y donde no se estaba haciendo un trabajo serio. Además, temían que los pacientes no sintieran ninguna inclinación en absoluto para intentar la desintoxicación o terapia cuando les resultaba tan fácil conseguir metadona. Los trabajadores en los programas de bajo umbral se irritaron por lo que consideraban el arrogante comportamiento de sus colegas. Por supuesto, los drogadictos utilizaron esta guerra permitiendo que compitieran las organizaciones a su favor, pidiendo toda clase de privilegios y amenazando con ir a la organización rival si no los conseguían.

2. Los adictos, también en los programas de metadona, mostraban una desagradable tendencia a no aceptar una dosis máxima, a no ir a tiempos regulares y a no comportarse de una manera socialmente aceptable.

3. Para casi todos los adictos la metadona terminó por no ser suficiente para llevar una vida normal. El resultado fueron indefinidas demandas de más y más metadona, junto con las crecientes demandas de otros medicamentos psicotrópicos. Además, se diese lo que se diese a los adictos la mayoría seguían siendo arrestados por toda clase de comportamiento criminal.

La combinación de los puntos 2 y 3 puso a algunos médicos, principalmente los médicos de familia y los psiquiatras, que trabajan individualmente, en graves problemas. Incapaces de resistir las presiones psicológicas y a veces físicas ejercidas por estos pacientes prescribían más metadona de lo que creían que era necesario o útil. En

1981 las Autoridades Sanitarias holandesas <sup>3</sup> enviaron una carta a todos los médicos de Holanda, en la que daban claras orientaciones acerca de la forma de manejar la metadona; especialmente aconsejaban a los médicos prescribir metadona bajo asesoramiento de las organizaciones especializadas. Muchos médicos utilizaron esta «carta metadona» como una palanca para librarse de su inconfortable situación, enviando sus pacientes a los CADs u otras organizaciones.

4. Incluso con este programa de bajo umbral, sólo una tercera parte de los adictos se mostraron inclinados a entrar en el programa metadona durante todo el tiempo que fuese necesario <sup>4</sup>.

La metadona fue para la mayoría de los adictos una experiencia desalentadora. Al principio, ellos mismos creyeron que con sólo la metadona todo sería estupendo: no sentirse mal nunca más, no tener necesidad de robar, sonaba como la gloria. Cuando tenían metadona no se sentían enfermos, pero al sólo hecho de no sentirse enfermo le queda todavía un largo trecho hacia la gloria. Ningún médico que prescribía metadona quería dar suficiente como para que el adicto se sintiese «colgado», así muchos adictos empezaron a consumir tan sólo un poco de heroína para sentirse realmente bien. Después de algún tiempo, esta pequeñísima cantidad de heroína solía desembocar otra vez en el completo consumo diario de heroína, además de metadona. Por supuesto, entonces era necesaria una dosis superior de metadona para poder dejar la heroína y empezaba otra vez la secuencia completa. No es de extrañar que no sólo los adictos, sino también los trabajadores en los programas de asistencia, no se sintieran realmente felices con esta situación, especialmente cuando descubrieron que se combinaban con la metadona la cocaína, el alcohol y las benzodiazepinas.

## SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS

En casi todas las ciudades y pueblos de Holanda se han encontrado soluciones diferentes, pero comparables, para estos problemas. En la actualidad, después de unos diez años de uso extensivo de metadona y después de muchos cambios en las políticas locales, y las reglas de los programas se ha producido lentamente una cierta paz y tranquilidad en el sistema de asistencia a los drogadictos, debido a que han sucedido, y todavía están ocurriendo, varias cosas.

1. La lucha entre los programas de metadona de bajo-umbral y las modalidades de tratamiento para la abstinencia ha cesado lentamente. Las clínicas para la abstinencia saben perfectamente bien que no pueden ayudar a todos; los programas de metadona han reconocido que hay muchos pacientes que no muestran ningún progreso con la metadona. En la actualidad, en muchos programas de metadona existe también la motivación para conseguir la abstinencia como un objetivo del tratamiento. Además, desde que los drogadictos descubrieron también que los programas de bajo-umbral de metadona en sí mismos no producen ningún cambio en sus vidas, los programas de alto-umbral y las comunidades para la abstinencia no tuvieron escasez de pacientes, incrementándose éstos cuando los programas de bajo-umbral empezaron a enviarles gente.

2. Han resultado evidentes algunas ventajas del sistema de metadona de bajo-umbral: los adictos saben donde conseguir ayuda, van allí con alguna seguridad porque saben que la metadona será una rápida solución a su situación crítica. Ha llegado la hora de que los trabajadores de dichos programas hagan algo más que suministrar metadona. Puesto que la metadona se puede obtener con facilidad, el adicto que no entra en un programa de metadona hace una elección personal con total responsabilidad.

Si continúa robando y consumiendo heroína, no es porque no tenga alternativa, sino porque prefiere la heroína y el comportamiento criminal a la metadona. Esto ha marcado más claramente en Holanda la diferencia entre ser un adicto y ser un criminal. En los programas de metadona puede examinarse el estado físico de los adictos, pueden tratarse las enfermedades venéreas, pueden evitarse los embarazos o puede realizarse una adecuada atención médica, puede ayudarse a los hijos de los adictos, se puede dar asistencia a los padres de los adictos y puede desarrollarse un sistema de diagnóstico exacto. La metadona de bajo-umbral, sea prescrita en los programas de metadona o por médicos de familia, ha demostrado ser útil. Pero ha demostrado también no ser una solución ni una cura para la adicción a la heroína. Además, un programa de metadona que no esté bien organizado y no tenga una idea clara de qué se espera exactamente de la metadona corre el riesgo de convertirse sencillamente en uno de los traficantes de droga para los adictos, sin más ventajas para ellos que la distribución de una media de droga. En un programa de metadona normalmente el adicto sigue creyendo muy en su interior que en algún lugar tiene que existir una sustancia química que le librerá de todos sus problemas. El trabajador en un programa de este tipo debería saber y enseñar al adicto que lo que va mal en su vida ocurre porque el adicto hace elecciones equivocadas y puede aprender a elegir mejor. Dentro de un programa de metadona debería haber un sistema para estimular la débil autoestima de los adictos, para mostrarles sus responsabilidades y apuntarles los caminos para resolver sus problemas. Tendría que haber una atmósfera de seguridad bien estructurada, de otro modo el adicto no se sentirá suficientemente seguro para empezar a practicar comportamientos alternativos <sup>5</sup>. Lo que significa que un programa de «bajo-umbral» de metadona no debería consistir tan sólo en «prescribir metadona». Si, por el contrario, los trabajadores y los médicos

