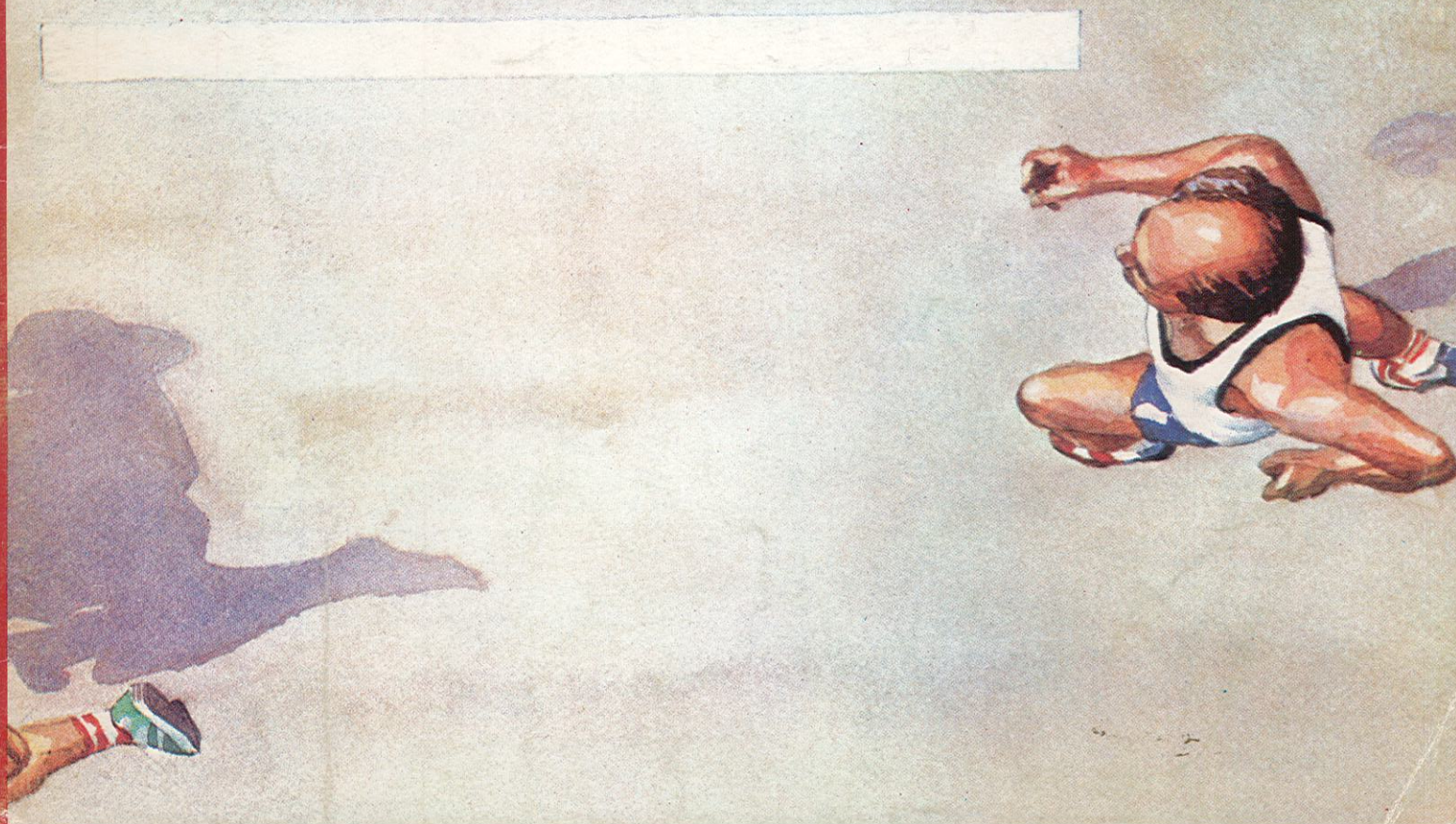


El psicólogo ante un reto social: las drogodependencias



Sumario

Editorial

- Evitar el espontaneísmo 1

A fondo, el psicólogo ante un reto social: las drogodependencias

- Notas para profesionales de la intervención sobre el uso de drogas por la población. *Domingo Comas* 4
- La lucha contra la oferta de drogas ilegales. *José Jiménez Villarejo* 10
- La formación del psicólogo ante las drogas, una urgencia. *Amando Vega* 12
- Un programa comunitario-conductual de tratamiento de heroínómanos. *José Luis Graña, Angel García, Jesús Ortiz, Mercedes Pereira, Remedio Comas y Julián Álvarez* 15
- Tolerancia condicionada y drogodependencia. *Francisco Javier Bandrés, José Javier Campos y María Luisa Velasco* 18
- Cómo y cuándo insertar socialmente al toxicómano. *Jaime Funes* 21
- ¿Rehabilitar desde la condena?. *Alberto Fernández de Liria y María Luisa González* 23
- Las comunidades de drogodependientes en España. *Octavio Granado* 25
- Situaciones y perspectivas en prevención. *Consuelo Aguado y Emiliano Martín* 27
- Centros de asistencia a drogodependientes 31

Reflexiones

- Elaboración de una escala española para la evaluación de la afasia. *María Luisa Sánchez* 37

Información colegial

- Año nuevo, estatutos como siempre 41
- Psicología del trabajo en busca de participación. *Víctor Pérez de Velasco* 41

Documentación

- Plan Nacional sobre Drogas 43

Sala de lecturas 65

“Papeles del Colegio. Psicólogos” se distribuye gratuitamente a los colegiados de las delegaciones de Madrid, Aragón, Baleares, Euskadi, Galicia, Andalucía Oriental, Navarra, Norte, Las Palmas y Castilla-León.

Suscripción para todos los demás: cinco números, uno de ellos doble, 1.000 pesetas. Número suelto: 200 pesetas. Número doble: 300 pesetas.

El dibujo de la portada fue creado por Norma Rockwell.

Editorial

Evitar el espontaneísmo

INICIAMOS en este número la aproximación a una problemática harto difícil y polémica, tanto por su complejidad y amplitud teórica como por la cantidad ingente de intereses e implicaciones que conlleva a nivel económico, político y social. Sin embargo, parecía llegado el momento de afrontarla, no con móviles sensacionalistas y oportunistas —adoptados con demasiada frecuencia frente a este tema— sino porque pensamos que las drogodependencias precisan, de modo imperioso, un abordaje científico y coherente en el que los psicólogos desempeñamos, o al menos debemos desempeñar, un papel de indudable relevancia. Además, existe ya un marco institucional de reciente aprobación que se proyecta desarrollar en los próximos cinco años: el “Plan Nacional sobre Drogas”, que, al margen de las críticas y apologías que suscite, constituye una ambiciosa propuesta ante la que nuestro colectivo no puede ni debe inhibirse.

Así pues, entendemos que —desde las coordenadas científico-profesionales que definen al Colegio Oficial de Psicólogos— urge un posicionamiento suficientemente amplio y englobador pero necesariamente cohesionado, articulado y esclarecedor que adquiera carácter de respuesta y compromiso frente a un fenómeno psico-social de tal magnitud.

Desde esta perspectiva, hemos recabado un conjunto de aportaciones institucionales y profesionales que consideramos suficientemente representativas no sólo para perfilar el tema sino con virtualidad de referencia o, en última instancia, de información. Pretendemos resaltar además, en este primer estadio, tanto la variedad de funciones que posibilita para el psicólogo como la necesaria interdisciplinariedad a la que nos remite.

Pero somos conscientes de que con todo ello no hacemos más que empezar. De modo inmediato deberíamos trascender este limitado objetivo informativo y sensibilizador para abrir un debate en profundidad en el seno de nuestro colectivo que nos permita definir y acotar el marco teórico y operativo más adecuado. Comenzamos con una evidente demora pero, precisamente por eso, quizás estemos a tiempo de evitar los grandes errores que otros sectores más audaces e institucionalizados han ido deslizado en el abordaje de las drogodependencias.

En los próximos años, tal vez en los próximos meses, se producirá previsiblemente una auténtica inflación de iniciativas para la prevención, el tratamiento y la reinserción social. Más difícil es presuponer el grado de calidad y consistencia de esas intervenciones. El reto, en lo que a nuestra profesión se refiere, consiste en soslayar las presumibles discrepancias y pergeñar unos criterios básicos, unas pautas comunes e, incluso allá donde sea posible, un intercambio de métodos, técnicas e instrumentación. Sólo así podremos evitar el espontaneísmo y otras veleidades a las que tan bien se presta la temática y con las que tanto se resentiría nuestra credibilidad ante la sociedad y ante nuestras propias posibilidades.

Redacción y Administración:
Fernández de los Ríos, 87
Tfno.: 244 58 13. 28015 Madrid

Distribución:
Secretaría de la Delegación de
Madrid del Colegio Oficial de
Psicólogos.

Edita:
Colegio Oficial de Psicólogos,
Delegación de Madrid.

Fotocomposición e impresión:
Stelvio, Impresores. Matilde
Hernández, 28. Madrid.

Junta Rectora de la
Delegación de Madrid del
Colegio Oficial de Psicólogos:

Adolfo Hernández
—presidente—
Alejandro Avila
—vicepresidente—
José María Prieto
—secretario—
Víctor M. Pérez
—vicesecretario—
Dositeo Artiga
—tesorero—

Responsable de Publicaciones
y Documentación:
Adolfo Hernández

Y los vocales:

Pilar Ballester
Juan Carlos Duro
Manuel Modesto
Serafín Carballo
Adolfo Fernández
Emiliano Martín
Carmen Monedero
Ángel Puerta

De este número de “Papeles del
Colegio” se han editado
11.000 ejemplares.

Los editores no se hacen
responsables de las opiniones
vertidas en los artículos
publicados.

Depósito Legal:
M-27453-1981
ISSN-211-7851

Dossier "I Reunión Estatal de Psicología y Seguridad Vial"

Contenido del Dossier:

1. Todas las comunicaciones presentadas en cada área.
2. Conclusiones a que se llegaron en cada área.
3. Anexos: documentos e informes que se utilizaron (en total 135 folios).

Precio unidad: 750 ptas (más gastos de envío).

Pedidos a: Coordinadora de Psicología y Seguridad Vial, Colegio Oficial de Psicólogos, c/ Licenciado Poza, 31-7º. 48011 BILBAO. Tfnos.: (94) 442 06 98 y 441 10 95.

ENEURESIS

Aparato corrector ENUR

- Cómodo, higiénico, eficaz.
- Inofensivo bajo control del psicólogo.
- Único con sonido potente.
- Incorpora luz simultánea y placa sensora de plástico.

Consultas y pedidos a ROL psicología.

Vía Layetana, 52. 08003 BARCELONA
Tfno.: (93) 318 10 84



PSICOLOGIA Y PEDAGOGIA

PRESENTA

LENGUAJE: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNOSTICO

TESTS DE APTITUDES PARA EL APRENDIZAJE
(S. Hiskey Nebraska)

*Edad de aplicación: 3 a 17 años

ESCALA DE INTELIGENCIA NO VERBAL
(Snijders y Snijders-Oomen)

*Edad de aplicación: 2 años y seis meses a 17 años

ESCALA INTERNACIONAL DE LEITER

*Edad de aplicación: 2 a 18 años

TESTS DE STYCAR. LENGUAJE
(M. Sheridan)

*Edad de aplicación: 6 meses a 7 años

ESCALAS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE
(J. K. Reynell)

*Edad de aplicación: 1 a 6 años

BATERIA PARA EXPLORAR LAS APTITUDES AUDITIVAS
(Goldman, Fristone y Woodcock)

*Edad de aplicación: 3 a 80 años

INVENTARIO DE APTITUDES PERCEPTIVAS
(D. R. O'Dell)

*Edad de aplicación: Todas las edades

TRATAMIENTO

– SERIES DE ESTIMULOS VISUALES PARA EL DESARROLLO DEL LENGUAJE (1.150 tarjetas)

– PIZARRA ESPEJO ORTOFONICO DE CORREDERA

– ESPIROMETRO DE AGUA

– APARATO PARA REEDUCACION DEL LENGUAJE Y TRASTORNOS DE AUDICION

– TRATAMIENTO DE LA TARTAMUDEZ

– FEEDBACK AUDITIVO RETARDADO, TARTAMUDEZ Y PARKINSON

– EQUIPO DE MEDIDA DE LA DURACION DEL SONIDO

– METRONOMO ELECTRONICO (a pilas)

– BIOFEEDBACK :

DISARTRIAS

TARTAMUDEZ

OFICINAS Y EXPOSICION: Francos Rodriguez, 47 - 28039 - MADRID - Teléfs (91) 4 59 52 80 - 4 50 94 49



a fondo

EL PSICOLOGO ANTE UN RETO SOCIAL: LAS DROGODEPENDENCIAS

El recientemente aprobado *Plan Nacional sobre Drogas* constituye una propuesta ante la que nuestro colectivo no puede ni debe inhibirse; las drogodependencias exigen un abordaje científico y coherente en el que los psicólogos debemos desempeñar un papel relevante. Con esta convicción, hemos solicitado el conjunto de aportaciones que a continuación presentamos con la intención de que este *a fondo* abra un debate que permita definir su marco operativo y teórico más adecuado.

NOTAS PARA PROFESIONALES DE LA INTERVENCION SOBRE EL USO DE DROGAS POR LA POBLACION

DOMINGO COMAS ARNAU

EL conocimiento sociológico que poseemos sobre el fenómeno del uso de drogas y sobre las drogodependencias empieza a diferir notablemente sobre aquéllo que los manuales intitulan "aspectos sociales y culturales" y he considerado adecuado para una revista dirigida a un colectivo de profesionales, entre los que se da un alto porcentaje que se ocupan del tema, señalar las diferencias entre el estereotipo sociológico, mayoritariamente presente en los textos, y lo que la investigación sociológica actual, menos conocida y publicitada ha aportado, para un mejor enfoque del fenómeno.

I. DOS FENOMENOS DISTINTOS Y UN SOLO DROGODEPENDIENTE VERDADERO

La práctica de la investigación sociológica en el campo de las drogodependencias se venía moviendo en una cierta irrelevancia, tras una serie de brillantes aportaciones en los años 50 (en especial las obras de R.K. Merton, M. Clinard y H. Becker). Los motivos de tal situación vale la pena exponerlos, con el fin de captar más adecuadamente las rupturas que expongo más adelante.

En los últimos 20 años la Sociología ha desarrollado una reacción pendular contra unos modelos teóricos muy cerrados y acabados, como el de Talcott Parsons, que si bien permitían una cierta comprensión del entramado social, no resolvían las "cuestiones fundamentales" por las que apareció la sociología en el Siglo XIX. Tal reacción fue posible y se articuló en razón a la carencia de compromiso pragmático que orienta la actividad académica, caracterizándose por el hermetismo, el subjetivismo

y la falta de utilidad. Se produjo además un proceso de retroalimentación entre esta subjetivización de la teoría y la "academización" de la Sociología reforzándose mutuamente. De ahí que la práctica académica de la Sociología orientara su aportación al campo de las drogodependencias más hacia la discusión de cuestiones ético-políticas que hacia el análisis de la realidad del fenómeno.

Frente a tal situación comenzaron a aparecer aportaciones sociológicas que emergían de las prácticas concretas, con poca participación de la sociología institucionalizada, y un alto grado de espontaneismo (Comas, 1985; P. 302) pero que a postre sirvieron para quebrar (o creo que van a servir) el subjetivismo y el existencialismo hegemónicos.

Claro que ésto es insuficiente ya que los fenómenos sociales (y más los relativos a conductas expresivas como el uso de drogas), y con independencia del status ontológico que quiera asignárseles desde un punto de vista racional (operaciones empíricas, conceptuales y evaluativas) sólo puede entenderse como realidad desde un marco teórico. Al mismo tiempo la maximización de los objetivos prácticos deseados depende de que los modelos teóricos utilizados respondan a la representación de la realidad que nos proporciona la realidad científica (Bunge, 1985. Quintanilla, 1981).

Si bien, en el campo de las drogodependencias, el objetivo de un modelo teórico aún está más lejos, la práctica real nos ha permitido identificar una serie de ángulos del cañamazo teórico que aún permanece enterrado. Quizás uno de los más importantes ha sido darnos cuenta de que estábamos ante dos fenómenos radicalmente

Antropólogo, investigador.

distintos y que autocalicándose ambos de "la realidad" respondían a dos ámbitos diferentes para los que tal autocalicación era sólo parte de sus características operacionales.

Por un lado tenemos el "consumo de droga" un fenómeno de tipo sociopolítico, fuertemente enraizado en los mecanismos básicos de nuestra cultura, y que se sostiene, casi exclusivamente, por su fuerte lógica interna y el intenso soporte material que le ofrecen los medios de comunicación que crean un "estado de opinión pública" en el sentido tradicional del término, (Saperas, 1985; pág. 179 y sig.). Es, en terminología sociológica, *un fenómeno social total*, que se manifiesta no sólo a través de opiniones, sino también por actitudes y comportamientos que mediatizan la intervención de diversas instituciones de nuestra sociedad a través de sus ejecutores (padres, maestros, médicos, etc.,...) causando un sinnúmero de problemas en cuestiones como: relaciones familiares y personales, aprendizaje, salud, adaptación u obtención de satisfacciones básicas.

Por otro lado tenemos el fenómeno del uso real de las distintas drogas por una serie de individuos y la problemática que tal uso, en función de la intensidad del uso, hábitos asociados y tipo de droga, ocasiona en cada uno de los individuos concretos. *Es un fenómeno social global*, ya que involucra a todas las instancias, pero no total, ya que se refiere sólo a parte de la sociedad.

El estudio sociológico del primer fenómeno es relativamente fácil ya que se corresponde con las metodologías más tradicionales y contrastadas, así como con los instrumentos de investigación más ajustados de las Ciencias Sociales: encuestas de opinión y actitudes, análisis de contenido de los medios, percepción cualitativa en grupos, paneles, evaluación de indicadores, etc.,...

En cambio la metodología adecuada al segundo fenómeno ha tenido que ser creada partiendo sólo de ciertos estudios puntuales (Galanter, 1983-1985) y de una reelaboración de datos estadísticos secundarios, con el apoyo de

ciertas organizaciones internacionales, singularmente la OMS. (Ver colección publicaciones offset números 50, 52, 55, 56, 60, 88 y 89).

El desconocimiento de que se trataba de dos fenómenos distintos, así como el desequilibrio metodológico entre ambos, ha hecho que los análisis empíricos del primero de ellos se atribuyeran al segundo, y que la mayor parte de la aportación de la sociología haya servido más para confundir que para ayudar a interpretar.

Así, incluso tenemos una serie de modelos teóricos que utilizando la percepción de la sociedad creen describir el fenómeno real del uso de drogas. Modelos que hay que rechazar reconstruyendo una teoría que tenga en cuenta la dicotomía y el contenido concreto de cada uno de los fenómenos.

Tal confusión metodológica y teórica produce una serie de consecuencias indeseables: por una parte las disciplinas ajenas a la sociología asumen como explicación sociológica de la realidad los resultados de las investigaciones sobre la percepción social y por otra parte los resultados sociológicos retroalimentan el propio modelo de percepción social. Ocurre además que tales explicaciones ocupan una parte importante o constituyen la base justificativa de planes de prevención o de atención, de charlas a padres en las escuelas e incluso se interfieren en el tratamiento clínico de las enfermedades asociadas al uso de drogas. Veamos algunos ejemplos.