especialistas comparten con los adictos la idea de que tiene que haber una sustancia que traiga la solución, empezará una inútil búsqueda en pos de una combinación química que cambie mágicamente la vida de los adictos; una búsqueda que sólo traerá desesperanza para el adicto, irritación para el trabajador e infelicidad para las familias de los adictos. La metadona por sí misma no resuelve nada y al pensar que lo hará se sigue la vía de pensamiento de los propios adictos, que ya ha demostrado ser inadecuada.

3. Hasta hace poco los trabajadores de la Atención Primaria de Salud o pasaban mucho tiempo con pacientes drogadictos, o no veían en absoluto un adicto. Poco a poco se ha hecho patente que ésta no es una situación deseable. La drogadicción ha vuelto a ser un fenómeno muy complicado. Casi todo adicto está luchando con una combinación muy personal de problemas y las posibilidades de cada drogadicto de resolver estos problemas son también muy individuales. Los médicos de familia que tratan drogodependientes suelen descubrir que los problemas son demasiado complicados para que los puedan manejar ellos solos; los profesionales que trabajan con adictos descubren lentamente que los médicos de familia y las unidades médicas de las escuelas, así como las organizaciones para el bienestar de los niños o los psiquiatras profesionales saben algo que puede ser útil para ayudar a los drogadictos. De esta forma están empezando a surgir nuevos sistemas de cooperación. Por ejemplo, los programas de metadona suelen consultar a los médicos de familia sobre la situación de un determinado drogadicto, o un programa de metadona inicia una cooperación estructural con una unidad de asistencia psiquiátrica para ayudar a los drogadictos que combinan la adicción con un problema que necesita ayuda terapéutica. Los médicos de familia con adictos en su población llevan a cabo un tratamiento con la ayuda de las organizaciones profesionales; las comunida-

des terapéuticas para la abstinencia, por ejemplo, están organizando programas de cooperación con los programas de metadona y las autoridades penitenciarias están cooperando, con el fin de permitir las accesibilidad a más pacientes. Con estos sistemas de cooperación muchos más adictos pueden conseguir ayuda de manera más eficaz. También proporciona a los trabajadores una perspectiva más amplia del problema que les facilita seguir funcionando en este difícil trabajo.

Por ejemplo, un médico de familia puede continuar el tratamiento de adictos si sabe que puede enviar los pacientes a otra organización en cuanto la situación se ponga más difícil. Por otro lado, un adicto que quiere ser tratado por su médico de familia y sabe que éste puede desembarazarse de él a la mayor brevedad si es necesario suele mostrar tendencia a un comportamiento mucho mejor.

4. En este momento en Holanda disponemos de quince años de experiencia. Ayudar a los adictos es algo que ya no se lleva a cabo por entusiastas aficionados. Se han desarrollado programas de instrucción para los trabajadores: asistentes de diferentes organizaciones se reúnen cada vez más a menudo y la atmósfera está virando lentamente desde la entusiasta, pero caótica, «persecución de los adictos» a un sistema de trabajo regular, considerado cuidadosamente profesional.

5. Hasta hace poco no había casi ningún estudio sobre los sistemas de asistencia para drogadictos, pero en el momento actual se han empezado varios proyectos de estudio. Esto es muy importante, porque hasta la fecha no disponemos de cifras sobre los resultados del trabajo que se está haciendo y, por supuesto, las cifras son absolutamente necesarias si queremos mejorar nuestro sistema de asistencia.

## ATENCIÓN PRIMARIA Y DROGODEPENDIENTES

Dos cuestiones son de la mayor importancia para discutir este tema:

1) ¿Qué drogadicto debería ser tratado en un centro de Atención Primaria y cuál en un programa especializado? y 2) ¿Cuáles son las posibilidades de tratar a los drogadictos en un centro de Atención Primaria? En Amsterdam alrededor de mil adictos están siendo tratados por médicos de familia con metadona.

Muy recientemente dos médicos que trabajan con la Organización Sanitaria Municipal y un médico de familia han distribuido un cuestionario entre 115 médicos de familia y 250 pacientes para obtener una idea de lo que estaba sucediendo entre los médicos de familia y los adictos<sup>5</sup>. Se encontró que los médicos de familia sólo trataban con metadona unos pocos adictos, normalmente unos cinco. Casi todos los médicos de familia mantenían frecuentes comunicaciones con otras organizaciones sobre estos pacientes para conseguir ayuda psiquiátrica y/o social, pero muchos expresaron que podían cooperar aún más. Casi todos los pacientes tenían otros problemas además de la adicción, del tipo del dinero, alojamiento o policiales, y alrededor del 20 por 100 mencionó problemas de relación y psicológicos. Obviamente, todos estos problemas no habían desaparecido cuando se les suministró metadona. Sólo el 3 por 100 no mencionó en absoluto ninguna dificultad. Parece claro que sólo para un grupo muy reducido de adictos la prescripción de metadona será suficiente para que vivan apropiadamente.

Aunque interesante, este artículo de Amsterdam no responde a las cuestiones anteriormente mencionadas, que trataré de detallar.

a) ¿Qué pacientes deberían ser tratados en un Centro de Atención Primaria?

Existen varias opiniones acerca de esta cuestión en Holanda.

1. Algunos defienden la idea de que los adictos jóvenes no experimentados deberían ser tratados por sus médicos de familia para evitar que se encuentren con otros adictos. El contra-argumento a esta idea puede ser que, especialmente los jóvenes adictos, deberían ser tratados por especialistas en la medida en que sea necesario: si van a sus médicos de familia no consiguen mucho más que metadona, pudiendo perderse la oportunidad de una intervención temprana.

2. Otra idea es la de que, especialmente los pacientes que son adictos desde hace mucho, que han sido ya tratados sin éxito en los centros especializados y que no necesitan mucho más que mantenimiento a largo plazo con metadona, porque todo lo demás ya ha sido intentado, deberían ser tratados por sus médicos de familia. Por supuesto, los argumentos en contra de esta idea son: que no es función del médico de familia ver a los pacientes que los demás ya no encuentran interesantes y que, especialmente los adictos antiguos, pueden resultar muy difíciles de manejar por un simple médico, porque estos pacientes tienen mucha experiencia en conseguir lo que quieren.

3. Una tercera opinión establece que un médico de familia puede atender a cualquier tipo de adicto en tanto en cuanto encuentre suficiente apoyo de las organizaciones especializadas en problemas de droga y de otros proyectos de asistencia psicosocial, y siempre que existan suficientes posibilidades para enviarlos a otras instituciones.

4. Una cuarta opinión sostiene que todos los adictos deberían ser tratados sólo por sus médicos de familia y que no es necesario ningún sistema especial de tratamiento profesional para los drogadictos. En esta vía de pensamiento, un adicto que sienta la ne-

cesidad de terapia adicional debería ir a las organizaciones generales de psicoterapia.

Personalmente, creo que hay que decir algo acerca de los tres primeros puntos, no así del cuarto. En mi opinión, la cuarta idea niega los graves y muy complicados problemas que influyen en la vida de los drogadictos y, además, coloca sobre los hombros de los médicos de familia mucho más trabajo y responsabilidad de lo que puede manejar, considerando su educación y ámbito de trabajo. Siendo yo misma un médico de familia como preparación inicial, conozco bastante bien este tema.

Con respecto a los otros tres puntos, puedo dar crédito a los tres con una cierta preferencia por el tercero. Creo que no se puede decir que todos los pacientes que llevan poco tiempo consumiendo droga deberían ir primero a un centro de Atención Primaria y tampoco que todos los pacientes más antiguos que reciben metadona deberían volver a su médico de familia. Algunos deberían hacerlo, pero otros no, lo que significa que el tema tendría que considerarse con todo cuidado en cada caso individual. Pero, sobre todo, habría que considerar algo más: no las posibilidades del adicto, sino las posibilidades de cada médico de familia o del centro de Atención Primaria. Un médico de familia que no se ha interesado en los problemas y las posibilidades de un drogadicto pueden originar una peligrosa situación para su paciente y situaciones muy poco confortables para él mismo. Desgraciadamente, la preocupación por los problemas de la drogadicción no es una asignatura que se pueda estudiar. En Holanda muchos médicos nunca manifiestan interés por el problema y, en mi opinión, no debería obligarse a estos médicos a tratar drogodependientes. Por otro lado, si un médico, por ejemplo un médico de familia, está interesado en el problema puede ser la persona idónea para tratar a un adicto si también se ha preocupado en conseguir conocimientos sobre el tema. Por ejemplo, en mi opinión, un médico de familia puede in-

tentar tratar a un joven adicto para mantenerle alejado del contacto con otros adictos y alejarle de las actividades delictivas del marco de la droga. Pero, otra vez en mi opinión, si después de seis meses no se ha producido en absoluto ninguna mejoría habría que intentar algo más, como enviarle a un CAD o a otra organización. Ya que si este joven sigue consumiendo mucha heroína después de seis meses, obviamente ha estado en contacto frecuente con los adictos y los traficantes, y, obviamente, ha fracasado la política de mantenerle alejado de ellos. Creo que en este tipo de casos habría que intentar el tratamiento por otros servicios. Si, por otro lado, un adicto ha sido tratado sin éxito en otras organizaciones; si los profesionales ya no tienen otra alternativa que el mantenimiento a largo plazo con metadona; si al mismo adicto le gustaría volver al centro de Atención Primaria y si el médico de familia no tiene objeciones, entonces no hay razones por las cuales esto no pueda ser una alternativa viable. Esto podría ser también una solución si en una ciudad determinada los programas de metadona y las otras organizaciones están muy abarrotadas y corren el riesgo de atascarse en el mantenimiento de los clientes a largo plazo con metadona. Pero incluso entonces tendría que hacerse una cuidadosa selección del médico de familia y el adicto.

Personalmente, creo que un médico de familia puede hacer algo más que tratar al adicto muy joven o muy antiguo, si tiene tiempo y energía, algún interés por el problema y responsabilidad de cooperar con otros servicios de tratamiento, lo que, sin embargo, puede depender realmente de la situación local.