La percepción social atribuye a la heroína el carácter casi exclusivo de "droga", en cambio la investigación sociológica de la realidad la ha colocado en un lugar minoritario y complementario en el contexto de la politoxicomanía. Pues bien, un reciente número monográfico de la prestigiosa revista médica JANO, bajo el título de PATOLOGÍA ORGANICA DE LA DROGADICCION, publica una serie de excelentes artículos pero exclusivamente dedicados a la heroína. Sabemos, que aparte de los problemas relacionados con el alcohol y el tabaco, estadísticamente las patologías orgánicas relacionadas con otras drogas son más importantes que las relativas a la

heroína. Pero nadie se preocupa de escribir, investigar e INTERVENIR en las mismas. Parece como si tan siquiera existieran y la "intervención" se dirige exclusivamente a la manifestación que merece la aprobación social, aunque la demanda "objetiva" de atención vaya por otro lado.

Los ejemplos de retroalimentación social son más complicados para exponerlos en el corto espacio, de una nota, pero su importancia se refuerza en los dos casos que este autor ha estudiado explícitamente: por un lado el proceso de inducción de síndromes de abstinencia en individuos no dependientes por la puesta en marcha de mecanismos simbólicos de auto-identificación y autoubicación; por otro lado el proceso de banalización de los efectos más contundentes del síndrome de dependencia al alcohol, por la puesta en marcha de mecanismos similares [Comas, 1984; 1985 (a), 1985 (b)].

Resulta evidente que ambos fenómenos recibieran la atención del sociólogo, y que debe aplicar las correspondientes metodologías para desbrozarlos, pero teniendo siempre muy presente que se trata de hechos cualitativa y cuantitativamente distintos y diferenciando siempre ambos niveles.

Para los psicólogos más centrados en cuestiones de prevención el conocimiento del fenómeno de la percepción social será de mayor interés (Vega, 1983; pág. 65 y sig.), mientras que para los centrados en la atención o la clínica del toxicómano será el fenómeno el que merecerá una mayor atención (Glasner y Freedman, 1985; pág. 153 y sig.).

II. USO Y DEPENDENCIA

Si nos centramos en el análisis del fenómeno real de las drogodependencias, aparecen una serie de cuestiones que la percepción social nos había enmascarado. Algunas parecen obvias, como que "la droga" no existe sino que aparecen usos de distintas drogas, que tales usos producen problemas distintos, o que la relación causas entre dependencia a las drogas y delincuencia no es simple.

Pero hay una cuestión especialmente relevante que aparece en el momento en que se observa el fenómeno real, y es la diferenciación entre usuarios y dependientes.

Toda relación entre un individuo y una droga implica en uso de la misma. Este uso puede ser, desde una perspectiva cuantitativa, una simple experiencia aislada, un conjunto de usos aislados entre sí, usos frecuentes, habituales y cotidianos, hasta llegar a un tipo de uso que supone dependencia a una o varias drogas. Las situaciones de uso son distintas entre sí, y especialmente hay que diferenciar aquellos usos que implican una situación de dependencia de los que no lo implican.

En sí el uso de drogas sin dependencia es sólo una *conducta*, que como cualquier otra conducta puede ocasionar problemas dependiendo de un conjunto de variables que inciden sobre un individuo concreto.

Tales variables tienen que ver con el tipo de droga usada, las formas y hábitos de uso como con el entorno social y familiar del individuo, su edad, sexo, habilidades, etc.,... y los problemas pueden referirse a la salud, a conductas de riesgo asociadas al uso, a la mediación de códigos culturales, a estigmatización y carreras de desviación, etc.,...

Es especialmente relevante a este nivel el status legal de cada droga, la imagen social ligada a tal status y la situación económica del individuo usuario.

Por otro lado tenemos al usuario dependiente de drogas, cuya dependencia constituye un problema en sí mismo. En su condición de usuario padecerá una serie de problemas, mayores en general que el usuario dependiente, pero aparte, el *síndrome de dependencia* constituye un problema por sí mismo, una "enfermedad" que exige la intervención, aunque esto signifique que la dependencia genera automáticamente la correspondiente demanda.

Asimismo el síndrome de dependencia, codificado casi siempre como dependencia a la heroína teórica, proporciona los elementos dramáticos que configuran la imagen y la percepción so-

cial del conjunto de todos los usuarios.

III. ESBOZO DE UN PEQUEÑO MAPA

Vamos a tratar de esbozar un pequeño mapa de los conocimientos que disponemos en la actualidad sobre el uso de drogas y la percepción de tal uso por la población española.

Sabiduría y Miedo

¿Cómo percibe la población española el uso de drogas y los problemas asociados al mismo? las diferentes encuestas no proporcionan un perfil caracterizado por la incoherencia de los españoles, ya que las drogas son cosas contradictorias entre sí para la mayoría, mientras tales cosas sean lo suficientemente dramáticas y contundentes.

Esta incoherencia radical parte de una constatación sorprendente: una amplia mayoría de españoles manifiesta conocer o saber sobre varias drogas ilegales y por tanto se considera legitimado para opinar sobre ellas.

Dependiendo de las encuestas, más del 80% de españoles "conoce" la cannabis y la heroína, y más del 65% la cocaína y los alucinógenos. Incluso las menciona espontáneamente.

Pero si tomamos en cuenta tales menciones como base empírica observaremos la formación de dos grupos distintos: la mayoría emplea los términos de los medios de comunicación (especialmente si éstos implican un supuesto argot), como por ejemplo "caballo" para la heroína y otro grupo muy minoritario (siempre por debajo del 1%, salvo para la cannabis que alcanza el 3-4%) utiliza los términos reales de los usuarios, lo que nos lleva a que la sabiduría de la mayoría se limita a retener los mensajes de los medios de comunicación, y que es en base a tales datos que la población contesta a todas las preguntas que sobre drogas se le hacen.

Así la mayoría de los españoles piensan que las drogas son muy atractivas (77,5% de las respuestas) las toman personas normales (58,8%), son muy peligrosas porque si las pruebas es muy difícil

dejarlas (85,8%), los que recurren a las drogas son personas con problemas psicológicos (73,8%), conducen al delito inevitablemente (78,2%), los drogadictos son enfermos (82,5%), son sustancias perjudiciales (62,3%), etc, etc,... No es posible armar un puzzle similar.

Pero todas estas opiniones poseen una lógica común: la ignorancia de la realidad y ligado a ella una intensa atracción y repulsión hacia las drogas, a fin de cuentas el mensaje de los medios de comunicación.

Atracción que incita a probarlas a pesar de los peligros (casi un tercio de los españoles mayores de 14 años ha probado la cannabis), pero que aún entre los usuarios habituales, establece como hegemónico un tipo de ideología represiva. Ocurre que una clarísima mayoría de menores de 29 años están en contra de la despenalización del consumo, y a partir de esta edad se alcanzan cotas de unanimidad, y en un extraordinario ejemplo de esquizofrenia social, vemos que la mayoría de los usuarios son partidarios de que se persiga el uso, claro que también piensan como "no perseguible" su propio uso, el de sus amigos o familiares. Tal esquema, por otra parte responde a los modelos tradicionales de manipulación de la opinión pública con fines sociopolíticos (Lazarsfeld y Merton, 1985) como viene ocurriendo en forma espectacular en otros países. (Lindblad, 1983).

Niveles reales de uso

En contra de la imagen que se

percibe los niveles de uso real y sus consecuencias son muy distintos, y son bien conocidos en nuestro país gracias a recientes investigaciones, que si bien muestran ciertas divergencias, por cuestión de método, y que a mi parecer en vez de confundir como se ha pretendido decir, ayudan a configurar más acertadamente tales datos. En concreto disponemos de tres investigaciones puntuales, Francisco Alvira (1984), Domingo Comas (1985) y José Navarro, et al. (1985). Las diferencias entre esta última y las dos primeras son debidas entre otras cosas al tipo de trabajo de campo (rutas en los dos primeros casos y cuotas en el segundo), por lo que tales diferencias en vez de confundir al profesional le ayudan a comprender ciertas cuestiones, en este caso, por ejemplo, la dialéctica privada/público.

En primer lugar debemos distinguir dos líneas de drogas en cuanto a impacto real que producen sobre la población. La primera es la línea de las drogas legales (tabaco y alcohol) y de las ilegales consumidas irregularmente (fármacos), la segunda es la de las drogas ilegales.

La primera línea se caracteriza por un uso masivo, una fuerte incidencia sobre la salud y una casi nula incidencia psicosocial (aunque ésta empieza a cambiar para los fármacos).

La segunda por un uso minoritario y mayores incidencias psicosociales, dependiendo de las drogas. Resumimos la situación en los ejemplos del siguiente cuadro.

	USO	ABUSO SISTEMÁTICO	DEPENDENCIA
ALCOHOL	(S) +	(S) ++	(S) +++ (PS) +++
TABACO	(S) +	(S) ++	(S) +++
FARMACOS	(S) +	(S) ++	(S) +++ (PS) +
CANNABIS	(S) +	(S) ++ (PS) +	(S) +++ (PS) ++
HEROINA	(S) + (PS) ++	(S) ++ (PS) +++	(S) +++ (PS) +++
Problemas Sanitarios (S)			
Problemas Psicosociales (PS)			
Leves	+		
Importantes	++		
Graves	+++		

¿Cuántos individuos se pueden contabilizar en cada uno de los apartados en relación a éstas u a otras drogas? Diferentes métodos nos han permitido establecer estas cifras que reflejamos a continuación, de una forma aproximada y no definida.

los no debemos obviar sus relaciones. Para ello nada mejor que un par de ejemplos.

El caso de la variable "Actividad Laboral"

La percepción social es contundente: el paro provoca consumo de drogas, incluso el fenómeno del

nen los medios económicos necesarios para usar drogas a partir de la comisión de delitos.

Existe una fuerte desproporción entre el dinero procedente de actividades legales y el procedente de actividades ilegales que entra en el mercado de las drogas. Las disponibilidades económicas que genera la delincuencia sólo sostienen una parte ínfima del mercado.

Por otra parte, y aparece constatado empíricamente, los usuarios de drogas son socialmente más agresivos y/o poseen mayores habilidades. En la actual situación de desempleo el uso de drogas se convierte en una estrategia contra el paro en el contexto de la economía sumergida. Tomar unas copas, fumar un porro e incluso "llevar más lejos" permite acceder a formas de solidaridad, y de "estar en la onda" que facilitan la oportunidad para acceder a un puesto de trabajo.

La percepción social es incapaz de comprender el fenómeno real, ya que por una parte, su esterotipificación del tema obliga al joven "serio y trabajador" a mantener sus usos en la semiclandestinidad, ya que de conocerse peligraría, entre otras cosas, su estabilidad laboral, ya que ningún "drogadicto" es de fiar. Por otra parte las conductas delictivas asociadas al uso de drogas aunque sean minoritarias son públicas, configurándose así y reforzándose el esterotipo de la percepción social. ¿Cómo pensar que un usuario de drogas en un puesto estable de trabajo se va a poner en evidencia con peligro para su situación? No parece haber salida.

El caso del "Síndrome de Abstinencia" por Heroína

Algunos especialistas que intervienen en la atención de drogodependientes "heroínómanos" (politoxicómanos normalmente) llaman la atención sobre la curiosa circunstancia de que jóvenes con un período de uso no demasiado prolongado, a dosis bajas de muy poca pureza, presenten cuadros muy espectaculares de síndrome de abstinencia, mientras otros con más años de uso y dosis más altas presentan cuadros más leves.

La causa hay que situarla en el hecho de que el "Mono" que pa-

	INCIDENCIA		PREVALENCIA EN JOVENES
	USUARIOS ESPORADICOS	DEPENDIENTES	

ALCOHOL	75-85%	5%	CRECIENTE
TABACO	40-50%	25-35%	CRECIENTE
TRANQUILIZANTES	40-50%	—1%	CRECIENTE
ANFETAMINAS	15-20%	1-2%	ESTABLE
CANNABIS	(B) 20-30%	1-2%	ESTABLE
HEROINA	(B) 1-2%	—0,2%	ESTABLE
COCAINA	(B) 3-5%	(A)	CRECIENTE
ALUCINOGENOS	(B) 1-2%	(A)	DECRECIENTE
INHALANTES	(B) 2-3%	(A)	CRECIENTE

(A) No consta estadísticamente.

(B) Incluidos los con experiencia única.

Tales porcentajes nos podrían orientar entorno a las cifras de población con problemas psicosociales o con problemas sanitarios, así como la posible demanda, pero hay que hacer una matización importante.

La situación real es de politoxicomanía con dependencia difusa a varias drogas, y como los datos se han obtenido droga por droga, las cifras totales de ciudadanos con problemas son inferiores. Diversas evaluaciones nos han permitido determinar, a principios de 1985, que el número de personas en situación de padecer problemas graves (tanto psicosociales como sanitarios y excluimos el alcohol y el tabaco) podría acercarse a las 100.000 en la misma fecha la demanda de atención se situaba entre 10.000 y 15.000 individuos.

Entre la Percepción y la Realidad

Hemos diferenciado los fenómenos de la percepción y la realidad, y hemos dado un somero vistazo al contenido de cada uno de ellos, pero asimismo es necesario tener en cuenta las relaciones entre ambos niveles. La dialéctica de las influencias entre ambos fenómenos es tan importante como la diferenciación entre ellos. Precisamente era tal dialéctica la que los confundía, pero al separar-

uso de drogas se explica en exclusiva a partir del paro, como una consecuencia más del mismo. En lo que se refiere a la juventud la especial incidencia de las drogas en su colectivo vendría dada (aparte de la consabida pérdida de valores) porque "los jóvenes no tienen nada que hacer y se aburren".

Con independencia del valor que nos merezcan tales calificativos sobre la juventud, el fenómeno real es muy distinto (Comas, 1985).

El uso de drogas ilegales (que son las que maneja el esterotipo social en este punto, aunque a veces se incluye el alcohol) se correlaciona más con los jóvenes que desarrollan una actividad económica remunerada, que con los desempleados.

Ocurre que el acceso económico a las drogas lo poseen aquéllos que disponen de suficientes medios económicos, y tal disponibilidad, entre los jóvenes se sitúa estadísticamente entre aquéllos que obtienen algún tipo de ingresos. Tales jóvenes no parados, son experimentadores, usuarios habituales e incluso dependientes, e insuflan al mercado suficiente dinero como para que otro porcentaje de individuos usuarios dependientes puedan vivir del tráfico en pequeña escala. Aparte quedan los individuos parados que obtie-

san estos jóvenes no es consecuencia del grado de dependencia fisiológico, sino de la codificación cultural, muy eficaz, de un comportamiento que se liga a la carencia de heroína. No es por tanto un Síndrome de Abstinencia, en sentido estricto, situación poco frecuente por lo demás. Los dependientes con mayor experiencia, en cambio, más cogidos por la realidad de la dependencia, pasan por verdaderos síndromes, en general menos espectaculares y adecuados al nivel de uso y la pureza de la sustancia. (Comas, 1984).

Así incluso el uso de placebos para combatir eficazmente el "Mono" se ha generalizado.

Vemos, de nuevo como la percepción social equivocada se interfiere negativamente en el proceso real del uso de drogas, ya que el miedo al "Mono" sociocultural es uno de los mecanismos básicos para explicar la compulsión hacia la obtención de drogas e individuos que metabólicamente no están en una situación de dependencia.

Por otro lado tal percepción social se vehicula a través de la existencia real, pero minoritaria de individuos con fuerte grado de dependencia y que a la supresión de la droga o drogas padecen síndromes de dependencia. ¿Cuál ha sido la vía de configuración? Los medios de comunicación. Sirva de ejemplo que antes de que existiera oferta de heroína en España (entre 1973 y 1975 es cuando aparece) los españoles habían visto ya varios "Monos" (en el cine o en TV.), así es explicable que un 85,8% de los españoles "sepa" que si se prueba la "droga" es "muy difícil dejarla".

IV. DEMANDAS DE LA SOCIEDAD, DEMANDAS SOCIALES Y DEMANDAS INDIVIDUALES

El conjunto de complejos culturales y de mecanismos sociales de conformación de hábitos, que constituyen la base etiológica y las características del fenómeno de las drogodependencias, se ha incorporado firmemente a nuestra realidad social y cultural. Tal incorporación implica que dicha rea-

lidad no es retroactiva, y pienso que, a corto y medio plazo, difícilmente modificable.

Las únicas modificaciones posibles se podrán mover exclusivamente en el campo de lo circunstancial, pero no en la base estructural.

Por otra parte el conjunto de personas involucradas de una forma u otra en el fenómeno se encontrarán afectadas de una manera u otra en el resto de su ciclo vital.

Ante tal perspectiva podremos plantearnos la cuestión de la futura demanda de servicios, partiendo por un lado de los servicios actualmente existentes, así como sus características y complejidad (Díaz de Quijano, et al. 1985), y por otro lado el actual nivel de la demanda, que hacia la mitad de 1985 ha sido cifrada por responsables de la Administración entre 10 y 15.000 individuos (demanda de atención pura y personalizada pero que puede entenderse, como veremos, ampliada a la familia, y a una mínima reinserción). Pues bien, teniendo en cuenta que la media de la "carrera de drogodependiente" de los demandantes es, de acuerdo con la información disponible procedente de diversas comunidades terapéuticas y otros grupos de atención, de 4-6 años, y se trata de iniciados entre 1978-81, y que además hay que considerar:

1. Los que entraron con posterioridad en la carrera.
2. La reducción en el número de años de solicitud de la intervención asistencial.
 - a) por la ampliación de la oferta asistencial.
 - b) por la influencia social de las asociaciones de ex-toxicómanos y otros afectados.
3. El discreto nivel de éxitos.

Es de suponer un creciente nivel de demanda de asistencia sobre el que podemos establecer la siguiente hipótesis:

1986 —	20.000 —	30.000
1987 —	30.000 —	50.000
1988 —	60.000 —	80.000
1989 —	+ 80.000	

Lo que equivale a la existencia de un aparato asistencial, si no suficiente para la demanda espe-

rada, al menos proporcional al de hoy en día existente en relación a la demanda actual, y además más complejo, ya que la propia atención generará otras demandas (por ejemplo en el campo de la reinserción y la formación) y aparecerán nuevas circunstancias como:

- La mayor extensión del período de "silencio toxicológico" de la cocaína.
- El esperable salto cualitativo de la problemática de las anfetaminas (no codificada aún culturalmente) pero de fuerte uso.
- El notable incremento de jóvenes bebedores que al llegar a adultos serán alcohólicos.
- La nueva conciencia de los peligros del tabaquismo y la necesidad de deshabituarse a muchos ciudadanos.

Que hacen previsibles un crecimiento exponencial de la demanda, y por tanto de los servicios de atención ligados al fenómeno de las drogodependencias.

Pero ¿qué significa el término demanda? partiendo de la descripción de la percepción social del fenómeno comprobamos que la demanda significa atención, pero una atención muy concreta: atención médica, ya que una mayoría de la sociedad piensa que un individuo que prueba una droga ilegal es un enfermo, y por tanto debe ponerse en manos de los especialistas en curar. Tal actitud es mantenida también por los "drogodependientes recientes" que padecen "Monos" espectaculares.