#### b) Posibilidades para los adictos en la Atención Primaria de Salud

En Holanda una persona joven que consume droga suele ir a su médico de familia por dos razones: la adicción en sí ha alcan-

zado un estado tal que se aproximan los problemas o se manifiesta alguna complicación resultante del consumo de drogas que necesita tratamiento. En ambos casos, normalmente el paciente no busca la posibilidad de dejar la droga, fundamentalmente quiere una solución para poder continuar con el consumo de droga de la manera más confortable posible. En este estado un adicto no se suele considerar enfermo o en graves problemas, sino que siente la necesidad de una mínima ayuda rápidamente. Bastante a menudo en Holanda un joven plantea el problema de forma bastante abierta: «he estado tomando heroína y se está haciendo muy cara; quiero metadona» o «consigo metadona en un programa, pero no quieren darme pastillas para dormir, ¿puede usted darme alguna?» En estos casos, al menos el diagnóstico no es difícil, pero tomar una decisión acerca del tratamiento sí lo suele ser. El médico de familia suele necesitar algún tiempo para considerarlo y obtener mayor información, pero el adicto quiere algo ahora, en el acto, y puede ser bastante persistente. ¡Si no quiere darme nada ahora me fuerza a consumir heroína! Las cosas se ponen incluso más difíciles si un adicto no va a su propio médico de familia; sino a otro, diciendo que su médico no le entiende, o que informará a sus padres, o que da la casualidad de que es un íntimo amigo de su familia. Si un médico de familia deja que se le persuade para prescribir algo inmediatamente será normal que tenga problemas más tarde, porque el adicto volverá por más metadona, más píldoras y, a menudo, contando historias de que las recetas se han perdido, que las píldoras se han caído accidentalmente en el río, le han robado la metadona, o la necesidad de mayores cantidades para desintoxicación durante unas largas vacaciones en el extranjero, etcétera. Si el médico de familia empieza a sospechar que se están vendiendo sus medicamentos en la calle, no siempre le resultará fácil enviar al paciente a una organización especializada, porque el adicto se suele ofender al ser privado de una fuente

de ingresos tan apreciada: «no puede enviarme allí, no soy como esos criminales, mi familia lo descubrirá, aquellos médicos son unos sádicos, no quieren entenderme...». Todas estas dificultades, sin embargo, pueden evitarse si el médico de familia se niega firmemente a ser manipulado por el adicto y mantiene contactos frecuentes con organizaciones especializadas, contacto que el paciente debería conocer.

Si el adicto no habla de su drogadicción cuando consulta a su médico de familia, el diagnóstico será más difícil. Si un adicto va a consulta de un médico por una enfermedad leve como una infección de garganta o una luxación, no muestra síntomas como «señales de agujas» y no menciona su problema, no habrá ninguna razón para sospechar adicción; por tanto, el drogadicto no será descubierto. La adicción como una posibilidad diagnóstica cruzará la mente del médico cuando los jóvenes se presenten con vagos problemas psicológicos o físicos, como nerviosismo, problemas para dormir, dolores musculares y estreñimiento. Sin embargo, esta situación no se suele presentar muy a menudo, puesto que la mayoría de los drogadictos no consideran estos problemas como síntomas que tengan que ser tratados médicamente, sino como malestar que indica la necesidad de consumir más droga. Sin embargo, un médico de familia debería considerar inmediatamente la posibilidad de la drogadicción cuando un joven solicita pastillas para dormir, tranquilizantes o laxantes. Por supuesto, es posible confirmar el diagnóstico mediante análisis de orina, pero esto no se suele hacer a menudo con fines diagnósticos; es mucho más probable que un drogadicto confirme a que niegue su problema cuando se le pregunta directamente acerca de él o, de lo contrario, desaparecerá cuando se plantee la posibilidad de un análisis de orina.

En Holanda ha habido un cierto debate acerca de las posibilidades que tiene un médico de familia para prevenir los problemas



## BIBLIOGRAFIA

- 1 Nota 2000. Tweede Kamer der Staten General, 1985-1986.
- 2 DOLE, V. P. y NYSWANDER, M. A., «Successful treatment of 750 criminal addicts», *JAMA* 1978; 206:2708-2711.
- 3 «Metadon brief», *Geneerkundige Hoofdinspectie*, 1981.
- 4 BUISMON, W., «De ontwikkeling van de Methadon ver strekking in Nederland», *TADP*, 1983; 9:24-29.
- 5 HUBERT M., en Nurolander, E. A., «Creatiēt am-qaan met methadon in un laagdrempelige organisatie», *TADP*, 1987; 4:107-141.
- 6 RAMECKERR, E., Sante, Gran, en Muilebuom, T., «Enquete over hulpverlening an drug verslantden in Amsterdam huisartsen praktiken», *GGDA'dam/Jellinekcentrum*, 1987.





Silvia Arcá, Guido Ditta\*

# Drogodependencias y Atención Primaria en Italia

## RESUMEN

*El informe resume las diversas fases por las que históricamente ha pasado el desarrollo de las medidas para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las drogodependencias en Italia, especialmente por lo que respecta a la organización y el funcionamiento de los servicios públicos territoriales.*

*A partir de una primera fase en la que la responsabilidad de las medidas se confiaba a todas las instancias sanitarias normales (médicos de cabecera, ambulatorios, hospitales), medidas que eran principalmente de carácter médico-farmacológico, se ha pasado a la creación de servicios específicos para las toxicodependencias, con competencia en un ámbito territorial limitado, en los que operan equipos multidisciplinarios en colaboración con las demás estructuras públicas y privadas.*

## *Drug addiction and Primary Care in Italy*

## SUMMARY

*This report sums up the various past phases in the development of measures for the prevention, treatment and rehabilitation of drug addiction in Italy, with particular reference to the organisation and running of the regional public services.*

*Following on an initial phase in which responsibility for such measures lay with all the normal health units (general practitioners, out-patient clinics, hospitals), which tended to adopt a medical/pharmacological approach, specific services have been created for drug addiction, structured in limited geographical areas and organised into multi-disciplinary teams collaborating with other public and private organisms.*

95

## LOS SERVICIOS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN, EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ITALIA

La ley del 22 de diciembre de 1975, «Reglamentación de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Prevención, tratamiento y rehabilitación de los correspondientes estados de drogodependencia», atribuía las funciones de tratamiento y rehabilitación a los servicios normales hospitalarios, ambulatorios, médicos y sociales lo-

calizados en las regiones, con exclusión de los hospitales psiquiátricos; la misma ley establecía en cada región uno o más centros médicos de asistencia social (CMAS), a los que se confiaban tareas de asesoramiento especializado, de coordinación y de control en las relaciones con los hospitales, los ambulatorios y los médicos individuales.