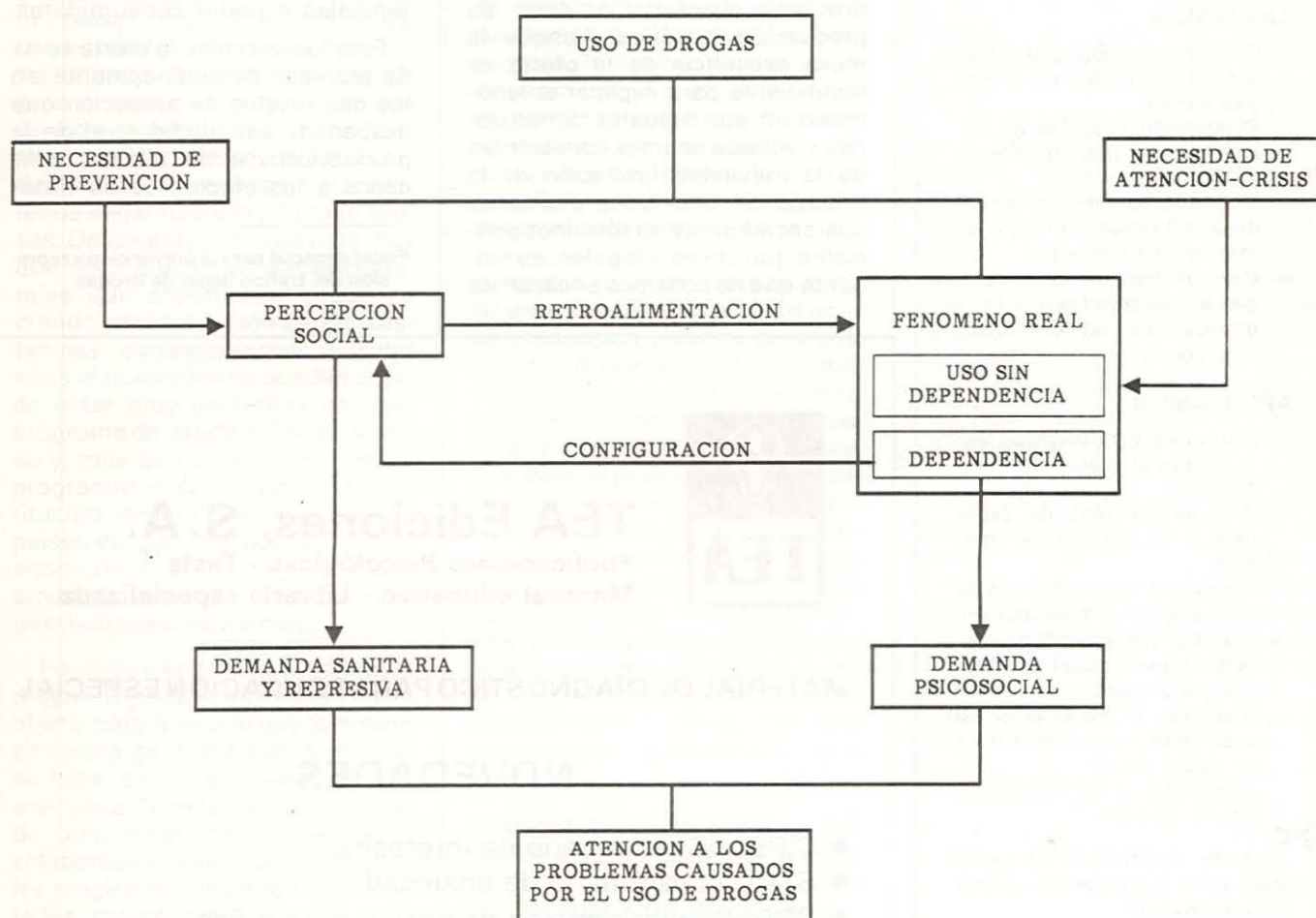
Por tanto la demanda de la sociedad es sólo una demanda sanitaria, pero el punto de vista cambia radicalmente cuando la demanda procede de aquéllos sectores de la realidad que se encuentran en situación de síndrome de dependencia. Aquí la demanda es mínimamente sanitaria y se refiere casi exclusivamente a un tratamiento psicosocial, a terapias de recuperación y a reinserción, así como a demandas de prevención, éstas últimas surgidas casi exclusivamente de algunos sectores de la Administración y de los profesionales, y que si bien es fácilmente asumida, como concepto teórico positivo, por la sociedad, en sus expresiones concretas es hasta rechazada o ignorada como la atención psicosocial.

Entre las demandas sanitarias de la sociedad, y las psicosociales de los afectados, y las preventivas de los sectores más conscientes, y ante la previsible expansión del sector aparece una contradicción difícilmente resoluble.

Tal contradicción puede generar una dinámica de imprevisibles consecuencias, ya que el exceso de medicación puede exacerbar los problemas reales, y un correc-

to tratamiento psicosocial y preventivo (que podría combinar, centros urbanos con "centros de crisis" como los creados en Canadá, "centros de integración juvenil" como los existentes en México, grupos de voluntarios y objetores de conciencia en servicios sustitutivo, etc,... con los modelos actualmente existentes) podría exasperar a una sociedad para la que "no se estaría haciendo nada".

El cuadro adjunto sintetiza cuanto vengo afirmando para su mejor comprensión, delimitando al mismo tiempo el mapa conceptual en el que la investigación sociológica debería moverse de cara a un apoyo práctico y real a otros profesionales de la intervención. Nuestra tarea consistiría en completar los datos de los distintos recuadros.



Bibliografía citada

Alvira, Francisco. Estudio del consumo de alcohol y otras drogas de los adolescentes españoles y de los factores que influyen en el mismo. Madrid. Dirección General de la Salud Pública, 1985.

Bunge, Mario. Racionalidad y realismo. Madrid. Alianza, 1985.

Comas Arnau, Domingo. "Las bases simbólicas de la concepción del uso de drogas como enfermedad". Donosti. III Congreso de Antropología del Estado Español, 1984.

Comas Arnau, Domingo (a). "Realidades y límites de la eficacia simbólica: el impacto del uso de alcohol sobre la conducta de la población en el núcleo urbano madrileño". Madrid. Primeras Jornadas de Antropología de Madrid, 1985.

Comas Arnau, Domingo. El uso de drogas en la juventud. Barcelona. Juventud y Sociedad, 1985.

Comas Arnau, Domingo (c). "Uso de drogas: del paradigma Lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas". Jano - diciembre 1985.

Díaz de Quijano, Santiago et al. Los servicios de atención a toxicómanos. Madrid. Dirección General de Acción Social, 1985.

Galanter, Marc. Recent developments in alcoholism (3 vols.). New York and London. Plenum Press, 1983-1985.

Glassner y Freedman. Sociología Clínica. México. CECSA, 1985.

Lazarsfeld, P.F. y Merton, R.K. "Comunicación de masas, gustos populares y acción

social organizada", en M. de Moragas (Edit.). Sociología de la Comunicación de Masas. Barcelona. Gustavo Gili, 1985 (Vol. II).

Lindblad, R.A. "Estudios sobre el movimiento de padres contra el uso indebido de drogas en los Estados Unidos de América". Boletín de Estupefacientes. Vol. XXXV, 3, 1985.

Navarro, José, et al. (EDIS). El consumo de drogas en España. Madrid. Dirección General de Acción Social - Cruz Roja, 1985.

Quintanilla, M.A. A favor de la razón. Madrid. Taurus, 1981.

Saperas, Enric. La Sociología de la Comunicación de Masas en Estados Unidos. Barcelona. Ariel, 1985.

Vega, Amando. Los educadores ante las drogas. Madrid. Santillana, 1983.

**GABINETE DE
ORIENTACION
PSICOLOGICA**



**DE CARA AL CURSO
ESCOLAR 1985/1986**

Plantea a todos los psicólogos escolares españoles la posibilidad de una interacción metodológica y profesional en el campo de la orientación educativa y psicopedagógica

BUSCAMOS

- Compañeros, Equipos y Gabinetes centrados en el ámbito escolar.
- Planteando módulos de acción serios, responsables y sistemáticos.
- Con interés por un mayor desarrollo cuantitativo y cualitativo de su trabajo.
- Con tiempo, medios y dedicación abundantes.
- Introducidos en el ámbito Pedagógico.

APORTAMOS

- Garantías y referencias exhaustivas en todo el territorio nacional.
- Casi veinte años de experiencia en cientos de colegios.
- Conexiones con infinidad de compañeros e instituciones.
- Material (en castellano, catalán y portugués) y metodología propias.
- Sistemas y procedimientos exclusivos (en informática y en supervisión)
- Asistencia técnico-profesional continuada.



Estando dedicado o deseando dedicarme a la orientación educativa desearía:

- Que me recibieran en el Gabinete y me enseñaran técnicas e instrumentos psicopedagógicos para mi utilización.
- Que me enviaran más información a la luz de mis circunstancias que matizo en anejo.
- Que me informaran sobre el proyecto de trabajo en común, ya que mi labor la llevo de forma "artesana" y en solitario.

**EOS - c/ Orense, 12 - 1.º
oficina 10
Telfs. 455 33 28 y 455 39 13**

LA LUCHA CONTRA LA OFERTA DE DROGAS ILEGALES

JOSE JIMENEZ VILLAREJO

EL afrontamiento del problema de la droga —de su consumo abusivo y generalizado— es impensable sin una actuación pública dirigida a frenar y disminuir su oferta, es decir, su producción y tráfico. Aunque la mera existencia de la oferta es insuficiente para explicar el fenómeno en sus actuales dimensiones y aunque seamos conscientes de la inevitable limitación de la eficacia de una lucha planteada sustancialmente en términos policiales, judiciales y legales, es evidente que no podemos encararnos

al problema, con medianas posibilidades de éxito, si no procuramos reducir de modo significativo la creciente masa de drogas que se encuentra al alcance de sus potenciales o reales consumidores.

Esta lucha contra la oferta se ha de plantear simultáneamente en los dos niveles de actuación que acaban de ser aludidos: el de la producción y el del tráfico, unificados a los efectos de su trata-

Fiscal especial para la prevención y represión del tráfico ilegal de drogas.



TEA Ediciones, S.A.

**Publicaciones Psicológicas - Tests
Material educativo - Librería especializada**

MATERIAL DE DIAGNOSTICO PARA EDUCACION ESPECIAL

NOVEDADES

- CIPSA: Cuestionario de intereses.
- STAI: Cuestionario de ansiedad.
- CDS: Cuestionario de depresión para niños.
- IPV: Personalidad de vendedores.
- VALETT: Desarrollo de las actitudes básicas para el aprendizaje.
- "Evaluación clínica de los niños con las Escalas McCarthy" (A. S. Kaufman y N. L. Kaufman).
- *Entrenamiento autógeno para niños, adolescentes y padres* (R. Kemmler).

MADRID - Fray Bernardino de Sahagún, 24. Telf.: 458 83 11.
BARCELONA - Muntaner, 462. Telfs.: 201 82 50 y 201 15 55.
BILBAO - Hurtado de Amézaga, 3. Telf.: 432 01 72.
SEVILLA - Monte Carmelo, 6. Telf.: 27 94 11.

miento jurídico-penal en el A. 344 del Código Penal español.

La producción de las drogas ilegales —sea de las materias primas, sea de los productos ya elaborados— no parece ser, por ahora, en nuestro país un tema excesivamente preocupante, pero ello no significa que España pueda desinteresarse de esta dimensión del problema. El ritmo ascendente de la producción de materias primas es, en gran parte, una consecuencia de la división del mundo en países ricos y pobres y del consiguiente subdesarrollo de estos últimos, de suerte que la progresiva superación de tal estado de cosas debe ser considerado presupuesto indispensable de toda política de prevención que pretenda llegar hasta las últimas causas. Desde este punto de vista, hay que decir que los países occidentales que soportan el problema creado por la difusión de las sustancias estupefacientes —entre ellos el nuestro— no pueden dejar de estar muy presentes en todo programa de ayuda al Tercer Mundo y, muy particularmente, en los programas encaminados a la sustitución de cultivos en aquellos países en que la producción de la adormidera, la coca o el cáñamo amenazan con "narcotizar" sus desmedradas economías.

Por lo que se refiere al tráfico de drogas ilegales, la incidencia en su oferta, para procurar que la misma se contraiga, tiene que buscarse, de una parte, a través de una adecuada legislación punitiva y, de otra, mediante una estrecha colaboración entre las policías y las magistraturas de todos los Estados interesados.

La adecuación de la legislación penal a la gravedad de la situación, ésto es, a la profundidad de los daños que el consumo de determinadas drogas está causando en la salud física y moral de las personas y en el orden social y económico de las colectividades, no debe ser confundida con una respuesta indiscriminada e ilimitadamente represiva. En éste como en cualquier otro capítulo del Derecho Penal, deben ser principios inspiradores, entre otros, la proporcionalidad, la utilidad y el principio de mínima intervención. A un fenómeno como el que estamos consi-

derando debe oponerse ciertamente un sistema jurídico-penal de severidad suficientemente disuasoria, pero no una legislación determinada por el pánico u otro estímulo puramente emocional.

El A. 344 del Código Penal español, en su redacción actualmente vigente, parece estar necesitado de algunas reformas aunque, en líneas generales, debe estimarse correcto su tratamiento sancionador de las conductas constitutivas de tráfico de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Así, por ejemplo, merece una positiva valoración — pese a ser éste uno de los puntos en que frecuentemente se centran las críticas del precepto — que se penalice la producción, fabricación y tráfico de drogas pero no el consumo ni la posesión que al consumo estuviere destinada, que se prevean penas de distinta gravedad para los actos de producción y tráfico de drogas según la gravedad del daño que las mismas puedan producir en la salud y, asimismo, que se tipifiquen determinadas circunstancias susceptibles de provocar una específica y cualificada agravación de la responsabilidad penal de los traficantes: difundir la droga entre menores o en establecimientos docentes, unidades militares y centros penitenciarios, pertenecer a una organización dedicada al tráfico y poseer, con esta finalidad, una cantidad de droga que deba ser considerada de notoria importancia.

No tan favorable, por el contrario, es el juicio que cabe formular sobre la gravedad de las penas conminadas para los delitos descritos en el A. 344. La reforma del Código Penal realizada por la Ley Orgánica de 25 de junio de 1983 los incluyó en su proyecto global de humanización, de suerte que, pese a constituir en ese momento un sector de la criminalidad en fase de crecimiento, la amenaza penal que sobre ellos pesaba quedó significativamente suavizada. Aunque no sea legítimo sobrevalorar la influencia de la ley penal en la evolución de un fenómeno social tan complejo y multicausal como la delincuencia, es evidente que este aspecto de la reforma no puede ser calificada como oportuno. Hoy, como es sabido por públi-

camente anunciado, se encuentra en estudio un nuevo endurecimiento de las penas aplicables a productores y traficantes de drogas. La medida sería de todo punto aconsejable siempre que —como puede razonablemente esperarse— nuestros legisladores no cedan a ciertas presiones a cuyo tenor nuestro sistema jurídico-penal debería situarse, en este campo, al mismo nivel de dureza que los más duramente represivos.

Por último, hay que hacer referencia a la urgente necesidad de profundizar e intensificar la colaboración internacional en la lucha contra la oferta de drogas. La colaboración existe ya, sin duda, pero puede y debe perfeccionarse no sólo en la esfera policial sino también en la judicial. Y ello no sólo porque se trata de una criminalidad que afecta prácticamente a todos los países, sino porque, en sí misma, es una criminalidad internacional en que las distintas fases del "iter críminis" se desarrollan en distintas naciones y en que los delincuentes más activos y peligrosos se amparan en estructuras jurídicas y financieras transnacionales. En razón de esto último, ha de decirse que la colaboración entre las instituciones de los diversos Estados en la desarticulación de las redes de tráfico no puede limitarse —aún sin desconocer su primaria importancia— al intercambio de información sobre los movimientos de los traficantes sino que debe extenderse a los movimientos del dinero en que el tráfico se materializa. Frente a una cierta retórica de "guerra a la droga" —de origen e intencionalidad nada claros, por otra parte— que postula algo parecido a la "militarización" de esta lucha e incluso sugiere la larvada conexión del fenómeno con la tensión entre los bloques que protagonizan dialécticamente la vida internacional, hay que oponer la obvia observación de que el tráfico de drogas es una delincuencia que tiene su origen más claro en el afán de lucro de sus beneficiarios y que se realiza a través de los canales que ofrece la banca internacional, una delincuencia que hay que combatir en consecuencia, internacionalmente por supuesto, en sus bases e instrumentos económicos.

LA FORMACION DEL PSICOLOGO ANTE LAS DROGAS: UNA URGENCIA

AMANDO VEGA FUENTE

EL psicólogo está llamado a desempeñar un papel básico en la lucha contra el problema de las drogas. El consumo y el abuso de las diferentes drogas, legales unas, ilegales otras, constituyen una forma más del comportamiento humano, por esta razón, este problema que, como señala Olievenstein "quizás sólo esté en su prehistoria", constituye un reto para todos los profesionales con su campo de acción en las personas.

La demanda de la población, por otra parte, va en esta misma línea, pues entiende que estos profesionales atienden a las personas como personas, no a un simple cuerpo, o un ente abstracto. Así puede verse en el estudio sobre la población española ante las drogas realizado por EDIS (1981) que psiquiatras y psicólogos ocupan el primer lugar entre los profesionales a los que se acudiría en caso de tener problema de drogas, tal como refleja el cuadro nº 1.

Se entiende aquí que al estudiar el consumo de drogas como un comportamiento humano, sirvan todos los conocimientos acumulados por las ciencias humanas. Todo lo que sabemos sobre la vida y el aprendizaje nos será útil, pues, para nuestra tarea profesional ante este problema.

Sin embargo, esto no quiere decir que el psicólogo o el educador en general tengan ya la respuesta adecuada sin una formación previa sobre el tema, ya que estamos ante un problema que se caracteriza sobre todo por su complejidad (Vega, 1983). Frente al dramatismo de unos y a la simplificación de otros, el profesional intenta conocer con la mayor exactitud posible cada problema de drogas, pues, como indica la UNESCO (1981) "no hay dos consumidores de drogas que sean exactamente iguales". Urge, por esto, una formación específica an-

te esta problemática actual, que complemente los conocimientos recibidos en nuestros estudios, ajenos hasta ahora al fenómeno de las drogas.

En mi trabajo me referiré a la formación que todo psicólogo ha de tener sobre el tema, conscientes de que vivimos en una cultura de drogas donde estas sustancias cumplen una función tanto en la persona como en la sociedad en general, al mismo tiempo que se valora su posible utilización como remedio terapéutico a parte de crear no pocos problemas de conducta (Vega, 1985). En esta línea intentaré aportar una serie de datos que nos muestren la situación en este campo así como posibles respuestas a dar.

CUADRO 1

PROFESIONALES A QUE SE ACUDIRIA EN CASO DE TENER UN PROBLEMA DE DROGAS

Profesional o entidad	% respecto al total	N.º de orden
Médicos generales	25,0	2.º
Psiquiatras y psicólogos	27,1	1.º
Asociaciones de ex-drogadictos	21,1	3.º
Familia o amigos	15,8	4.º
Maestros o educadores	0,7	7.º
Sacerdotes	2,6	5.º
Entidades benéficas (Cáritas y otras) ..	0,6	8.º
Policía	2,3	6.º
No responden	4,8	—
TOTAL	100,0	

**"No hay dos consumidores de
drogas que sean
exactamente iguales"**

Profesor de la Universidad del País Vasco,
San Sebastián.

I. LA FORMACION DEL PSICOLOGO EN LA ACTUALIDAD

No me consta que existan estudios que muestren el nivel de formación de los psicólogos y educadores en general más allá de poblaciones muy concretas. Por esta razón y sin pretensión de ser exhaustivo, me referiré a dos trabajos que reflejan una situación, todavía sin resolver.

El estudio de Rodríguez Martos (1977) sobre el nivel de información en materia de alcoholismo, en diversas poblaciones muestrales y que incluye estudiantes de psicología, llega a la siguiente conclusión:

"La categoría de los errores hallados (fundamentalmente en materia de conceptos) nos hace quedarnos descontentos acerca de la

información que detectamos en nuestros ambientes, cuyo deformado origen proviene además en la inmensa mayoría, de una prensa a su vez mal informada."

En la casa concreto de los psicólogos, esta información procede de la prensa en un 80,3%. Hay que destacar como positivo que el 91,6% de los encuestados desea completarla.

En mi estudio (Vega, 1983) realizado en 1980 sobre los conocimientos, actitudes y hábitos de los profesores de EGB de Barcelona ante las drogas, aparece una situación parecida. Junto a una desinformación en conceptos elementales sobre las drogas, tanto legales como ilegales, los maestros de Barcelona muestran actitudes contradictorias a la hora de plantearse el hecho educativo así como formas de actuación no acordes con la prevención y el tratamiento de este problema. También aquí destaca el deseo expresado por la práctica totalidad de la muestra de formarse ante este problema actual de drogas, tal como puede verse en el cuadro número 2.

CUADRO 2

Necesidad de formación

De acuerdo	94,6%
Desacuerdo	2,2%
No contestan	2,3%
No pueden decirlo ...	0,9%
	100,0%

Esta situación no resulta extraña si se tiene en cuenta que previamente no se ha recibido información alguna en los centros de formación y que los medios de comunicación social están cargados de contradicciones y mitos, movidos más por intereses sensacionalistas que por un auténtico deseo de formar al público. A este respecto, Ferrer (1981) resume la realidad de la educación sobre las drogas en la Universidad y Escuelas Especiales para profesionales en los puntos siguientes:

1. En cuanto a las horas lectivas sobre drogodependencias enmarcadas en materias más generales de diferentes carre-

ras universitarias, el número resulta "ampliamente insuficiente y muy por debajo de la profundización que merecería si se considera la importancia social del problema".

2. No existen asignaturas íntegramente dedicadas al tema de las drogas integradas en planes de estudio de las especialidades. Tan sólo hubo un intento de asignatura optativa de una hora y media semanal en la Facultad de Psicología de Barcelona, que fue interrumpido.
3. Ante esta situación "diversos profesionales interesados han venido organizando a lo largo de toda la geografía española una serie de cursos, cursillos, seminarios, cursos de doctorado, etcétera".

Aunque han pasado los años y puede parecer que existe un mayor interés por el tema, no creo que la situación haya cambiado mucho si observamos la realidad presente. Es posible que se organicen más actividades con unos profesionales más preparados y una mejor organización, pero siguen apareciendo como actividades marginales al tronco de la formación general que se imparte en nuestras Facultades y Escuelas Especiales. Al mismo tiempo, se puede señalar la existencia de inflación y saturación de información sobre drogas en "medios especializados" que se suma a la que ya existe en los medios de comunicación social. "La droga" está de moda y siempre queda bien "hacer algo" sobre el tema, pues con facilidad se consigue la asistencia de un público interesado. Con esto no quiero decir que estas actividades no sean válidas, pero sí conviene resaltar que no son suficientes e incluso me atrevería a decir que son negativas cuando no existe una continuidad y compromiso con la realidad donde se realizan.

En el estudio antes citado sobre los maestros de Barcelona (Vega, 1983) llama la atención que los maestros que habían asistido a cursos, cursillos, seminarios, etc. mostraban un nivel de información más adecuado, pero sus actitudes personales así como sus formas de actuación ante las drogas no mostraban diferencias significativas con las actitudes y con-

ducta de los maestros no "formados". Esta constatación nos invita a revisar, creo yo nuestros planteamientos actuales, pues nuestra sociedad necesita profesionales que actúen ante los problemas que se presenten. Importa "saber", pero lo que más importa es "saber ser" y "saber hacer".

En síntesis, tal como señala el Plan Nacional sobre Drogas (1985), "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".

Esta deficiencia no podrá evitarse con la oferta de formación para los profesionales que tengan interés por el tema. La formación sobre las drogas, en sus niveles básicos, ha de extenderse a todos los profesionales vinculados a los problemas de las drogas, para lo que habrá que poner en marcha los mecanismos adecuados.

II. OBJETIVOS DE LA FORMACION DEL PSICOLOGO

El Plan Nacional sobre drogas constituye una expresión del compromiso de respuesta que tiene toda la sociedad española, lo que quiere decir, de todos y de cada uno de nosotros, en especial los profesionales de la formación básica, nuestra formación, viene a ser un requisito previo imprescindible para no constituir castillos en el aire, sin por esto dejar de lado la formación especializada para las personas que lo necesiten. Por supuesto, para cada profesional esta formación general tendrá un enfoque y unas características específicas adecuadas con el trabajo a realizar.

Por lo que a los psicólogos se refiere, pueden ser válidos los objetivos propuestos a continuación:

1. Conocer y dominar los conceptos teóricos relativos al problema de las drogas, de forma que sea posible su comprensión teniendo en cuenta tanto los aspectos personales como sociales (económico, políticos, culturales, etc.).
2. Tener capacidad para detectar y diagnosticar el consumo y el

abuso de las diferentes drogas con todas sus implicaciones personales y sociales.

3. Disponer de unos conocimientos mínimos sobre las diferentes técnicas de tratamiento, tanto a nivel teórico como a nivel práctico.
4. Conocer el sentido y el alcance de la prevención así como las medidas a tomar, preferentemente desde un enfoque psicosocial.
5. Tener una comprensión elemental de la investigación aplicada y de la metodología científica para, con sentido crítico poder valorar la información que vaya recibiendo.
6. Saber utilizar los recursos existentes, humanos y materiales, disponibles en la lucha contra las drogas en todos sus niveles (prevención primaria, secundaria y terciaria).

El marco más adecuado para conseguir estos objetivos de formación es el de las instituciones encargadas de la formación general, con unos contenidos integrados en los planes de estudios y con la posibilidad de una profundización mayor a través de seminarios, jornadas o como se viera más oportuno. Resulta esperanzador en este momento poder encontrar este aspecto recogido dentro del Plan Nacional sobre drogas:

"Procede asegurar la correcta formación en drogodependencias de los estudiantes universitarios de profesiones relacionadas con este tema (especialmente sanitarios, sociólogos, psicólogos, educadores, trabajadores y profesionales del derecho). A esta formación se le debe conceder tanta o más importancia que al reciclaje de los ya titulados, que forzosamente ha de ser minoritario." (Página 33, Plan Nacional sobre Drogas.)

En esta formación básica, hay que valorar el que se imparta en un marco normalizado, sin dar al problema de las drogas un relieve especial que lo aleje de verse como un problema más entre los muchos que la vida plantea. En este sentido, su integración en los programas de las diferentes asignaturas puede facilitar este enfoque. No se puede caer en el mismo

error que los drogodependientes que todo lo ven desde las drogas, lo que puede desenfocar en gran manera el problema. Nuestro punto de mira ha de ser la persona como centro, mientras las sustancias llamadas drogas pueden considerarse como circunstancias.

Por lo que se refiere, a la formación de los profesionales ya en ejercicio, habrá que pensar en la planificación de unos programas de formación adecuados a través de las universidades, instituciones especiales de formación, etc., sin necesidad de recurrir a centros específicos de formación sobre drogas.

El Colegio de Psicólogos puede tener aquí un rol muy importante. Por una parte, consciente de las necesidades de la sociedad actual así como de las deficiencias de la formación universitaria, puede sugerir, apoyar e incluso urgir que todo estudiante universitario de Psicología reciba una formación básica dentro de su plan de estudios. Resulta demasiado fácil lanzar quejas sobre la distancia de la universidad frente a los problemas de la calle y no hacer nada por solucionarlo. La responsabilidad, está, por supuesto, en los profesionales que ejercen en el medio universitario, pero también en los profesionales que trabajan fuera,

"El Plan Nacional sobre Drogas afirma que procede formar en drogodependencias a los estudiantes universitarios"

tras haber recibido formación en sus aulas. La colaboración será beneficiosa para ambas partes.

Por otra parte, está todo el colectivo de profesionales ya en ejercicio, abandonados a su suerte por lo que a su formación se refiere en el tema de las drogas. Hasta hoy no se puede decir que hayan recibido muchas ofertas de formación, a pesar de la demanda existente. También aquí el Colegio de Psicólogos puede sugerir, orientar, apoyar y promover todo tipos de actividades que redunden en beneficio de la formación permanente de todo psicólogo, en línea con las acciones propuestas por el Plan Nacional cuando dice "fomento de la formación continuada de los profesionales vinculados a los problemas relacionados con la drogodependencia".

Tenemos, pues, una tarea urgente que realizar ante un problema que nos afecta a todos como personas y como profesionales: la formación del psicólogo. Porque, si el problema de las drogas constituye hoy un reto para nuestra sociedad, este reto se convierte en una obligación de ofrecer respuestas en el caso de los profesionales relacionados con el problema y, de forma especial, para los psicólogos.

Bibliografía

- Edís (1981): *La población española antes de las drogas*. Cáritas, Madrid.
- Ferrer, X.: (1981) "La educación sobre las drogas en la Universidad y escuelas especiales para los profesionales implicados", *Drogalcohol*, Vol. VI, n.º 2, 1981. Págs. 117-126.
- Olievenstein, C.: (1977) *La toxicomanía*. Fundamentos, Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1985): *Plan Nacional sobre Drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Rodríguez-Martos, A. (1977): "Nivel de información que, en materia de alcoholismo poseen diversas poblaciones muestrales", *Drogalcohol*. Octubre, Págs. 51-62.
- Quintanilla, I. (1977): "En torno a las toxicomanías", *Drogalcohol*. Octubre, Págs. 40-41.
- UNESCO (1981): *Reunión de expertos sobre coordinación de la Educación Escolar y la Extraescolar relativas a los problemas relacionados con el uso de drogas*. UNESCO, París.
- Vega, A. (1983): *La droga a l'escola*. CEAC, Barcelona.
- Vega, A. (1983): *Los educadores ante las drogas*. Santillana, Madrid.
- Vega, A. (1985): "Las drogas y la Educación Especial", *Escuela Española*, 5 de septiembre. Páginas 9-11.
- Vega, A. (1985): *La formación del maestro: teoría y práctica*. Escuela Española, Madrid.

UN PROGRAMA COMUNITARIO-CONDUCTUAL DE TRATAMIENTO DEL HEROINOMANO

JOSE LUIS GRAÑA
ANGEL GARCIA
JESUS ORTIZ
MERCEDES PEREIRA
REMEDIOS COMAS Y
JULIAN ALVAREZ

SE están intentando diferentes vías de tratamiento de la adicción a la heroína. Así, se han desarrollado vías como la de las comunidades terapéuticas, el uso de metadona y de antagonistas farmacológicos como la naltrexona (Goodman y Gilman, 1982) y la aplicación de distintas técnicas basadas en el condicionamiento clásico y operante (Callner y Ross, 1980).

Recientemente se han ido complementando las distintas alternativas basadas en los principios de condicionamiento clásico y operante, aprendizaje social e intervención comunitaria (Hodgson y Miller, 1984).

Al centrar el marco de intervención en dos distritos municipales de Madrid, como Vallecas y Mediodía, con una población cercana al medio millón de habitantes, hemos adoptado una perspectiva comunitario-conductual que interviene en los siguientes procesos: evaluación psico-social, desintoxicación física domiciliaria, intervención psicológica, terapia de grupo y familiar, intervención comunitaria y reinserción social.

I. COMPONENTES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Presentamos un análisis de los distintos procesos que integran el programa:

Evaluación Psico-Social

Durante los días previos a la desintoxicación física, se pasan al toxicómano una serie de cuestionarios que recogen aspectos demográficos, sociales, laborales, educativos y psicológicos. Se analiza su historial de toxicomanía y el

grado de adicción a drogas legales e ilegales.

Se evalúa el grado de colaboración y de implicación real de la familia en la terapia. Se informa al toxicómano de la ausencia de metadona en éste y de la necesidad de reducir la dosis diaria antes de iniciarse la desintoxicación física, para que ésta sea suave y de corta duración.

Se explica al joven y a la familia el paso del síndrome de abstinencia, recibiendo modelling de toxicómanos que están en tratamiento avanzado.

Paso del Síndrome de Abstinencia

Se explica al toxicómano y a la familia la secuencia a seguir en los días de "paso del mono". Reciben, también, información escrita sobre como pasar las veinticuatro horas diarias, con una programación detallada de actividades.

Se usan técnicas de manejo conductual y de coping para el dolor de riñones y el problema del insomnio presente durante los días de "paso del mono".

Después del tercer día, el joven regresa al Centro de Tratamiento, donde se realiza un análisis toxicológico para constatar la abstinencia en el consumo de opiáceos durante esta fase.

Intervención Psicológica: deshabitación psicológica, programación de actividades, facilitación de recursos

Psicólogos Clínicos-Comunitarios del S.A.D. (Servicio Atención Drogodependencias). Dirección General de Acción Social y Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

personales y cambio de estilo de vida

Wikler (1980) ha manifestado que el proceso fundamental a tratar, a nivel psicológico, con un heroinómano, es la extinción del deseo o querencia de la heroína (craving) que se presenta inmediatamente después de la desintoxicación física. La deshabitación psicológica o extinción presenta dos aspectos muy diferentes: uno es el del recuerdo de la heroína que aparece persistentemente al principio de la intervención y que es de índole cognitivo, mediante la asignación de tareas conductuales domiciliarias como regar las plantas, poner la mesa y con auto-instrucciones verbales se logra extinguir el proceso cognitivo en un plazo de dos semanas. El otro aspecto es más complejo y requiere medidas de prevención de respuesta como el salir acompañado de un familiar, amigo no toxicómano durante el primer mes, poniendo especial énfasis en el control del dinero. Se le entrena en técnicas de control de estímulos a nivel de cambio de hábitos urbanos dentro del barrio, para no frecuentar lugares de tráfico de heroína.

Otra línea de intervención psicológica lo constituye la realización de un programa de actividades diarias que se supervisan continuamente y que se contrasta con sus familiares (estas actividades son tareas a cumplir en casa y con la familia).

La facilitación de recursos personales a nivel de ocio, cultura, deportes, etc., se desarrolla en la intervención comunitaria.

El objetivo de la programación de actividades y la facilitación de recursos personales es introducir un cambio radical en el estilo de vida del toxicómano abstinentes, pues en la primera base es básico llenarle las 24 horas del día y que no encuentre vacíos temporales. El cambio conductual en el toxicómano abstinentes es anterior en el tiempo al cambio en el proceso cognitivo de odiar a la heroína y al mundo que la rodea.

Durante la intervención psicológica se realizan análisis toxicológicos periódicos, con el fin de analizar el nivel de abstinencia logrado en cada caso.

Terapia familiar y de Grupo

Estos procesos son simultáneos en el tiempo a la intervención psicológica.

La condición de toxicomanía ha introducido una readaptación de la convivencia familiar o de la pareja, pero en general el ajuste familiar es satisfactorio, en contra de lo que proclaman los medios de comunicación. La familia recibe un entrenamiento conductual mediante el uso de role-playing, feedback verbal y modelling para aprender a afrontar los chantajes y a comunicarse más adecuadamente. Hay un segundo entrenamiento de familias, en forma de *escuela de padres* dirigida a regularizar "normas fijas de convivencia" para no ceder a la "seduc-

ción" que ejerce el joven toxicómano, y a fomentar un grupo de autoayuda entre padres para situaciones de alto riesgo.

Se entrena a los padres en ser paraprofesionales conductuales con sus propios hijos: analizan, miden y tratan conductas problemáticas que impiden el cambio de vida necesario para mantener la abstinencia.

La formación de grupos se realiza dos semanas después de ser abstinentes el toxicómano y después de un mes de reunirse se consolida un grupo de 5 heroínómanos abstinentes, que tienen una reunión semanal con dos terapeutas y un ex-toxicómano con 5 años de abstinencia. El objetivo del trabajo en grupo va encamina-

do a la creación de una dinámica conductual de ayuda mutua (grupo de autoayuda). Cada miembro del grupo expone los problemas que va encontrando en su vida diaria de abstinente, y el grupo aporta ideas de cómo solucionarlos, o aportar su propia experiencia en la solución de estos problemas.

En grupo se examina la autoeficacia conductual lograda a nivel personal, familiar y de grupo. Se estudian y analizan las recaídas ocasionales en base a la experiencia personal y examinándolas en un contexto de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985).

Intervención Comunitaria y Reinserción Social

En una primera fase se evaluaron física y personalmente los re-

La Educación Especial exige una Información Especial.

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DE EDUCACIÓN ESPECIAL



El instrumento de estudio y consulta más eficaz y actual. Una obra realizada por 261 especialistas de reconocido prestigio nacional e internacional.

De particular interés para profesionales, padres, organismos y asociaciones de Educación Especial.

Ficha técnica:

- 4 tomos.
- Encuadernación en simil-piel con cubierta plastificada.
- Formato: 18,5 x 26 cm.
- 2.160 páginas.
- 3.808 entradas.
- Más de 600 ilustraciones entre fotos, dibujos, esquemas, tablas y cuadros sinópticos.

El Diccionario Enciclopédico de Educación Especial consta de 4 Tomos con cerca de 4.000 entradas, que permiten profundizar hasta el nivel adecuado a cada necesidad:

- Como Diccionario, desde la definición conceptual de un término, hasta su traducción inglesa y francesa, su etimología, diferentes acepciones y sinónimos y opuestos.
- Como Enciclopedia, desde la exposición

completa, organizada y documentada de un tema, con esquemas, fotografías, diagramas y cuadros, hasta las referencias bibliográficas actualizadas, para ampliar información.

- Incluye, además, tres anexos de gran interés práctico:
 - "Materiales Educativos adaptados a la Educación Especial y Ayudas Técnicas."
 - "Relación de tests psicológicos."
 - "Relación de Asociaciones."

Nuevos planteamientos exigen nuevas formas de actuar: el Diccionario ayuda a dar respuestas fundamentales a las actuales demandas planteadas por el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial.

DIAGONAL/SANTILLANA

López de Hoyos, 141. Tels. 413 30 95. 28002 Madrid

Recorte y envíe este cupón a: **DIAGONAL S.A.**
Aviso: 808 ED 28002 MADRID. Y recibirán una información más amplia sobre el Diccionario Enciclopédico de Educación Especial.

Nombre: _____
Domicilio: _____
C.P.: _____
Teléfono: _____

cursos comunitarios y sociales de los dos distritos municipales a nivel de Juntas Municipales, Cáritas, Asesorías Jurídicas, INEM, Centros Culturales, Instalaciones Deportivas, AA.VV., Parroquias, Colegios... etc. Durante cuatro meses tres psicólogos comunitarios evaluaron 155 recursos de este tipo con un sistema de fichas estandarizado. El fin es potenciar el uso de estos recursos, en general gratuitos, con ello se logra que el joven toxicómano recupere su "hábitat urbano" en cuanto a aspectos como ocio, cultura, etc.

A nivel personal se hace un seguimiento de los asuntos personales como tener en regla los papeles del INEM, presentación en juzgados, visitas al asesor jurídico de su Junta Municipal, solicitud de becas para guarderías, etc.