Los presupuestos teóricos y de política sanitaria en los que se basaba este planteamiento eran los siguientes:

- construir una red de puntos de intervención con difusión capilar por el territorio y
- evitar el establecimiento de nuevos servicios especializados,

(\*) Correspondencia:  
Ministerio della Sanità  
Direzione Generale Servizi Medicina Sociale  
Viale Civittà Romana, 7  
00144 ROMA

con el convencimiento de que la asistencia a los toxicómanos pudiese convertirse en una competencia profesional de los diferentes operadores sanitarios, incluso con la ayuda de un equipo multidisciplinario especializado.

Además pareció evidente que, según lo previsto por la ley, la figura profesional sobre la que más recaían las tareas de tratamiento y rehabilitación era la del médico, igual que el tipo de intervención al que se daba cabida era principalmente el destinado a la deshabituación física con o sin fármacos sustitutorios; éstos los podía prescribir cualquier médico con la única limitación de la dosis, que no podía superar el tratamiento durante ocho días.

La realización operativa de este planteamiento a nivel de las regiones no fue adecuada ni homogénea en el territorio nacional: sólo en algunas regiones se establecieron de hecho las CMAS, pero incluso donde se establecieron hubo una serie de inconvenientes que obstaculizaron la creación de un sistema de medidas eficaz, al mismo tiempo que se difundían rápidamente las drogodependencias. Concretamente:

- la dificultad para muchos médicos de hacerse cargo de un colectivo de usuarios especialmente difícil y, por tanto, en algunos casos, la tendencia a delegar en los CMAS las funciones operativas además de las de coordinación y asesoramiento, y, en otros casos, el rechazo del tratamiento con la consiguiente inexistencia de posibilidades terapéuticas en amplias franjas del territorio nacional;
- la falta de homogeneidad en los protocolos terapéuticos, distintos de hospital en hospital y de médico en médico, por la ausencia de una operatividad plena de los CMAS;
- las duplicaciones en la prescripción de fármacos sustitutorios para sujetos que se dirigían simultáneamente a va-

rias instancias terapéuticas, con la consiguiente difusión del «mercado negro»;

- el difundido convencimiento de que la deshabituación sólo debía ser un momento de un programa terapéutico más complejo y que junto a ella debía haber cabida para las medidas psicológicas y sociales.

Como consecuencia de estas consideraciones, en 1980, una vez promulgada la ley de reforma sanitaria y la subdivisión de todo el territorio nacional en 620 Unidades Sanitarias Locales (USL), responsables de forma global de la tutela de la salud, el Ministro de Sanidad dispuso que cada región se ocupase de crear en cada USL «servicios para la comprobación de los estados de drogodependencia, así como para la aplicación de medidas terapéuticas y de rehabilitación que prevean donde sea necesario el suministro de fármacos de acción analgésico-narcótica». La prescripción de dichos fármacos, en el ámbito del programa terapéutico global, se convertía en competencia exclusiva de los servicios públicos, que podían delegarla en los médicos encargados del tratamiento, pero conservando la responsabilidad y la obligación del control. Además, los servicios debían haber asegurado formas simultáneas e integradas de tratamientos psicológicos y socio-rehabilitadores, además de programar y llevar a cabo medidas concretas de educación sanitaria y de prevención.

Por tanto, el DM constató que la drogodependencia representaba un estado de malestar físico y psíquico con características propias y particulares, y que requería medidas terapéuticas adecuadas por parte de diferentes figuras profesionales integradas en un equipo.

Sin embargo, una vez más las disposiciones emanadas a nivel central tenían que traducirse en los actos normativos de las regiones y provincias autónomas, habiendo di-

ferencias profundas en el nivel organizativo existente de las estructuras sanitarias y en el nivel de elaboración cultural y técnica en cuanto al problema específico de las drogodependencias; todo ello en una situación de emergencia caracterizada por la presión objetiva del fenómeno y por una gran movilización de la opinión pública apoyada por la prensa nacional. A ello se debió la delimitación progresiva de modelos de organización y funcionales, que esquemáticamente se pueden agrupar en los siguientes:

- Creación de servicios dedicados exclusivamente a los usuarios drogodependientes, a los que se asignan equipos multiprofesionales (médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros).
- Constitución de equipos con funciones de coordinación de las medidas aplicadas en el ámbito de la USL.
- Atribución de funciones en el tema de las drogodependencias a servicios especializados territoriales que ya existan (fundamentalmente servicios de higiene mental).

En el ámbito de cada modelo hay diferenciaciones ulteriores que se derivan del nivel de integración del servicio, entendiendo por tal el número y la tipología de las prestaciones que se desarrollan en el seno de dicho servicio y las que requieren la colaboración de otros servicios, en primer lugar el hospital; así nacen servicios que ofrecen una gama completa de prestaciones, servicios que preparan el programa terapéutico y realizan las medidas psicosociales en su propio seno, delegando la prescripción de los fármacos sustitutivos a los médicos de tratamiento o a las instancias hospitalarias, servicios que también consideran la psicoterapia como servicio de segundo nivel, confiada a centros especializados separados.