A nivel laboral se les entrena en manejo de situaciones y técnicas de búsqueda de empleo, indicios a tener en cuenta para encontrar trabajo.

A nivel de sensibilización social, los toxicómanos abstinentes acuden a reuniones de psicólogos comunitarios con AA.VV., con lo que se logra una mayor autoeficacia conductual sobre su recuperación en el propio marco urbano. Con ello se corrige, también, el mito de que es imposible superar la dependencia de la heroína en la ciudad, y que el heroinómano es un ser marginal que no puede recuperarse.

A nivel de grupo de autoayuda de jóvenes y familiares, se negociaron, por ejemplo, a nivel práctico, quioscos en las fiestas municipales. Estos quioscos fueron organizados, planificados, montados y mantenidos por los toxicómanos en reinserción social con sus familiares y personal del centro. Esta experiencia supone introducir hábitos de organización compleja y de una responsabilidad activa en varios frentes, tanto a nivel de grupo como a nivel individual.

II. COMPONENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN

Generalmente, la conducta adictiva sigue un proceso gradual mediante un fenómeno de escala-

da y distintos agentes sociales están en contacto con el joven durante este proceso. Este es el momento oportuno para desarrollar la acción preventiva, de ahí, que el programa preventivo se haya dirigido a padres, maestros y paraprofesionales.

Escuela de Padres

El objetivo del programa consiste en proporcionar a familiares con toxicómanos o en riesgo de serlo, un programa educativo encaminado a adquirir conocimientos prácticos de cómo ayudar a sus hijos a dejar la droga o a prevenir el consumo de sustancias ilegales.

El contenido consta de 8 sesiones de hora y media de duración. El programa tiene una vertiente audiovisual mediante la proyección de un video que recoge el fenómeno de escalada de sustancias legales hasta las ilegales y el papel de la familia en la drogodependencia. Igualmente, tiene en la fase de contenidos prácticos el facilitar recursos a la familia para analizar y modificar la conducta del hijo, establecer normas fijas de convivencia y de interacción social, el papel del consumo temprano del alcohol y el tabaco en los jóvenes y el uso de fármacos en la familia.

Prevención en Colegios

Este programa está dirigido a entrenar a maestros. Los objetivos son la detección de los niños problemáticos y de alto riesgo, el peligro de los inhalantes en la edad escolar, las sustancias tóxicas legales e ilegales y sus efectos sobre la conducta y el organismo.

Formación de Paraprofesionales

Uno de los objetivos de la intervención comunitaria es la creación de agentes de salud primarios que surgen desde el propio barrio. Con tal finalidad se ha montado un programa de AA.VV., parroquias y voluntariado social, con la meta de formar paraprofesionales en toxicomanías. Se realiza un entrenamiento práctico de cómo captar padres con hijos toxicómanos, asesoramiento práctico en sus iniciativas con respecto a la droga, formación de grupos de autoayuda, etc.

Un programa comunitario-conductual debe tener un enfoque de amplio espectro que combine la intervención conductual, los principios del aprendizaje social y con un marco comunitario.

A nivel de intervención combina de un modo flexible la evaluación psicosocial, desintoxicación física domiciliaria, una amplia intervención psicológica, terapia de grupo y familiar, intervención comunitaria y reinserción social.

A nivel de prevención opera con distintos agentes sociales mediante una escuela de padres, prevención en colegios y formación de paraprofesionales.

Bibliografía

- Callner, D.A. y Ross, S.M. (1980). Behavioral treatment to drug abuse. En J.M. Ferguson y C. Bair Taylor. The Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine. Vol. 3, pp. 237-256. Lancaster. England. MTP Press.
- Goodman, A.G., Goodman, L.S. y Gilman, A. (1982). Las bases farmacológicas de la terapéutica. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Hogdson, R. y Miller, P. (1984). La mente drogada. Madrid. Editorial Debate.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention. New York. The Guilford Press.
- Wikler, A. (1980). Opioid dependence: Mechanisms and Treatment. New York. Plenum Press.

TOLERANCIA CONDICIONADA Y DROGODEPENDENCIA

FRANCISCO JAVIER BANDRES
JOSE JAVIER CAMPOS Y
MARIA LUISA VELASCO

La tolerancia a las drogas es un proceso a través del cual una determinada dosis de droga va produciendo un efecto progresivamente menor a medida que se va repitiendo su administración o, lo que es lo mismo, un proceso que obliga a ir aumentando progresivamente la dosis según se repiten las administraciones para producir el efecto original.

Tradicionalmente el fenómeno ha sido atribuido exclusivamente a una adaptación puramente fisiológica del organismo a la droga y, por tanto, la cantidad de droga administrada ha sido considerada como la única variable capaz de controlar la magnitud y el curso del desarrollo de la tolerancia.

Sin embargo, en los últimos 10 años se ha acumulado un cuerpo de investigaciones que obligan a reconocer la contribución de los procesos de aprendizaje asociativo al desarrollo de la tolerancia a las drogas.

I. EL MODELO PAVLOVIANO

La idea de que la administración de una droga constituye un ensayo de condicionamiento clásico está ya en la obra del mismo Pavlov. En efecto, en su obra *Conditioned Reflexes* (1927) (pág. 35 y ss.) Pavlov relata unos experimentos del Dr. Podkopaev que consistían en inyectar subcutáneamente a unos perros una pequeña dosis de apomorfina y, tras uno o dos minutos, hacer sonar un sonido de un tono determinado. La droga comenzaba a surtir sus efectos mientras el sonido seguía presente: agitación, salivación y vómitos. Tras unos cuantos ensayos se encontró que la aparición del sonido por sí sólo era suficiente para producir los síntomas de la intoxicación aunque con menor magnitud.

**"En los últimos diez años
se han acumulado
investigaciones que obligan a
reconocer la contribución
del aprendizaje asociativo
a la tolerancia a las drogas"**

Laboratorio de Psicología Animal. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Relata asimismo Pavlov las investigaciones del Dr. Krylov del Laboratorio Bacteriológico de Tashkent que observó que cuando se había administrado en 5 ó 6 ocasiones una inyección de morfina a unos perros, los preliminares de la inyección eran suficientes para producir en los animales los síntomas de la intoxicación: náuseas, vómitos, salivación y sueño. Pavlov afirma que los síntomas son fruto en estos experimentos de la acción de los estímulos externos que han precedido a la inyección de morfina. Añade Pavlov que, en ocasiones, no era suficiente la mera visión del experimentador para provocar los síntomas y en esos casos se hacía necesario abrir la caja con la jeringuilla, desinfectar la piel con alcohol o, incluso, inyectar algún líquido inocuo. Esta última técnica constituye lo que se ha dado en llamar la técnica del placebo.

La inmensa mayoría de la investigación en condicionamiento pavloviano ha estado marcada por la suposición de Pavlov de que la respuesta condicionada eliciteda debe ser una especie de réplica de la respuesta incondicionada. Ha habido, sin embargo, numerosos estudios que demuestran que las respuestas condicionadas farmacológicas pueden no mimetizar siempre a las respuestas incondicionadas sino más bien tener un carácter "compensatorio". Por ejemplo Siegel (1975 a) ha mostrado que la respuesta condicionada que se desarrolla tras una serie de inyecciones de insulina —que produce hipoglucemia— tiene un carácter hiperglucémico. Parecido resultado se ha obtenido con sustancias tan distintas como la nora-drenalina, glucosa, atropina, clorpromacina, anfetaminas, histamina, cloruro de litio, nalorfina, haloperidol, morfina, alcohol y cafeína.

Sobre la base del concepto de respuesta condicionada compensatoria Siegel (1975 b) ha propuesto un modelo pavloviano para explicar el desarrollo de la tolerancia a las drogas, según el cual cuando una droga se administra en el contexto de las claves pre-droga habituales su efecto se ve atenuado por las respuestas condicionadas compensatorias que aparecen antes de que la droga surta su efecto. Cuanto mayor el

número de los emparejamientos entre las claves contextuales y la respuesta incondicionada provocada por la droga, mayor la magnitud de la respuesta condicionada compensatoria y mayor, por tanto, la atenuación del efecto del fármaco. Esta atenuación progresiva del efecto de una droga por efecto de sus repetidas administraciones define el fenómeno de la tolerancia.

De acuerdo con este modelo las claves situacionales en las que se experimenta el efecto de la drogas juega un papel crucial en la manifestación del fenómeno de la tolerancia, porque se convierten en estímulos condicionados que permiten al organismo preadaptarse y contrarrestar los efectos de la intoxicación, tanto los deseados como los no deseados.

II. PRUEBAS DEL MODELO

En los estudios experimentales con sujetos animales el diseño habitualmente utilizado ha sido el llamado "control discriminatorio de la tolerancia" (Siegel, 1979), que consiste en que dos grupos de sujetos reciben un mismo número de administraciones alternas de droga y placebo en la fase de desarrollo de tolerancia. Los dos grupos difieren en cuanto al ambiente que se empareja con cada una de las dos sustancias. Uno de los grupos recibe sistemáticamente la droga en un contexto determinado (p. ej. un ambiente distintivo) y el placebo en otro (p. ej. su alojamiento habitual), mientras que el otro grupo tiene un emparejamiento droga-contexto inverso. En la sesión de prueba se evalúa la tolerancia desarrollada presentando a un grupo la droga en el contexto de las claves pre-droga habituales, mientras que el otro grupo experimenta por primera vez los efectos de la droga en presencia de las claves que en la anterior fase estaban emparejadas con el placebo. De este modo se evalúa la influencia de "esperar" o "no esperar" la droga sobre el grado de tolerancia que se demuestre. Es evidente que con este tipo de diseño los sujetos de los dos grupos al llegar a la sesión de prueba han recibido la misma cantidad de droga, de placebo y de

exposición a los dos contextos, y se distinguen sólo en la relación que han establecido entre cada uno de los contextos ambientales y la droga.

Utilizando este tipo de diseño diversos autores han mostrado que en la sesión de prueba los animales que "esperan" el fármaco muestran una resistencia a sus efectos mayor que la de los animales que "esperan" en ese contexto la administración del placebo y reciben inesperadamente la droga. Entre estudios podemos citar los realizados con morfina (Siegel, 1975 b; Tiffany y Baker, 1981), anfetaminas (Poulos et al., 1981 a) y alcohol (Le et al., 1979; Bandrés y Campos, 1984).

Una importante predicción del modelo pavloviano es que la tolerancia puede sufrir un proceso de extinción como cualquier otro tipo de consecuencia de una respuesta condicionada. El diseño normalmente utilizado para comprobar esta posibilidad es el siguiente: se administra a dos grupos de sujetos una serie de dosis de droga suficiente para que se desarrolle tolerancia; tras esta primera fase se divide a los animales en dos grupos. Uno de ellos sin ser manipulado para nada durante esta segunda fase, mientras que al otro se le administra una serie de dosis de placebo utilizando el mismo procedimiento y rituales empleados en la primera fase, lo que constituye un tratamiento de extinción ya que las claves pre-droga dejan de ir acompañadas por la estimulación farmacológica; tras esta segunda fase llega la sesión de prueba en la que se administra a los dos grupos una dosis de droga para evaluar los efectos que sobre la retención de la tolerancia haya tenido en un grupo el simple paso del tiempo y en el otro la presentación repetida de las claves de administración sin ir seguidas del fármaco (procedimiento de extinción). Utilizando este procedimiento Masfield y Cunningham (1980) demostraron en un experimento con alcohol que el grupo de extinción muestra en la sesión de prueba una tolerancia menor a los efectos hipotérmicos del alcohol que el grupo de control. Es importante poner de relieve que ambos grupos tuvieron la misma experiencia con el alcohol y sólo se distinguen por la extinción de la asociación entre las claves pre-

droga habituales y el alcohol que se desarrolla en uno de ellos.

III. DEPENDENCIA Y CONDICIONAMIENTO PAVLOVIANO

Las respuestas condicionadas que parecen mediar en parte el desarrollo de la tolerancia a las drogas pueden ser también parcialmente responsables de la aparición de los síntomas de retiro y abstinencia. De hecho, la tolerancia y la dependencia, aunque no van siempre ineludiblemente asociadas, suelen ser consideradas como las dos caras de un mismo proceso.

Según el modelo pavloviano la utilidad de las respuestas condicionadas compensatorias estriba en que son reacciones de carácter opuesto al de las producidas por la droga y le permiten al organismo prepararse para resistir más eficazmente la alteración homeostática que se le avecina. Pero en numerosas ocasiones pueden estar presentes las claves pre-droga sin que llegue a producirse la administración del fármaco. En estas circunstancias el sujeto experimentará alteraciones fisiológicas opuestas a las producidas por la droga en cuestión. Creemos que estas alteraciones pueden identificarse con los llamados síntomas de abstinencia. La idea viene reforzada por la observación común de que los síntomas de abstinencia suelen ser opuestos a los efectos de la droga. Por tanto, el sujeto puede experimentar estos síntomas cuando se encuentre en un ambiente habitualmente asociado con el consumo de droga, cuando se acerque la hora de que se administra habitualmente, etc.

Como señalan Poulos et al. (1981 b) sería más correcto desde este punto de vista hablar de "síntomas de preparación" que de síntomas de retiro.

El valor reforzante de la droga puede verse aumentado a su vez por la aparición de estos síntomas de preparación. En efecto, si la droga se consume con el objeto de experimentar un cambio de estado efectivo que le proporcione al sujeto una experiencia agradable —relajación, euforia, etcétera—, la aparición de los síntomas de

preparación que consistirían en estados afectivos negativos no haría sino aumentar el valor reforzante de la droga. Este modelo hace, por tanto, la importante predicción de que los llamados síntomas de retiro son estados afectivos negativos que son contingentes a la presencia de claves ambientales u orgánicas habitualmente asociadas con el efecto de la droga.

Una de las claves que con mayor efectividad puede desencadenar los síntomas de preparación es el estado emocional del sujeto, y así no es extraño que el stress haya sido frecuentemente relacionado con el aumento en la probabilidad del consumo de alcohol. Desde el punto de vista del modelo pavloviano el stress funcionaría como una clave elicitadora de respuestas compensatorias por su repetido emparejamiento con el consumo de droga.

IV. ANALISIS PAVLOVIANO DEL TRATAMIENTO Y LA RECAIDA

Uno de los problemas básicos con los que se enfrenta el tratamiento de sujetos toxicómanos es la alta probabilidad de recaída de sujetos que aparentemente han superado la fase de desintoxicación y no presentan ya síntomas de abstinencia ni deseo compulsivo de consumir la droga. Con gran frecuencia estos sujetos vuelven a sus medios habituales, experimentan de nuevo el deseo compulsivo de la droga y recaen.

Uno de los factores que pueden contribuir a este alto índice de fracasos es el hecho de que en los tratamientos habituales se elimina todo contacto con la droga, pero también desaparecen radicalmente las claves contextuales que la preceden, pudiendo por tanto conservar su capacidad para provocar respuestas de preparación y los correspondientes estados afectivos negativos que aumentan el valor de incentivo de la droga.

Ante esta situación caben dos alternativas: procurar que se produzcan cambios sustanciales en el ambiente del sujeto tras la desintoxicación —lo cual entraña acciones que en la mayoría de los casos están vedadas para el tera-

peuta— o procurar debilitar la capacidad de evocación de las respuestas de preparación por parte de las claves ambientales.

La primera estrategia, como hemos dicho, es sumamente problemática pero hay datos epidemiológicos que avalan su eficacia. Robins et al. (1975) (cit. en Paulos

et al., 1981) han subrayado el bajo índice de recaída de los militares norteamericanos que habían adquirido la dependencia de la heroína en Vietnam en comparación con un grupo equivalente de civiles norteamericanos. Es evidente que muchas de las claves que se asociaron con el consumo de heroína en la guerra de Vietnam desaparecieron cuando los sujetos fueron repatriados y sometidos a desintoxicación.

La segunda línea de actuación consistiría en completar el proceso de desintoxicación con un proceso de extinción de las claves ambientales pre-droga para prevenir la recaída tras la vuelta del sujeto a su ambiente habitual. Es obvio que este tratamiento de extinción distará mucho de ser tan simple como el descrito en el caso de los animales de laboratorio y exigirá un cuidadoso análisis de la historia de la conducta adictiva de cada sujeto en particular.

Referencias

- Bandrés, F. J. y Campos, J. J. (1984). Condicionamiento de la tolerancia al efecto hipnótico sedante del alcohol en la rata. *Informes de Psicología*, 3, 183-187.
- Le, A. D.; Poulos, C. X., y Cappell, H. (1979). Conditioned tolerance to the hypothermic effect of ethyl alcohol. *Science*, 206, 1109-1110.
- Mansfield, J. G. y Cunningham, C. L. (1980). Conditioning and extinction of tolerance to the hypothermic effect of ethanol in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 94, 962-969.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Nueva York, Dover (edición de 1960).
- Poulos, C. X.; Wilkinson, D. A., y Cappell, H. (1981 a). Homeostatic regulation and pavlovian conditioning in tolerance to amphetamine-induced anorexia. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 95, 735-746.
- Poulos, C. X.; Hinson, R. E., y Siegel, S. (1981 b). The role of pavlovian processes in drug tolerance and dependence: implications for treatment. *Addictive behaviors*, 6, 205-211.
- Robins, L. N.; Helzer, J. E., y Davis, P. H. (1975). Narcotic use in Southeast Asia and afterwards. *Archives of General Psychiatry*, 32, 955-961.
- Siegel, S. (1975). Conditioning insulin effects. *Journal of Comparative and Psychological Psychology*, 89, 189-199.
- Siegel, S. (1975 b). Evidence from rats that morphine tolerance is a learned response. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 89, 498-506.
- Siegel, S. (1979). The role of conditioning in drug tolerance and addiction. En J. D. Keehn (Ed.): *Psychopathology in animals: research and treatment implications*. Nueva York, Academic Press.
- Tiffany, S. T. y Baker, T. B. (1981). Morphine tolerance in rats: congruence with a pavlovian paradigm. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 95, 747-762.

"Dos alternativas: cambiar sustancialmente el ambiente del sujeto tras la desintoxicación o debilitar la evocación de las respuestas de preparación ambiental"

COMO Y CUANDO INSERTAR SOCIALMENTE AL TOXICOMANO

JAIME FUNES I ARTIAGA

LA reinserción social de los toxicómanos, aún revistiendo una cierta idiosincrasia propia, no debe plantearse haciendo caso omiso de los criterios fundamentales que se plantean para todas las acciones de socialización o resocialización.

I. PRINCIPIOS GENERALES

No debe olvidarse, por lo tanto, que las medidas a tomar no han de ser segregantes, no pueden ser total y exclusivamente para el colectivo que padece la dificultad, han de estar circunscritas a un territorio, deben reutilizar los agentes, los recursos sociales y los servicios existentes, han de planificarse como comunitarios, es decir, proponiéndose la participación de la comunidad humana en la que se actúa.

En el campo concreto de las toxicomanías graves no alcohólicas, se puede decir que no existe en nuestro país ninguna experiencia sistematizada de reinserción social de los sujetos que la padecen. Dada su relativa novedad, las experiencias y los recursos se han generado en torno a la desintoxicación y la abstinencia iniciales; sin embargo, la realidad actual es que los servicios ambulatorios y las comunidades terapéuticas soportan una saturación por colectivos que no logran transferir, derivar, retornar hacia el medio habitual del individuo.

Incluso la formulación teórica sobre en qué debe consistir esta reinserción plantea numerosas incógnitas⁽¹⁾ no resueltas en parte por la falta de reflexión sobre la experiencia, en parte por falta de investigación sobre los aspectos sociales de la persona del toxicómano.

Aunque algunas toxicomanías como la heroína afectan a diversos

grupos sociales, no puede olvidarse que inciden de manera especial y con mayor gravedad en aquellos colectivos que, además, ya están sometidos a diferentes procesos de dificultad o conflicto social.

Si el supuesto teórico de la recuperación de un toxicómano tiene como objetivo su vuelta a la situación anterior al consumo de droga, no debe olvidarse que la situación anterior ya era, en muchos casos, disocial. El medio en el que se desarrolló la toxicomanía ya era patógeno, el consumo estaba estrechamente ligado a las vivencias, los valores —o a su ausencia—, las conductas, las relaciones de grupo, la vida en la calle, etcétera, cotidianos en el individuo.

Reinsertar, por lo tanto, significará diseñar un proyecto de vida no conflictiva ni autodestructora, sin el recurso abusivo a sustancias modificadoras de la conducta. Este diseño es evidente que no puede hacerse desde la única perspectiva de la toxicomanía.

Tampoco es pensable —fundamentalmente en el caso de la heroína— que el individuo "curado", vuelva a ser el que era. Las experiencias toxicómanas dejan una profunda impronta en la personalidad del individuo, forman parte de las experiencias vitales en las que se reprocesa el comportamiento, el diseño del futuro, la evaluación personal de la satisfacción y las frustraciones.

Es erróneo plantear la reinserción como la etapa última de un proceso secuenciado de atención al toxicómano: prevención —desintoxicación— tratamiento ambulatorio —comunidad terapéutica— reinserción. La reinserción social comienza por la imagen y la concepción que del toxicómano se

Asesor Técnico adjunto al Director General de Protección y Tutela de Menores del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya.

traspasa a la sociedad; sigue por el tratamiento evitando que se base sobre mecanismos de marginación; se completa proporcionando, en el seno de un colectivo más amplio, los recursos que le permitan recobrar nuevas identidades, nuevos proyectos existenciales.

Al igual que la prevención, la reinserción social debe proporcionarse —fundamentalmente— a través de redes inespecíficas. No debe pensarse en cómo diseñar redes de reinserción social de ex-toxicómanos, sino en cómo incorporar la atención al toxicómano en las redes normales de atención social, en los servicios de atención a los adolescentes y a los jóvenes.

Las políticas a aplicar en este ámbito no tienen nunca una rentabilidad inmediata, por lo que, a pesar de la gravedad de los problemas debe planificarse a medio y largo plazo. A la vez, debe optarse por propuestas realistas pero decididas. Así, aunque el objetivo deseable sea la erradicación total de recurso a las drogas, es preferible plantearse el trabajar específicamente sobre cada grupo para que su consumo —con frecuencia casi inevitable— se circunscriba a una etapa de la vida y en unas condiciones no destructoras en exceso.

De la misma manera, las inevitables políticas represivas del tráfico ilegal deben ser deducidas, pero delimitando al máximo posible los grupos sobre los que se actúa, ya que la criminalidad del toxicómano puede acabar siendo un potente antídoto de cualquier proyecto de reinserción.

II. ALGUNAS PROPUESTAS CONCRETAS

Pensando en medidas, en sistemas de atención, hay que recordar que ni existe, ni es posible un único modelo de abordaje de este tema, por lo que deben ensayarse modelos diversificados de atención.

Las toxicomanías, como problemática social compleja, están estrechamente ligadas a las condiciones sociales de cada territorio concreto. Por ello, su abordaje básico debe hacerse desde el muni-

cipio, o la agrupación de ellos. Es, además, el nivel municipal el que mejor permite la globalización y la atención integrada.

Algunas de las medidas necesarias y posibles podrían ser:

- A. El establecimiento de una red básica de atención social, potenciando la incorporación específica de la atención a las toxicomanías en los diferentes municipios: Equipos Sociales de Base, Equipos de Atención Comunitaria, Equipos Sociopsicopedagógicos municipales, etcétera.

Se pretende que sin crear ninguna red específica, los diferentes servicios que ya actúan en un municipio, elaboren específicamente el proceso a seguir en la atención local a las toxicomanías. Estos núcleos de atención deben ser imprescindiblemente multiprofesionales y no creados en función de las toxicomanías.

A través de servicios de atención social se trata de asegurar que la toxicomanía se aborda dentro de un contexto más amplio, y que existe un seguimiento del toxicómano y el medio en el que se desenvuelve, desde la manifestación de la dificultad hasta la materialización o no de su inserción social.

- B. Organización de sistemas alternativos a la actual realidad de las comunidades terapéuticas. Al margen de que el sistema de comunidades terapéuticas es inviable como sistema único y universal de tratamiento, su nodo gordiano está situado en el cómo y el cuándo del retorno del sujeto al medio habitual. Dado que el tratamiento condiciona la reinserción, debe procederse a arbitrar medidas que la contemplen desde el principio. Algunas de ellas podrían ser:

— Implantación de sistemas de seguimiento obligatorio, a cargo de un trabajador social del barrio, municipio o comarca de origen, previamente a su entrada en la comunidad terapéutica y durante su estancia en ella. Este profesio-

nal deberá planificar con los responsables del centro que ha acogido al toxicómano la duración de su estancia y el momento del retorno. Complementariamente, establece unos límites máximos de permanencia en una comunidad terapéutica.

— Creación, experimentación y extensión de sistemas de tratamiento aislado del medio habitual, pero no grupales. Es decir, proporcionar al toxicómano grupos humanos fuera de su medio habitual, en los que no existe el recurso sistemático de las drogas, pero tampoco están presentes otros toxicómanos en proceso de recuperación (familias de sustitución, pequeñas residencias juveniles, plazas de hospedaje en pequeñas fondas familiares, etcétera).

Con medidas de este estilo se pretende evitar la generación de las místicas típicas de las "instituciones totales" y la dependencia de las conductas de grupo que dificultan la reinserción. Complementariamente, es igualmente imprescindible el seguimiento al que antes se aludía, así como la presentación de una cierta ayuda psicoterapéutica puntual a cargo del servicio que lo ha derivado.

— Creación de recursos de apoyo para la superación de la dificultad en el mismo medio habitual del toxicómano. Las fórmulas a ensayar pueden ser diversas. (Por ejemplo: personajes de apoyo especializados, dentro de los servicios de atención social del municipio; pequeñas residencias terapéuticas en medio totalmente urbano, con estancia limitada y con posibilidad de ser usada en períodos de emergencia; centros de crisis abiertos las 24 horas).

- D. Aplicación diferente, pero no específica, de los recursos y servicios generales creados para los colectivos socialmente más desfavorecidos. No debe establecerse, de ninguna manera, que la toxicomanía sea una condición que facilite el acceso prioritario a recur-

sos y servicios (programas de empleo, vivienda, ayudas económicas, etcétera). Su constancia expresa tiene efectos sobre la colectividad y sobre el propio individuo a recuperar.

Hay que incorporar a la discusión sobre la aplicación de los planes de ocupación, de la formación ocupacional, de las actividades creativas y de esparcimiento, las necesidades objetivas de los diferentes grupos de toxicómanos. Cualquiera de estos programas ha de estar diseñado y aplicado teniéndolos en cuenta, pero no específicamente para ellos.

Finalmente, se ha de señalar que una parte importante de la reinserción social está condicionada por la respuesta social inmediata que recibe el "ex" en su propio medio.

III. LA RECUPERACION COMO UN PROCESO

Quisiera, para terminar, utilizando datos de trabajos recientes⁽²⁾ poner en crisis la imagen parcializada (en fases) que parece dominar el abordaje de la toxicomanía.

La "recuperación de un heroínomo consolidado es un proceso singular, derivado de la presencia de una constelación de circunstancias, en un determinado momento evolutivo, en función del tipo de heroínomo que es y, finalmente, con una alta presencia del factor suerte.

Al decir un "proceso" estamos hablando de una secuencia de actividades, conductas, acontecimientos, etcétera, que se producen de una forma dilatada en el tiempo y en el que el orden como se producen también cuenta. Es decir: el llegar a ser un sujeto que no depende de la heroína (al menos no depende como para no resistir la compulsión al consumo) es una sucesión en la que lo posterior depende de lo anterior. El comportamiento final supone, inevitablemente, una especie de reasunción sistemática de todo lo que ha ido ocurriendo desde que se empezó a consumir heroína.

¿REHABILITAR DESDE LA CONDENA?

ALBERTO FERNANDEZ LIRIA Y
MARIA LUISA GONZALEZ LOPEZ

EL problema de la droga tal y como se expresa en la preocupación de los ciudadanos, es también y sobre todo un problema político que concierne a aspectos de lo que se conoce como orden público, seguridad ciudadana y relaciones internacionales.

Sin duda, hay un problema sanitario asociado a las drogodependencias —a la de alcohol, a la de barbitúricos, a la de analgésicos, a la de psicofármacos y a las de otras drogas...— y asimismo hay un problema sanitario —de baja prevalencia pero de mucha gravedad— asociado a las condiciones de consumo de ciertas drogas entre las cuales la heroína ocupa un lugar paradigmático (así, la hepatitis, las sepsis diversas, las tromboflebitis, las sífilis, etc.).

En cualquier caso, cuando en los distintos niveles de la Administración y los responsables de las diversas áreas de cada nivel empezaron a pugnar por apuntarse el tanto de haber dado un paso para atajar la grave cuestión, el estímulo no era, en modo alguno, la detección de un problema sanitario por los cauces previstos para este menester.

La atención a las toxicomanías nace pues, ectópicamente y bajo un signo siniestro. Si bien es cierto que los centros monográficos de atención a toxicómanos —donde toxicómano y heroinómano son sinónimos— no constituyen la alternativa más siniestra. La respuesta (sanitaria) al problema (político) de la droga se articula sobre una doble tara: la de estar al margen del aparato sanitario general y vinculada —por quien sabe qué oscura fantasía de sus promotores— a los destinos y a los profesionales —y a las miserias profesionales— de la salud mental. Gestionados por psicólogos y psiquiatras, los dispositivos de atención a las toxicomanías amenazan con duplicar la fragmentación ca-

leidoscópica de los de salud mental.

En Madrid —por hablar de lo que conocemos (se conoce lo que se sufre)— operan cinco redes paralelas de atención a los problemas de salud mental: la del INSALUD, la de la AISN, la de la antigua diputación y actual Comunidad de Madrid, (a su vez dividida en Hospital Psiquiátrico de Madrid, Hospital Provincial y Servicio Regional de Salud) la de los ayuntamientos y la de la Cruz Roja.

Tal tipo de atención a la toxicodependencia ha tenido, sin embargo, una virtud —la misma que tuvieron en su momento los centros de planificación familiar— la de sentar un principio: el que la condición de toxicómano —sea o no una condición dibujada sobre parámetros sanitarios— no puede ser motivo de exclusión de las prestaciones ofrecidas a los ciudadanos por los dispositivos de atención a la salud.

Un problema particularmente complejo y a la vez paradigmático es el de la llamada "rehabilitación y reinserción social" del toxicómano. El tema limita al norte con el propio concepto de rehabilitación y reinserción social, concepto bivalvo del que tan necesitado aparece el toxicómano como impotente, quien trata de acometerlo en el título de su práctica. Sobre todo, si el tema lleva el apellido del "toxicómano". Porque ¿Cómo un aparato de toxicómanos —un aparato estigmatizador del usuario— puede precisamente rehabilitar y reinsertar socialmente? y ¿qué es rehabilitar y sobre todo reinsertar socialmente a un sujeto cuyo problema es, con frecuencia, precisamente el de articular un procedimiento de desinserción de lo que aborrece que no incluya en su recorrido el consumo de las sustancias de que se trata de apartarlo?

Psiquiatra y psicólogo respectivamente del Centro Municipal de Toxicomanías de Leganés.

Delimitado de este modo, el problema se convierte —como todo lo que a la atención a las drogodependencias concierne— en cómo estructurar la transición entre la actividad de unos dispositivos a los que la oportunidad y el oportunismo político han superdotado de recursos y cuyo lastre principal es, precisamente, el de tal sobredotación, y el inicio de una actividad en la que la iniciativa emprendida desde el aparato sanitario señala una demanda de otro orden, la estructura como tal, y organiza las redes sociales y los entramados civiles necesarios para atenderla como algo ajeno al aparato sanitario. El tema de cómo la actividad de los especialistas en la atención a problemas concretos de salud dejan suplantarse las funciones de otros dispositivos sociocomunitarios pero por la vía, no de argumentar su falta de responsabilidad, sino de construir una red de atención alternativa y redefinir taxativamente la propia relación con ella.

Desde nuestra experiencia en un centro monográfico, miembros del equipo dedica parte de su tiempo en tareas relacionadas con este epígrafe. Monitores y material posibilitan la incorporación a actividades que comprenden desde la música a la expresión corporal, desde la pintura a la cerámica, desde la fotografía a la relajación, desde el acceso a la cultura hasta una nueva confraternización alrededor de un objeto diferente de la heroína. La experiencia ha sido, creemos, útil y gratificante en la medida que ha demostrado la posibilidad de incorporar a esta población a actividades semejantes y ha servido para poner de relieve cuáles son las técnicas que pueden facilitar dicha incorporación. Se trata ahora de transferir tal parte del equipo y tiempo, tales posibilidades y tal bagaje teórico a los dispositivos socioculturales generales de la población y responsabilizarlos de la atención a los grupos, cuya falta de entronque con actividades o valores de este orden pudiera ser un elemento de su definición como de grupo de riesgo sociosanitario, entre los que los ex-drogadictos se contarían.

Hasta la fecha, la incorporación a este tipo de actividades —en un dispositivo específico— y creemos que, por tanto, altamente estigmatizador —ha sido importante. Lo que en todo caso dudamos, es que haya sido precisamente un instrumento de rehabilitación y reinserción social. El objetivo real de cualquier persona que realice el correspondiente esfuerzo por responder a la demanda del toxicómano, no como un espejo, sino de acuerdo como una estrategia y unos principios, es el de contribuir al trabajo de SISIFO de llenar el tiempo del drogodependiente para evitar que cualquier vacío del mismo se llene de nuevo con el consumo de la droga. La coartada de los centros en marcha es que enseña al toxicómano a llenar su tiempo. Su operatividad radica en que ejerce una función puramente custodial y de vigilancia y tal vez por eso, los profesionales de la psiquiatría acaban asomando las orejas por allí por donde se adivina que consideraciones políticas o epidemiológicas aconsejan la inversión en la lucha contra la droga.

Sin embargo y contra lo que parece tan evidente, el problema del toxicómano no tiene, ni de lejos, nada que ver con su incapacidad de llenar su tiempo y que las manualidades son una mala alternativa a la heroína. Sí parece probado que la desagregación social es un factor de riesgo de toxicodependencia; lo que los esforzados profesionales realizamos en este punto —si somos capaces de comprenderlo y somos capaces de reorientar la actividad que se nos demanda— es generar recursos y redes utilizables para potenciar formas de agregación. Lo que hacemos es prevención primaria. Hacemos algo por facilitar la reinserción social —caso de que tal cosa pueda hacerse— precisamente, cuando superando la inercia imprimida a nuestra actividad por la definición monográfica de los centros para los que trabajamos, ponemos nuestro granito de arena para modificar una actitud social basada en un mito: el de que los toxicómanos constituyen un grupo aparte del resto de la población general.

LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS DE DROGODEPENDIENTES EN ESPAÑA

OCTAVIO GRANADO

INTENTAR resumir en un artículo breve la situación de las Comunidades Terapéuticas (CT) de drogodependientes en España no es tarea fácil, y exige excluir consideraciones sobre límites previos, que podrían introducir un trabajo más amplio: sus antecedentes en la historia de la psiquiatría, sus signos distintivos, si en base a estos elementos definitorios algunas de las CT tendrían la consideración de tales. Vamos a intentar describir únicamente los aspectos generales y la problemática de las CT en España, excluyendo también únicamente por razones de amplitud la problemática de los grupos de alcohólicos anónimos y rehabilitados, bastante distinta.

Es necesario partir de la base de que las críticas a los modelos de tratamiento y a las CT existentes no dejan de reconocer el papel social positivo que han realizado las más extendidas, cubriendo una demanda social que la inhibición inicial de los poderes públicos dejaba sin respuesta. Sólo ahora, cuando comienza a articularse el dispositivo asistencial público para los drogodependientes, podemos reflexionar sobre el papel que podrían jugar en él las CT sin elucubrar en el vacío. Esta reflexión no obstante va a encontrarse con una carencia importante de datos contrastados y fiables, que permitan la evaluación de la experiencia de funcionamiento de las CT constituidas en los últimos años, faltas casi todas de un seguimiento, propio o ajeno, de su labor.

I. LOS TIPOS DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS

Una primera distinción en el heterogéneo universo de las CT en España cabría hacerla entre las

que son concebidas como un mero recurso terapéutico, en el marco de un modelo de tratamiento dividido en fases, y en el que el internamiento en la Comunidad es decidido por el equipo profesional y el paciente en función de la conveniencia de esta fase concreta, y, por otro lado, las CT que constituyen por sí mismas el núcleo central, y con frecuencia el único recurso, del modelo de tratamien-

"Es necesario partir de la base de que las críticas a los modelos de tratamiento y a las Comunidades Terapéuticas existentes no dejan de reconocer su papel social positivo"

Presidente de la Comisión de Drogas del Senado.

to que desarrollan. El primer grupo, limitado y minoritario dentro de las CT españolas, está constituido no obstante por la mayoría de las puestas en funcionamiento por los poderes públicos (DAK, programa DROSS del Ayuntamiento de Barcelona, etcétera) y por alguna proyectada o funcionando de ciertos programas privados (proyecto Hombre). En ellas, los equipos presentes en la CT continúan una labor iniciada en el centro de acogida, efectuada ya la desintoxicación del drogodependiente y el diagnóstico del tratamiento, y que se verá completada, tras un plazo de estancia fijado con cierta precisión, por otras fases posteriores de seguimiento del paciente y reinsertación social.

El segundo grupo de comunidades es el más amplio, y englobaría a, por orden de importancia, los centros regidos por extoxicómanos (Le Patriarche), los mantenidos por grupos religiosos o por sectas diversas, y los dirigidos por equipos de profesionales. En estas CT se desarrollan todas las fases del tratamiento, desde la desintoxicación, con un uso sólo ocasional de otros recursos. El único criterio de admisión existente será en la práctica la solicitud de ingreso y sus condicionantes (disponibilidad de plazas, capacidad económica, etcétera) y los pacientes llegarán a la CT por su propio pie, instados por familiares, amigos, empresas, o a veces recluidos contra su voluntad.

II. EL MODELO DE TRATAMIENTO

Esta consideración de que el modelo de tratamiento practicado en la CT es útil y suficiente para cualquier toxicómano, salvo algunas excepciones puntuales, parte en la mayoría de los casos de una aceptación genérica de algunos supuestos, entre los que se encuentran:

- La plena confianza en el poder curativo de la Comunidad y de su ambiente terapéutico.
- La consideración de la drogodependencia como un problema no médico, con causas sociales o personales (el entorno, el vacío espiritual, etcétera) que puede ser corregido con un

cambio de ambiente o de creencias.

- La validez de una filosofía mutualista: "Sólo TU puedes hacerlo, pero NO puedes hacerlo TU SOLO" (Morek).