Para simplificar, a continuación se presentan los modelos de organización y fun-

cionales adoptados por la región del Piemonte y por la región de Emilia-Romagna:

*Región de Piemonte* (esencia de la normativa general)

- Las USL determinan las instancias y los servicios para el tratamiento y la rehabilitación de los drogodependientes;
- Los servicios determinados son los únicos habilitados para realizar la comprobación del estado de drogodependencia y para emitir, a petición, certificados sobre el resultado de la comprobación. Cuando el toxicómano solicita el tratamiento al final de la comprobación, el servicio está obligado a formular, una vez oído al interesado, un plan terapéutico individualizado que garantice la consideración de la totalidad de los problemas del usuario;
- Los servicios sólo pueden hacerse cargo de los usuarios que documenten su residencia en el territorio que sea competencia del USL (salvo en casos excepcionales);
- Cuando el plan terapéutico prevea también el tratamiento de deshabitación con el uso de fármacos de acción analgésiconarcótica, el servicio debe tomar contacto con el hospital competente para el territorio con objeto de acordar, en el ámbito del programa global, las modalidades de suministro del fármaco sustitutivo en régimen ambulatorio o de internado. Si el toxicómano pide que su propio médico colabore en la aplicación del plan terapéutico, el servicio debe acordar con dicho médico las modalidades de colaboración, con especial referencia a la prescripción del fármaco; el médico está obligado a seguir el plan terapéutico acordado con el servicio. El servicio territorial no puede ocuparse directamente del suministro de fár-

macos de acción analgésico-narcótica.

- Para garantizar la consideración de la totalidad de los problemas de cada usuario y la individualización de las medidas terapéuticas, cada servicio debe disponer de programas de psicoterapia, programas de medidas sociales y programas de terapia médica y farmacológica. Estos programas deben estar formulados con un plan detallado de medidas, indicando los instrumentos que se pretende utilizar.

### *Región de Emilia-Romana*

- Las medidas de carácter sanitario y social en relación con los toxicómanos se aplican, en lo que es su competencia, por los servicios sanitarios y por el servicio social de la USL, y no por servicios suplementarios constituidos específicamente para ello.
- Los servicios de la USL a los que se confían primordialmente las funciones socio-sanitarias en el sector de las drogodependencias son los siguientes:

1. El servicio de maternidad infantil para la información y la educación sanitarias, medidas psicoterapéuticas para adolescentes, medidas de apoyo psicológico a las familias de los toxicómanos.
2. El servicio de medicina general, especialidades ambulatorias y de asistencia farmacéutica para la profilaxis de las patologías relacionadas con el consumo de estupefacientes, los tratamientos sanitarios generales, los tratamientos farmacológicos sustitutivos de índole ambulatoria y las comprobaciones de laboratorio.
3. El servicio de higiene mental pa-

ra las medidas de resocialización y las actividades de apoyo especializado a las comunidades y a los centros de recuperación.

4. El servicio de asistencia hospitalaria para los tratamientos intensivos en los casos de emergencia, los tratamientos en régimen de recuperación para las patologías afines, las comprobaciones de especial complejidad o las medidas intensivas de desintoxicación.
5. El servicio social para las medidas de información y prevención, la reinserción social y laboral, y las prestaciones sociales y/o económicas de carácter inmediato y contingente.

- En cuanto a las necesidades especiales de intervención y con objeto de asegurar una coordinación más adecuada de los servicios sanitarios y sociales, las oficinas de dirección de la USL emplean un equipo de operadores. El equipo abarca de dos a cuatro operadores a plena dedicación, preferentemente con experiencia anterior en el sector; los operadores, entre los que siempre se ha de prever un médico, deben pertenecer a una de las siguientes profesiones: psicólogo, sociólogo, asistente social, asistente sanitario, enfermero...

Aparte ya del modelo adoptado, el primer período de actividad de los servicios (años 1980-1983) estuvo lógicamente caracterizado por algunos elementos comunes, todos ellos derivados de una sedimentación aún insuficiente de los logros técnicos en el campo de los tratamientos, así como por graves problemas de organización. El primero de estos elementos era la prioridad conferida a la medida médico-farmacológica de deshabitación, la de actuación más simple que no requería demasiadas adaptaciones

del bagaje cultural y profesional de los operadores ni decisiones precisas e innovadoras por parte de los responsables político-administrativos; esto era evidentemente tanto más cierto en los casos en los que los servicios se habían instalado en el seno de instancias hospitalarias, donde estaba drásticamente reducido el espacio operativo para las medidas profesionales de tipo no médico.

Otro elemento que caracteriza los servicios del «primer tipo» era la general inexperiencia de los miembros, en general muy jóvenes, inadecuadamente formados (¿formados en qué?), empleados en su mayor parte con contratos de duración limitada y, por lo tanto, en condiciones de precariedad, incluso psicológica, animados por grandes estímulos ideales y a veces aferrados a posiciones ideológicas, pero poco preparados para hacer frente a una actividad que siempre requiere gran esfuerzo y dedicación, y que con frecuencia es frustrante; como consecuencia se producía una elevada rotación del personal, que hacía aún más problemática la sedimentación de experiencias y conocimientos de la que hablábamos antes.

Pese a estas dificultades, o quizá gracias a la reflexión desarrollada a partir de ellas, los servicios han dado grandes pasos adelante en los últimos años.

Pese a que existen algunas áreas territoriales donde las medidas se centran en el suministro de metadona y a veces sólo se limitan a eso, en general se ha abierto camino el convencimiento de que el elemento fundamental de una estrategia terapéutica eficaz es *la integración*: integración entre los distintos tipos de tratamiento en el marco del programa terapéutico, integración del servicio de drogodependencia con los demás servicios del territorio. El modelo operativo que traduce a la práctica este convencimiento se articula en las siguientes fases:

- un coloquio, dirigido por uno de los miembros o por todo el equipo, que tiene por objeto valorar la petición formulada por el usuario, así como verificar los recursos internos del sujeto o presentes en el contexto;
- un acuerdo entre los diferentes miembros para elaborar el programa terapéutico;
- el trabajo integrado de las diferentes figuras profesionales, de forma simultánea o en fases sucesivas, en la misma estructura o con la aportación de estructuras y miembros distintos, pero permaneciendo el centralismo del servicio y su responsabilidad global en la realización de las diferentes fases del programa. Así un usuario, después del primer coloquio, puede iniciar el tratamiento de deshabitación a corto o a largo plazo en el mismo servicio, o con su propio médico por la opción hospitalaria o retirando en la farmacia las dosis acordadas; al mismo tiempo puede iniciar una serie de entrevistas de apoyo psicológico o auténticas psicoterapias, y recibir un seguimiento del servicio social para buscar oportunidades de trabajo o de vivienda, etc. El trabajo en el servicio puede finalmente desembocar en el ingreso en una comunidad terapéutica con la que la USL tenga relaciones convencionales.

Es evidente que este modelo, que podríamos llamar «ideal», encuentra a veces importantes obstáculos para su realización concreta: conflictos que pueden surgir en el seno del equipo entre figuras profesionales con planteamientos y métodos de trabajo distintos; insuficiente actuación de los niveles políticos y administrativos, que no siempre aseguran las «condiciones materiales» indispensables para actuar (en este sentido constituye un serio problema la prohibición legal de nuevos ingresos en el Servicio Sanitario Nacional, salvo casos excepcionales); celos y cerrazones recíprocas

entre las estructuras públicas y las asociaciones privadas que dirigen las comunidades terapéuticas. De todos modos, lo que parece importante es que los profesionales tienen las ideas más claras con respecto a los objetivos que tratan de alcanzar, lo que les permite afrontar los problemas con más realismo y con estrategias más eficaces.

Paradójicamente, las mismas características del fenómeno de las drogodependencias, los rápidos cambios que tienen lugar en la tipología de los afectados, en las modalidades de abuso y en las sustancias de las que se comete abuso no permitirán que todo se quede en este esfuerzo de investigación y de elaboración metodológica. Hoy ya se pregunta si el modelo de servicio, tan trabajosamente construido para responder a las necesidades terapéuticas del drogodependiente clásico —heroínómano, social-

mente marginado, con una postura de fuerte oposición en relación con el «sistema»—, todavía es válido para aquellas que parecen ser las nuevas tipologías emergentes: politoxicómanos que cada vez con mayor frecuencia asocian a la heroína psicofármacos que se pueden adquirir en el mercado legal, consumidores discontinuos que consiguen manejar el uso de sustancias sin llegar a comprometer por completo sus propias relaciones sociales, consumidores de cocaína, etcétera.

Lo que permite un optimismo relativo en cuanto a la validez en conjunto del sistema es precisamente su capacidad de ofrecer oportunidades terapéuticas diferenciadas; la resistencia a que se afirmase el mito de la comunidad, aunque defendido por muchos, parecen ser hoy más que en el pasado las opciones que van en la dirección correcta.

## Bibliografía seleccionada

ABAJO, F. J., SÁNCHEZ, P., *Manejo farmacológico del insomnio*, Inform. Terapéut. de la S.S. II, 1987, 12.

ABEJÓN, J. A., «Los sistemas en la demanda del toxicómano», *Comunidad y Drogas. Monografías* 1987; 1:21-23.

AGUILAR, E. y Cols, *Problemas médicos en adictos a drogas por vía parental*, Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat y Consum, 1987.

AGUIRRE, I., OSA, M. I., ROMANO, C., «Desintoxicación con clonidina de forma domiciliaria», *Atención Primaria*, 1986; 3:201-204.

ARROYO, B., IGLESIAS, A., *Uso de psicofármacos en Atención Primaria*, Sociedad Catalana de Medicina Psicosomática, 1987.

BEDATE, J., ROIG-TRAVER, A., *Utilidad*

*de psicofármacos en Atención Primaria*, Sociedad Catalana de Medicina Psicosomática, 1987.

CAMI, J., «¿Por qué se depende de la heroína?», *Med. Clin.*, 1984; 82:18-20.

CAMI, J., y COLS, «Control de la epidemia de consumo de cocaína en Barcelona», *The Lancet* (Ed. Esp.), 1988; 12:450-451.

CAMPRUBI, J., *SIDA: Prevención de la infección por VIH en ADVP. Situación actual y posibilidades de actuación*, Comunidad y Drogas, 1986; 2:9-17.

Consensus Statements, *Conference alcohol, drugs and primary care physician education: issues, roles, responsibilities*, U. S. Department of Health and Human Services, Rancho Mirage, California 1985.



COULEHAN, J. L. y col., «Recognition of alcoholism and substance abuse in primary care patients», *Arch. Intern. Med.*, 1987; 147:349-352.

CRIDER, R. A., KOZER, M. J., *Epidemiology and treatment of cocaine abuse*, Maryland, NIDA 1987.

DE TORRES, S., «Actitud del médico de cabecera ante la asistencia a los toxicómanos», *Clínica rural*, 1985; 224:51-59.

DE TORRES, S., «Los programas de tratamiento con metadona en España», *Comunidad y Drogas*, 1986; 1:37-43.

FLOREZ, J., CARCELLER, J. M., «Uso clínico de los analgésicos narcóticos», *Medicine*, 1985; 4:179-188.

FRASER, H. S., «Uso racional de los medicamentos esenciales», *Foro mundial de la salud*, 1985; 6:74-78.

FREIXA, F., MASFERRER, J., SALA, LL., *Què cal fer davant el malt drogodependent?*, Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1986.

FREIXA, F., SOLER, P. A. y col., *Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario*, Barcelona, Editorial Fontanella, 1981.

GÁLVEZ, J. L., REINA, F. L., BENITES, F., «Uso de la clonidina en la asistencia a domicilio del síndrome de abstinencia de heroína», *Med. Integral*, 1986; 7:470-473.

Gobierno de Navarra. Drogodependencias en Atención Primaria de Salud. Pamplona. Departamento de Salud. 1988.

GULLIES, D., LACER, M., *Guide to the use of psychotropic drugs*, Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.