Estas consideraciones, especialmente aplicables a las comunidades religiosas o de ex-toxicómanos, conducen inevitablemente a algunas conclusiones:

- El grado de éxito del tratamiento estará en función de la identificación del paciente con la cultura del centro, con el modelo comunitario que se le plantea. En una CT religiosa, que plantea la drogodependencia como una consecuencia de la ansiedad que sufren quienes no encuentran sentido a la vida, los pacientes conversos resolverán sin duda el problema de su drogodependencia, en tanto en cuanto acepten sin cuestionar el nuevo esquema de creencias. Una CT basada en un líder carismático actuará con éxito en quienes acepten este liderazgo.

- El tratamiento implica la ruptura radical con el ambiente en que se ha generado la drogodependencia, sustituido por el terapéutico de la CT. El modelo de ruptura absoluta con las drogas, "libre de drogas", implica la abstinencia total, el alejamiento del entorno anterior (ubicación en el medio rural, traslado a una CT alejada del lugar de residencia), aislamiento del mundo exterior (escaso papel de la familia en el tratamiento, pérdida de contactos con otras relaciones), ruptura con la cultura "underground" (eliminación de la jerga, comics, música rock).

III. DETALLES ESPECIFICOS

Con estos rasgos genéricos, la vida en las CT cobra detalles específicos según el sesgo de la misma. Las CT de ex-toxicómanos, por ejemplo, son mucho más numerosas que las restantes en internos. Las religiosas suelen mezclar drogodependientes con miembros de otros grupos marginales, y suelen ser gratuitas. Las profesionales se mantienen gracias a unos honorarios elevados, y las de ex-toxicómanos combinan internos que pa-

gan con otros que no. Las profesionales controlan más el tiempo de estancia, que suele ser más reducido, frente a la estancia por tiempo indefinido que practican los otros grupos. Existen diferencias substanciales sobre la importancia concedida a la presión de grupo y al entorno afectivo, menor en las profesionales.

Todas las CT afirman desarrollar terapias de grupo, si bien bajo este nombre se esconden los lavados de cerebro de las sectas más tenebrosas, los "fuegos de campamento" de Le Patriarche, y las horas de reflexión, oración y meditación de las CT religiosas. La terapia laboral, centrada en actividades creativas en las CT profesionales, se reduce a jornadas laborales bastante agotadoras en las CT gratuitas, que más bien subvierten al mantenimiento de la Comunidad.

La promoción social, la escala social interna, es muy diferente según el tipo de CT. En las dirigidas por profesionales nunca dejará de existir, aunque atenuada, la barrera entre el equipo y el paciente. Barrera que teóricamente no existe en las regidas por ex-toxicómanos y que está asimismo mucho más difuminada en las religiosas. En teoría, en estas dos últimas categorías el interno puede ir progresando hasta que, ya rehabilitado, se convierte en toxicoterapeuta. El régimen disciplinario está en relación con la importancia que se concede a la presión de grupo y a la promoción social. Los sistemas de premios, castigos y expulsiones vigentes en las CT profesionales se dulcifican en las otras categorías, que solucionan los problemas de convivencia con traslados o con actuaciones menos regladas.

IV. ALGUNOS PROBLEMAS

Este enunciado, forzosamente descriptivo y generalizador, no nos aporta demasiada luz sobre el quid de la cuestión: ¿Sirven las CT como recursos válidos en el tratamiento a drogodependientes? Y, admitiendo un sí como respuesta, ¿sirven los modelos de tratamiento que hacen del papel de las CT el núcleo terapéutico para rehabilitar drogodependientes?

El primer problema a considerar es si puede aplicarse a un grupo heterogéneo, en el que se mezclan abusantes con drogodependientes con problemas psicológicos un mismo tratamiento, sin diagnóstico previo. Por otra parte, la estancia indefinida en concentraciones grandes de personalidades con problemas psicológicos, sin apoyo profesional alguno, no pueden sino generar efectos perniciosos en los residentes, naciendo mecanismos negativos de grupo de difícil solución.

La construcción en la práctica de una "sociedad paralela" en la CT, muy escasamente relacionada con la sociedad exterior, genera problemas graves cuando se abandona la CT. El sujeto vuelve a substituir su entorno ambiental y, las más de las veces, su grado de autonomía personal en la CT ha sido reducido. Carece de pautas de comportamiento válidas para la nueva situación e incluso no es infrecuente que su salida no haya sido traumática, motivada por la ruptura con la Comunidad, con sus dirigentes. El nuevo paso puede ser la antesala de la rehabilitación... o de la recaída.

Estos problemas ya han sido enunciados en algunos estudios realizados sobre centros psiquiátricos antecesores de las actuales CT. Si aceptamos que los conceptos de tratamiento y de rehabilitación son distintos, y que un modelo eficaz debe interrelacionar y evitar conflictos entre ambos, podría afirmarse, y es ésta una invitación a la polémica, que el modelo de tratamiento aplicado en muchas CT de drogodependientes en España no ha logrado integrar las contradicciones entre estos dos conceptos, y dar una solución satisfactoria a las necesidades de habitación social de los drogodependientes.

Notas pertenecientes a Jaime Funes Artiaga.

Notas

(1) Funes Artiaga, Jaime.—Las incógnitas sobre la reinserción del heroinómano. Barcelona. Diciembre, 1983. Documento de Trabajo de la Dirección General de Acción Social.

(2) Funes Artiaga, Jaime; Romani Alfonso, Oriol.—Dejar la Heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación. Ed. Cruz Roja Española. Monográfica Técnicas. En prensa.

SITUACION Y PERSPECTIVAS EN PREVENCIÓN

CONSUELO AGUADO y
EMILIANO MARTIN

LAS drogodependencias constituyen un fenómeno social de primera magnitud. Los medios de comunicación social y los comentarios cotidianos fondean con tenacidad en las causas, las circunstancias y las posibles soluciones a tan preocupante problema. Sin embargo, y sin obviar honrosas excepciones, podría afirmarse con toda contundencia que el tratamiento dado por los psicólogos en nuestro país al tema ha resultado tímido, parcial e irrelevante.

Otro tanto podría decirse de algunas otras profesiones involucradas directamente ya que, excepto médicos —más bien psiquiatras— y abogados, pocos se han aventurado a dar pequeños pasos en su abordaje.

Pero en nuestro caso cabría incluso hablar de una cierta paradoja: mientras en muchos aspectos del bienestar psicosocial los psicólogos hemos sido claros pioneros en los últimos años llegando incluso a ofrecer adecuadas respuestas a dificultades no asumidas por el conjunto de la sociedad, en este campo la propia realidad nos ha tomado la delantera cogiéndonos desprevenidos y obligándonos a improvisar y reciclarlos precipitadamente.

No obstante, la evidente disminución de la problemática y la acuciante demanda formulada desde instancias sociales y políticas se ha convertido en un indudable compromiso para nuestra profesión. Compromiso avalado empíricamente: algunos psicólogos han demostrado que pueden desempeñar un papel relevante en las distintas vertientes de intervención —prevención, tratamiento, reinserción— y esto se ha traducido en una serie de ofertas específicas que presumiblemente se incrementarán en los próximos años con un Plan Nacional de reciente aprobación que ya comienza a articularse. Estos hechos

han provocado el interés de muchos compañeros que, provenientes de todas las áreas y con variadas expectativas, se aproximan desde determinadas constantes:

— La mayoría reconoce no poseer una formación adecuada, unas veces inexistente y otras por excesivamente teórica.

— Se da un evidente deseo de formación, pero se desconocen los cauces más idóneos para adquirirla.

— A priori, cuando se plantea la demanda de formación, se acostumbra a hacerla desde una perspectiva de asistencia individualizada. Muy pocas veces se realiza desde la de prevención primaria.

La formación se convierte así en una tarea apremiante que permita esclarecer a los miembros interesados de nuestro colectivo "cómo" debe trabajar un psicólogo en drogodependencias, "en qué" puede especializarse, "desde dónde" le será posible hacerlo, "hasta dónde" es viable llegar y con "quiénes" en cada caso...

En los restantes artículos se esboza el tema desde variadas posiciones: tratamiento, investigación básica, reinserción social... Aquí vamos a ceñirnos a una dimensión de extrema importancia: la prevención primaria, es decir, aquel conjunto de medidas tendientes a evitar el uso abusivo de drogas.

I. LA PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria admite, a su vez, dos aproximaciones básicas: la limitación de la oferta y la reducción de la demanda. La primera engloba iniciativas de carácter jurídico y represivo fundamentalmente y se expone sucintamente en otro artículo (1). A la segunda dedicaremos las siguientes líneas mediante una somera revisión de

las experiencias llevadas a cabo anteriormente, la situación de indeterminación actual y las previsiones más inmediatas.

Pero antes quizá sea oportuno situarnos en un marco referencial preciso dada la confusión reinante. Así, partimos de una concepción de la prevención primaria de carácter educacional que encaje en un modelo psicosocial y sociocultural del individuo y del grupo. La OMS, en la Conferencia de Alma-Ata (78) la titula "Educación para la Promoción de la Salud" y la define como "una metodología educativa que tiende sobre todo a incitar al individuo a una toma de responsabilidad para lo que es su propia salud y la de la colectividad, así como a desarrollar sus aptitudes para participar de manera constructiva en la vida de la comunidad". Es decir, se enfatizan las medidas destinadas a reducir la demanda con los objetivos básicos de:

- Fomentar el autocontrol y búsqueda de alternativas de cada persona en el uso de las drogas, basada en la toma de decisiones racionales tras una información veraz y una formación adecuada.

- Adquirir hábitos sanos en relación con las drogas aumentando el nivel de conocimiento, modificando las actitudes de la población o reforzando determinados comportamientos.

No es nuestro propósito desarrollar aquí de modo concreto y operativo la naturaleza de los modelos de intervención y las medidas que conllevaría la aplicación de un posicionamiento teórico como el expuesto (2). Baste únicamente indicar que, en concordancia con la amplitud de los objetivos reseñados, admite una dilatada variedad de grupos destinatarios —colectivos homogéneos como el escolar, comunidades, población en general...—, metodologías —informativa, formativa, entrenamientos específicos en autocontrol y habilidades sociales...— alternativas para introducir cambios institucionales y de estilos de vida, etc.

II. EXPERIENCIAS PREVIAS

Cualquier abordaje en la comprensión de este tema debe partir

Del S. P. M. de San Blas.

necesariamente de una perspectiva de interacción multicausal ya que en él están implicadas diversas variables.

Cada modelo teórico y cada disciplina esgrime, por tanto, el conjunto de medidas que considera oportunas para incidir de un modo consecuente en cada uno de los factores originantes —factores de naturaleza económica, social, psicológica, legal...—. Así, es necesario configurar un modelo preventivo de carácter multidisciplinario como obligada respuesta a una problemática como ésta de etiología multifactorial.

Sin embargo, ante una problemática de tales dimensiones no ha existido hasta ahora en nuestro país una correspondencia con las medidas arbitradas que en síntesis podrían agruparse en los siguientes bloques:

- Medidas de carácter jurídico-legal y represivo.

- Medidas asistenciales exclusivamente sanitarias.

- Otras medidas pertenecientes al nivel de prevención primaria que apuntan más bien hacia una concepción parcial y reduccionista del fenómeno, según la cual el problema queda limitado a una cuestión de sustancias y, de un modo más preciso, de sustancias ilegales o no institucionalizadas fundamentalmente.

Este posicionamiento tan erróneo como frecuente, no ha sido en absoluto gratuito y obedece a la prevalencia de un conjunto de tópicos y estereotipos dominantes en la sociedad que modulan cualquier intervención. De ahí que consideremos interesante una breve exposición; cabría citar entre los más representativos:

- La asimilación entre conceptos de relativa inocuidad y de legalidad, o dicho de otro modo, que es el grado de toxicidad, la capacidad adictiva y los efectos para la salud lo que convierte a una sustancia institucionalizada o no institucionalizada.

- La hipersensibilidad hacia las cuestiones de orden público atribuidas con evidente exceso a determinadas sustancias ilegales, en un reduccionismo simplista en el que no se valoran los factores relacionados con el uso de cada

sustancia. Este es el caso de la heroína cuya inferencia más usual es la de que convierte al individuo en agresivo o violento cuando en realidad esto puede ocurrir por la carencia del producto (síndrome de abstinencia). Sin embargo, sí existen tres productos adictivos básicos, infrecuentemente valorados como tales, que sí potencian la agresividad en el ser humano: el alcohol, la cocaína y las anfetaminas.

- La sobrevaloración de la eficacia del modelo represivo al que, sin minimizar su importancia, no puede atribuírsele la resolución del problema. Un ejemplo es el evidente fracaso del modelo americano a pesar de su rigurosa aplicación.

- La utilización indiscriminada del término "droga" en lugar de "drogas" sin precisar sustancias concretas para comenzar a determinar: sus propiedades, peculiaridades histórico-culturales, pautas de consumo específicas (uso, abuso, dependencia), características de los usuarios...

- La preexistencia de un prototipo de consumidor, por supuesto joven y con atribuciones de marginalidad, cuando no de criminalidad definidas.

- La inexplicabilidad y el distanciamiento ante el fenómeno. Es decir, cuando el grupo familiar, escolar, laboral... se encuentra ante uno de sus miembros que padece esta problemática suele adoptar una actitud fatalista y de extrañamiento sin asumir en absoluto la propia implicación en la génesis y el desarrollo del conflicto. Este mismo proceso puede transferirse con distintos niveles de incidencia tanto a la Administración como a la sociedad en su conjunto.

- Todo ello ampliamente difundido y consolidado por los medios de comunicación social.

Estas son, por tanto, las premisas que deben servir de referencia para analizar las distintas iniciativas que, desde la perspectiva de la prevención primaria, se han puesto en marcha y que se han reducido a abordar aspectos parciales tanto desde los objetivos como desde las características de las medidas. Entre las más significativas se encuentran:

"Es necesario configurar un modelo preventivo de carácter multidisciplinario como obligada respuesta a una problemática de etiología multifactorial"

— Iniciativas de tipo informativo. Es uno de los métodos más usados atribuyéndosele el rango de preventivo en sí mismo. En general, se parte de una relación simplista e ingenua entre el incremento de información sobre sustancias y efectos negativos de las mismas y el fortalecimiento de las actitudes y conductas contrarias al consumo.

La información es una técnica que como tal es importante; sin embargo, es necesario resaltar que no existen métodos y técnicas válidas per se, sino que pueden adquirir su validez en el contexto de un programa; su utilización aislada quizás resulte ineficaz o negativa.

— Edición de folletos y diversas publicaciones que con demasiada frecuencia infringen las normas más elementales de prevención en drogodependencias emitidas por expertos y organismos internacionales.

— Proliferación de actos puntuales y esporádicos (mesas redondas, charlas, conferencias...) impartidas por profesionales con titulación muy diversa y sin especialización en el tema, carentes de los mínimos requisitos imprescindibles: homogeneidad de los colectivos, evaluación pre y post intervención, determinación de objetivos concretos, cualificación de los profesionales, contenidos adecuados...

— Campañas masivas faltas de soporte, planificación y cobertura técnica susceptible de provocar reacciones opuestas a las deseadas.

III. SITUACION ACTUAL

En estas líneas hemos realizado una sucinta revisión de los aspectos más relevantes de la situación en estos últimos años.

Actualmente, el panorama ha sufrido un giro importante determinado por la aprobación del Plan Nacional sobre drogas por el Gobierno, en junio de 1985, que constituye un punto de obligada referencia.

Antes de pasar a la revisión de la actual situación, quizás merezca la pena reseñar el curioso fenómeno acaecido en los últimos me-

ses —coincidiendo con la gestación del Plan Nacional— caracterizado por una inflación respecto al número de iniciativas que, desde las distintas Administraciones, se han propiciado anticipándose a los acontecimientos, exentas en general del ensamblaje y coordinación deseables, incluso simultaneadas en un mismo ámbito administrativo.

La mejor descripción, por tanto, del momento presente es de impasse o indeterminación. Por una parte, siguen su curso la mayoría de las acciones iniciadas en anteriores períodos y, por otra, está en vigor el tan esperado Plan Nacional. Las perspectivas que se abren son de difícil valoración ya que se percibe una disonancia —respecto a la prevención— entre el alcance de un Plan Nacional de estas características y los enunciados teóricos que se propugnan. Menor correspondencia tienen aún los criterios básicos —marco para las actuaciones de los distintos Ministerios y Comunidades Autónomas— con las medidas prioritarias que para su consecución se proponen. Así, frente al reconocimiento de la necesidad de una reforma y mejor del sistema educativo y el desarrollo de programas para la salud y la educación integral en la escuela, las medidas a aplicar no pasan de un número limitado de cursos de formación para profesores y padres, elaboración de material didáctico... Bien es verdad, no obstante, que en algunos Ministerios se ha iniciado un proceso de reflexión tendente a buscar alternativas más estables y coherentes.

Si el análisis lo planteamos como la capacidad potencial de incidir sobre cada uno de los supuestos grupos destinatarios de estas iniciativas, encontraremos dificultades de la siguiente magnitud:

— En el ámbito escolar se padece un grave déficit de recursos —tanto humanos como materiales—, crisis de los planes de estudio, organización... y un profesorado al que no se ha dotado ni de los recursos ni de la formación necesaria en este tema.

— En el ámbito comunitario se ha de partir de que esta conceptualización no tiene equivalencia con ninguna de las distribuciones de servicios sanitarios y sociales

realizadas hasta ahora por la Administración. Tradicionalmente, se ha proyectado con un criterio sectorialista. Queda pendiente, en este sentido, una política de descentralización que impulse al máximo una red de servicios y recursos comunitarios.

— En los mensajes emitidos desde organismos públicos y medios de comunicación social sobre la población en general existe una descoordinación tal que no responde a unos mínimos exigibles.

IV. PREVISIONES

En un futuro inmediato el reto se sitúa, por tanto, en articular los objetivos propuestos con la realidad manifiesta. La mayor dificultad radica en establecer una diferencia de planos, pasar de lo global e indeterminado a lo concreto y limitado sin mezclar análisis.

Así pues, resulta difícil pronosticar con mediana certeza los derroteros que seguirá el Plan Nacional en su aplicación, más aún en lo que a prevención primaria se refiere. Hasta la fecha existe una ausencia de criterios unánimes y firmes. Descender de los grandes enunciados —a los que muchas veces se llega solamente por exclusión— a las medidas concretas es un camino apenas iniciado en política de drogodependencias —de hecho sólo se ha realizado en cuestiones asistenciales muy puntuales como la reglamentación de la administración de metadona—. En prevención primaria no se ha alcanzado tan siquiera el necesario punto teórico de partida, quizás ni el convencimiento indispensable...

Pero partamos de las coordenadas que se nos ofrecen. Si comienza a ser persistente desde las distintas administraciones —y el Plan Nacional así lo enuncia— la voluntad de evitar la creación de "redes paralelas" para tender hacia el aprovechamiento, racionalización y potenciación de los recursos existentes (Servicios Sociales de Base, Equipos de Salud Mental, etcétera). Sin embargo, esto no es óbice para que se creen y se proyecten crear de modo inmediato equipos y centros de carácter monográfico. Tanto unos como otros contemplan, entre una variedad

de funciones, algunas relativas a prevención. De ello podría deducirse un aluvión de intervenciones con intencionalidad preventiva. Habría que añadir, por último, el conjunto de "medidas prioritarias para el bienio 85-86" del Plan Nacional. Incluye propuestas de prevención desde prácticamente todas las Comunidades Autónomas y desde los siguientes Ministerios: Educación y Ciencia, Sanidad y Consumo, Cultura y Trabajo y Seguridad Social. Sin entrar en el recuento pormenorizado (3), el tipo de medidas son, en síntesis:

- Elaboración de material didáctico para escolares.
- Cursos para padres y profesores.
- Publicaciones diversas.
- Programas experimentales de prevención.
- Investigaciones sobre epidemiología, motivación y factores de riesgo.
- Servicios municipales de información y orientación.
- Programas de cooperación social con organizaciones sociales.