GRIFFITHS R. R., Sannerud, C. A. «Abuse of and dependence on benzodiazepines and other anxiolytic/sedative drugs», en Meltzer H. Y. (ed.), *Psychopharmacology: the third genera-*

*tion of progress*, Nueva York, Raven Press, 1987; 1.535-1.545.

Grupo de trabajo para el estudio de infecciones en drogadictos, «Estudio multicéntrico de las complicaciones infecciosas en adictos a drogas por vía parenteral en España: análisis de 4.653 casos (1977-1985)», *Enf. Infec. y Microbiol. Clín.*, 1986; 4:202-206.

Junta de Andalucía, *Urgencias derivadas del consumo de drogas: Pautas de actuación*, Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, 1985.

Junta de Andalucía, *Cuaderno de orientación para sanitarios. Ante un problema de drogodependencia*, Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, 1987.

KENNEDY, W., «Chemical dependency: a treatable disease», *Ohio medical journal*, 1985; 71:77-79.

LADER, M., «The efficacy and safety of drugs to treat anxiety», en Stancer, HC., GARFINKEL, P. E., RAKOFF, V. M. (eds.), *Guidelines for the use of psychotropic drugs: A Clinical handbook*. Lancaster: MTP press Limited, 1984; 303-313.

MARKS, J., *The benzodiazepines: Use, overuse, misuse, abuse*, 2nd edition, Lancaster: MTP Press Limited, 1985.

Ministerio de Sanidad y Consumo, *Actuar es posible: El profesional de Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias*, Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1988.

Ministerio de Sanidad y Consumo, *Guía de Atención a las drogodependencias*, Madrid, Dirección General de Salud Pública, 1986.

SENAY, E. C., *Substance abuse disorder in clinical practice*, Boston, Jolin Wright, PSG Inc., 1983.

SOLER, P. A., BEDATE, J., THEOMAR,

C. y JOTIS A., «Treatment of heroin withdrawal with guanfacine: an open clinical investigation», *Can J. Psychiatry*, 1987; 32:679-681.

VARO, J. R., «Funciones del Equipo

de Atención Primaria en drogodependencias», *Curso de Formación de Profesionales Sanitarios en drogodependencias*, Málaga, Junta de Andalucía, 1985.



## Escriben en este número

CEES GOOS: Dirige el área de abuso de drogas psicoactivas en la Unidad de Salud Mental de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

JUAN LUIS RUIZ-GIMENEZ AGUILAR: Médico Especialista en Medicina Interna, y Medicina Familiar y Comunitaria. Ha sido Asesor de la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD y Director General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. En la actualidad trabaja en un Equipo de Atención Primaria de un Centro de Salud del INSALUD (Madrid).

ROSA ROMEU I TARRAGONA: Asistente Social. Responsable de los Servicios Sociales del distrito de Nou Barris del Ayuntamiento de Barcelona. Profesora de Trabajo Social en la Atención Primaria Comunitaria en la Escuela Universidad de Barcelona. Miembro del Consejo de Redacción de la revista Treball Social del Col. legi Oficial T.S. de Barcelona.

105

GEMMA BAULENAS I ROVIRETA: Psicóloga. Miembro del Grupo Igía. Responsable de los programas de prevención municipal. Terapeuta en el Instituto Genus.

FELIX REINA GALAN: Médico Especialista en Psiquiatría. Ha sido Director del Centro de Alcoholismo y Toxicomanías de la Cruz Roja de Sevilla, Jefe del Negociado de Alcoholismo y Toxicomanías, y Jefe de la Sección de Salud Mental de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En la actualidad es Jefe del Área de Formación y Ordenación Profesional del Instituto Andaluz de Salud Mental. Miembro de la Comisión Interautonómica sobre Drogodependencias de la Cruz Roja Española.

JORDI FORTEZA-REI: Médico Especialista en Medicina Interna. Adjunto al Departamento de Medicina Interna del Hospital «Son Dureta» de la Seguridad Social. Desde 1985 coordina el Equipo de Asistencia a Toxicómanos de este hospital. Desde 1986 dirige la Unidad de Desintoxicación del citado hospital. Profesor colaborador de la Escuela de Diplomados en Enfermería en la asignatura de Salud Pública. Asesor del INSALUD de Baleares en el Plan Nacional sobre Drogas.

JUAN J. GERVAS CAMACHO: Trabaja de Médico de Cabecera en el INSALUD (Madrid). Desde 1982 coordina un equipo no formal de profesionales sanitarios (equipo CESCA).

T. A. N. WALLER: Médico General en Londres. Docente y Tutor en distintas Escuelas de Medicina de Londres y Profesor de Atención Primaria en el Colegio Universitario y en el Hospital Middlesex. Representante desde 1983 de los Médicos Generales del Reino Unido en el Consejo Consultor de Abuso de Drogas (consejo asesor de los ministros acerca de los problemas de drogas). Coautor del libro «Abuso de Drogas. Manual práctico para los Médicos Generales».

ELS NOORLANDER: Psiquiatra asociada al Centro de Enfermedades de la Adicción de Utrecht y al Instituto Regional de Salud Mental de Rotterdam. Trabaja en el campo de las toxicomanías desde 1977, primero como Médico General y posteriormente como Psiquiatra.

SILVIA ARCA: Psicóloga. Trabaja en el Ministerio de Sanidad desde 1983. Se ocupa de la reglamentación sobre la colaboración entre servicios públicos y entidades privadas en la asistencia a drogodependientes. Encargada de la epidemiología de la drogadicción.

GUIDO DITTA: Médico de Sanidad Pública. Especialista en Psicología Médica. Trabaja desde 1975 en el Ministerio de Sanidad y desde 1983 se ocupa de la organización de los Servicios Públicos de atención a drogodependientes y de los relacionados con las Comunidades Terapéuticas.