La clave está, como venimos insistiendo, en la traducción real y práctica que se haga de estos enunciados. Si tenemos en cuenta algunos de los indicadores disponibles, puede hablarse de dos grandes direcciones: la que siguen algunos organismos que, con gran cautela, prefieren recabar datos, investigar y experimentar para después planificar, y la no menos frecuente de quienes comienzan ya a lanzar iniciativas, sólidas y fundamentadas en muy pocos casos y claramente frágiles y deficitarias en los más.

No sería temerario preveer que, si en breve plazo no se ponen en marcha los mecanismos oportunos de planificación y coordinación, nos encontraremos a la vuelta de unos años con un panorama igual de atomizado, deficitario e incoherente que el descrito anteriormente sólo que, eso sí, más nutrido; lo que en prevención de drogodependencias equivale a tanto como decir potencialmente más peligroso.

Con estas previsiones del fenómeno y, desde el reconocimiento

indudable que al papel del psicólogo se le atribuye en prevención primaria, cabría preguntarse: ¿qué tipo de medidas deberían arbitrase para ofrecer adecuada respuesta desde nuestro ámbito profesional? O mejor aún: ¿qué nivel de contribución podría aportar nuestro colectivo en la articulación de una alternativa estructurada?

Sin pretender abordar en profundidad el cometido, sí nos parece apremiante incidir en dos sentidos:

1.º Iniciación de un proceso de formación continuado desde las instancias pertinentes —docentes, científicas y profesionales—. Adquieren aquí especial relevancia instituciones como la Universidad y el Colegio Oficial de Psicólogos.

La formación básica en aspectos inherentes a la propia problemática de las drogodependencias —histórico-culturales, jurídicos, psicosociales, farmacológicos...— debe discurrir íntimamente ligada a la capacitación específica en programas de prevención primaria y en trabajo comunitario.

2.º Coordinación e intercambio de los diferentes profesionales que trabajan en el tema para posibilitar una cohesión a todas luces necesaria. Situados en esta perspectiva, se debería partir del reconocimiento del estado embrionario del campo, iniciar y/o continuar la aplicación de los diversos modelos, estrategias, métodos, etcétera, ya existentes con criterios operativos, un alcance programático limitado y el establecimiento de valoraciones adecuadas de los efectos que estos programas han llevado consigo. Sólo desde una posición similar podríamos contribuir a desvelar esa incógnita que representan la validez y la viabilidad en prevención de drogodependencias.

**"¿Qué tipo de medidas deberían arbitrase para ofrecer adecuada respuesta desde nuestro ámbito profesional?
¿Qué nivel de contribución podría aportar nuestro colectivo en la articulación de una alternativa estructurada?"**

indudable que al papel del psicólogo se le atribuye en prevención primaria, cabría preguntarse: ¿qué tipo de medidas deberían arbitrase para ofrecer adecuada respuesta desde nuestro ámbito profesional? O mejor aún: ¿qué nivel de contribución podría aportar nuestro colectivo en la articulación de una alternativa estructurada?

Sin pretender abordar en profundidad el cometido, sí nos parece apremiante incidir en dos sentidos:

1.º Iniciación de un proceso de formación continuado desde las instancias pertinentes —docentes, científicas y profesionales—. Adquieren aquí especial relevancia instituciones como la Universidad y el Colegio Oficial de Psicólogos.

La formación básica en aspectos inherentes a la propia problemática de las drogodependencias —histórico-culturales, jurídicos, psicosociales, farmacológicos...— debe discurrir íntimamente ligada a la capacitación específica en programas de prevención primaria y en trabajo comunitario.

2.º Coordinación e intercambio de los diferentes profesionales que trabajan en el tema para posibilitar una cohesión a todas luces necesaria. Situados en esta perspectiva, se debería partir del reconocimiento del estado embrionario del campo, iniciar y/o continuar la aplicación de los diversos modelos, estrategias, métodos, etcétera, ya existentes con criterios operativos, un alcance programático limitado y el establecimiento de valoraciones adecuadas de los efectos que estos programas han llevado consigo. Sólo desde una posición similar podríamos contribuir a desvelar esa incógnita que representan la validez y la viabilidad en prevención de drogodependencias.

(1) Véase José JIMENEZ-VILLAREJO: *La lucha contra la oferta de drogas ilegales*, en este número.

(2) AGUADO, Consuelo, y Martín, Emiliano: *La prevención: Apuntes para un modelo operativo*. En "Juventud y droga". Revista de Estudios de Juventud, n.º 17. Madrid, 1985.

(3) Véase "Plan Nacional sobre Drogas". Apart. II. Medidas Prioritarias 1985-86. Páginas 43 y ss. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y consumo, Madrid, 1985.

CENTROS DE ASISTENCIA A DROGODEPENDIENTES

ANDALUCIA

Cádiz

Centro de Salud Mental y

Atención a las

Drogodependencias

Plaza Juan de Lima, 5 (Algeciras). Tel. 66 07 54.

C. T. Cortijo Maldespera

Ctra. de Alcalá (Los Barrios).

Teléfono 66 67 05.

Centro de Salud Mental y

Atención a las

Drogodependencias

Campo del Sur, 28.

Teléfono 22 10 86.

Córdoba

Centro Municipal de

Drogodependencias

Campo del Sur, 28.

Teléfono 27 85 54.

Centro Municipal de Prevención de Alcoholismo, Toxicomanía y Salud Mental

Paseo Antonio Gala, s/n. (Barrio de Fuensanta).

Centro Municipal de Prevención de Alcoholismo, Toxicomanía y Salud Mental

Loja, 45 (Sector Sur)

Dispensario Antialcohólico

Avda. República Argentina, 34.

Granada

C. T. Antigua Fábrica Carbonell

Camino de Arnilla, Ctra. de Motril.

Jaén

Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependientes

"J. M. Ledesma"

Apdo. Correos, 1 (Coto Ríos-Cazorla).

Servicio de Alcoholismo y Drogodependencia de la Cruz Roja

Carmelo Torres, 1

Teléfono 25 15 40.

Málaga

C. T. "His Farm" la Finca de "El"
(Alhaurín el Grande)

C. T. el Tabernáculo

(Barrio de Cortijo Torre)

Ctra. Cartama, 103

Teléfono 33 61 60.

C. T. El Pinillo

Restaurante El Pinillo

Arroyo de la miel (Torremolinos)

Teléfono 33 61 60.

Dispensario Antialcohólico

Puerta del Carmen, 33.

Sevilla

Fundación Sevillana para el Estudio y Tratamiento de Drogodependientes

Relator, 18

Teléfono 37 89 92.

Hospital Universitario

Departamento de Psiquiatría

Avda. de Fedriani, s/n.

Teléfono 37 84 00.

Dispensario Antialcohólico

Luis Montoto, 95.

C. T. Finca Quitapesares

(Villanueva del Río y Minas)

Teléfono 37 89 92.

ARAGON

Zaragoza

Centro de Salud Mental

Ramón y Cajal, 68

Teléfono 44 20 22.

Centro Municipal de Promoción de la Salud

Canalejas, 6 (Zaragoza 50001)

Dispensario Antialcohólicos

Ramón y Cajal, 68.

ASTURIAS

Donación Cañol - Hospital de día "Doctor González Campa"

Avda. de Alemania, 110 Pando

(La Felguera) Langreo.

Teléfono 69 91 12.

BALEARES

Ibiza

Departamento de Psiquiatría

Hospital Insular

Avda. d'Espanya, 49

Tel. 30 11 83, 30 61 50 (ext. 7)

Mallorca

Centre d'Informació i prevenció de L'abús de Drogues

Hospital Psiquiàtric, camí de Jesús, s/n.

Teléfono 29 23 50.

C. T. Sant Jeroni

(Muro)

CANARIAS

Las Palmas de Gran Canaria

Prevención y Tratamiento de

Toxicomanías. Plan

Experimental

Plaza de Santa Ana, 8

Teléfonos 31 81 81, 32 10 73.

Dispensario Antialcohólico

Alfonso XIII, 7

Tenerife

Centro de Ayuda al Toxicómano

Horacio Nelson, 34 (Puerta de la Cruz).

Teléfono 28 88 12.

Centro de Ayuda al Toxicómano de la Laguna (Gabinete Psico-Social Delegado)

Avda. Trinidad, 57 (La Laguna)

Teléfono 25 58 47.

Centro de Ayuda al Toxicómano de Puerto de la Cruz (Gabinete Psico-Social Delegado)

Polígono el Tejar (Puerto de la Cruz).

Teléfono 38 55 57.

Centro de Ayuda al Toxicómano de Santa Cruz de la Palma (Gabinete Psico-Social Delegado)

Fernández Ferrán, 9 (Santa Cruz de la Palma).

Teléfono 41 23 75.

CASTILLA-LA MANCHA

Ciudad Real

Hospital de Día de la Asociación de Ayuda al Toxicómano

Ronda de Alarcos, 44.

Teléfono 21 42 22.

Guadalajara

C. T. "Hontanillas" Centro Piloto Amat para rehabilitación de toxicómanos

(Hontanillas)
Teléfono 441 22 77, 441 09 77
(Madrid).

Albacete

Centropsico-social, centro Provincial de Salud

Federico García Molla, 17
Teléfono 22 54 12.

CASTILLA LEON

Burgos

C. T. Centros Cristiano "ACCOREMA"

(Quintanadueñas)
Teléfono 22 12 50

Comisión sobre la Problemática de la Droga y Ayuda al Drogadicto

Martínez del Campo, 10
Teléfonos 20 22 14, 20 48 41.

C. T. Centro "Casa Palacio"
(Villaverde de Mojina)

Teléfono 16 10 50 (ext. 28)

C. T. "El Molino"

(Momediano)
Teléfono 11 13 64.

Palencia

C. T. "Villalobón 1"

José Antonio, 10 (Villalobón)
Teléfonos 72 25 81, 74 76 31.

Dispensario de Toxicomanías: Centro Piloto Municipal

Salvino Sierra, 8
Teléfono 75 23 24.

Salamanca

Unidad de Atención al Toxicómano

Edificio La Salle, Avda. de La Salle, s/n.
Teléfono 21 51 08 (ext. 39).

Valladolid

C. T. Centro "El Solano"

Los Lagares de Fuentes (Tudela de Duero)
Teléfono 20 10 00 (ext. 683).

Centro de Salud Municipal Area de Toxicomanías

García Morato, 11 bis
Teléfono 47 17 00.

Dispensario Antialcohólico
Avda. Ramón y Cajal, 6

Zamora

Centro de Diagnóstico-Centro de Salud Mental

Avda. Alemania, 1
Teléfono 51 78 79

CATALUNYA

Barcelona

Centre d'Alcoholisme, Drogodependencies i Salut Mental. Grup Teral

Sils, 1
Teléfono 317 20 01

Centre Pilot de la Secció de Toxicomanies de la Creu Roja
Junta de Comerc, 10
Teléfono 318 17 96

Servei de Prevenció, Orientació i Teràpia per a Toxicomans: Spott
Sant Honorat, 5
Teléfonos 317 74 79, 317 76 36

Hospital del Mar. Servei de Farmacologia. Unitat de Toxicomanies

Passeig Marítim, s/n.
Teléfono 309 22 08 (ext. 294)

Centre d'Atenció Integral en Drogodependencies (CAID): Garbivent

Ctra. de la Sagrera, 179
Teléfono 340 84 58

Centre d'Atenció Integral en Drogodependencies (CAID) Cotxeres de Sants

Ctra. de Sants, 79-81
Teléfono 422 13 73

Caid Sarria

Dalmases, 76
Teléfono 212 10 75

Centre Municipal d'Higiene Mental per a l'Alcoholisme i d'Altres Toxicomanies

Placa Santa Eulalia, 2 (L'Hospitalet de Llobregat)
Teléfono 331 76 16

Centre de Salut per a Drogodependencies

Lluís Companys, 7
Teléfono 315 23 25

Dispensarios Antialcohólico

Salón de Víctor
Pradera, s/n.

Psicólogos del PAPER del COLEGIO

Colegio Oficial de Psicólogos

EL PSICOLOGO ANTE UN RETO SOCIAL: LAS DROGODEPENDENCIAS

Como complemento del **a fondo** de este número, publicamos en separata textos documentales que complementan los que la revista recoge en sus páginas habituales del:

Informe de la Comisión Especial del Senado de Investigación sobre el Tráfico y Consumo de Drogas en España y del Documento de Estrategia Socialista ante las Drogodependencias

INFORME DE LA COMISION ESPECIAL DEL SENADO DE INVESTIGACION SOBRE EL TRAFICO Y CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA

Del informe emitido por la Comisión Especial elegida en el seno del Senado hemos seleccionado dos capítulos —la prevención de la demanda y el tratamiento y reinserción de los afectados—, capítulos que reproducimos a continuación.

I. LA PREVENCIÓN DE LA DEMANDA

El estereotipo de la droga, que niega la condición de tal a las legales y que asocia al fenómeno los temas de seguridad ciudadana, hace que desde el cuerpo social se preste mucha más atención a las medidas de represión del tráfico, que a programas de prevención a medio y largo plazo.

No obstante, estos programas son imprescindibles en una estrategia realista. En primer lugar, son básicos ante la oferta de drogas legales, ante el consumo de fármacos de abuso, etc., sustancias éstas con las que los ciudadanos van a estar en contacto, ante las que tienen que articular una capacidad de resistencia, de abstinencia.

En segundo lugar, incluso el consumo de drogas ilícitas no puede ser abordado únicamente desde el punto de vista de la represión de la oferta, puesto que es cambiante, según la disponibilidad del producto, la receptividad del mercado, el criterio de beneficio económico del traficante, etc. Una actuación eficaz contra una determinada droga en el terreno de la oferta puede verse empañada por su rápida sustitución en el mercado por otra similar.

En tercer lugar, una política eficaz de prevención tiene un coste económico y social muy inferior a los programas de represión y de tratamiento, y abre perspectivas de futuro mucho más tranquilizadoras.

La prevención de las toxicomanías no debe estar únicamente asentada en la información que puede suscitar reacciones contrarias y elevar la curiosidad, ni tampoco en la intimidación, que produce solamente efectos insignificantes y provoca en los jóvenes un deseo de ensayar el riesgo.

Los programas de prevención deben tener como objetivos al menos los siguientes: la promoción de valores de responsabilidad y autonomía personal, la consideración de las toxicomanías como un problema de salud, y la sensibilización adecuada de toda la sociedad sobre el verdadero alcance del problema, proporcionando mensajes creíbles, no dramáticos y que los jóvenes puedan compartir.

Grandes líneas de prevención

a) La permanencia del mensaje. En nuestra sociedad existe un mensaje continuado de oferta de drogas, sobre el que se insertan las emisiones concretas en uno u otro sentido, para publicitar tal o cual substancia. Frente a esta continuidad, no caben campañas puntuales, que, en el mejor de los casos, tendrán un efecto positivo también puntual, al final del cual se reproducirá el problema, sino un programa continuado, que sólo tenga final para enlazar con otro.

Este tipo de programas permanentes, en los que es dable utilizar todos los medios de comunicación y relación que existen en la sociedad, están especialmente indicados en el caso de las drogas legales, del abuso de fármacos, etc.

b) El mensaje positivo. La realización de campañas con mensajes terroríficos que suelen anteceder a dramáticas peticiones de la abstinencia absoluta de toda sustancia se descalifican por sí mismas, provocan un interés morboso, de nulo efecto disuasorio en la población de riesgo, y no generan mayor autonomía personal para el rechazo, sino una sensación inconsistente de oposición.

c) El mensaje particularizado. El universo de consumidores de drogas en nuestro país es enormemente amplio. Hay consumidores de drogas legales e ilegales, personas maduras y jóvenes, abusantes, drogodependientes y simples consumidores ocasionales.

No puede abordarse del mismo modo la problemática de un ama de casa adicta a los fármacos, de un niño usuario de inhalantes o de un joven que mezcla los "porros" con cerveza. Es imprescindible lanzar campañas específicas para grupos sociales distintos. Asimismo, es necesario tratar de manera muy distinta a la generalidad de la población y a los grupos de riesgo (personas con un primer contacto o con tropismo hacia las drogas, o aquellos para los que el simple uso de una droga comporte un grave peligro para la salud).

d) Un mensajero con credibilidad. La información sobre drogas goza en nuestra sociedad de un bajo nivel de fiabilidad para la población. En caso de las drogas legales, está desmentida por la práctica cotidiana. En el caso de las ilegales, por el mismo carácter del estereotipo "droga".

La credibilidad del mensaje tiene que ir acompañada de la credibilidad del mensajero. Los adultos no tienen demasiada ante los jóvenes. Los triunfadores tampoco ante los marginados. Hay que acudir siempre a quien tenga poder de convicción, capacidad para la comunicación

interpersonal, comprensión básica y familiaridad, tanto hacia el fenómeno como hacia el receptor del mensaje.

e) La convalidación previa. Las drogas están asociadas por sus propias campañas de difusión y por los medios de comunicación con sensaciones positivas (como el placer, riesgo, prohibición, nuevas sensaciones autoafirmación; de ahí el carácter ambivalente del estereotipo "droga" = placer — dolor, vicio — enfermedad). Es la curiosidad, y no otro, el principal motivo del primer contacto. Necesitamos, pues, un mensaje suficientemente contrastado, con experiencias previas, que no genere interés sobre las drogas en el grupo de riesgo, sino desprecio. La prevención más eficaz debe plantearse entre sus objetivos el rechazo de la primera oferta de drogas, ya que ésta supone siempre un riesgo.

Como conclusión, se recomienda desarrollar no campañas puntuales, sino programas permanentes, no genéricas, sino dirigidas a públicos concretos, con un mensaje positivo, un emisor con credibilidad, y una experiencia contrastada. La colaboración entre las distintas administraciones es fundamental, para no reiterar mensajes ni (lo que es mucho peor) anular unos mensajes con otros contradictorios. La evaluación de los programas realizados es imprescindible para la realización de una prevención ajustada al entorno.

La educación para la salud

Una de las actuaciones claves para la prevención primaria de la drogodependencia es la introducción de la educación para la salud en todos los niveles de la enseñanza obligatoria y secundaria.

Al hablar de educación para la salud, entendiendo por tal la definición de la OMS, esto es, una educación para la salud, el bienestar y la convivencia, no comprendemos únicamente la introducción de materias que induzcan al alumno al conocimiento de su propio cuerpo, y a la valoración de la importancia de hábitos de salud, sino la educación para la convivencia, el conseguir articular en los jóvenes pautas de comportamiento positivas, que eviten actitudes grupales asociadas al consumo de drogas.

Dentro de la materia general "Educación para la salud" la prevención del consumo de drogas está contextualizada, no despierta interés morboso y permite respuestas positivas.

La enseñanza de esta materia ha de realizarse previa formación rigurosa y dotación del material didáctico específico al profesorado que ha de impartirla. En principio, no son convenientes las campañas de prevención desarrolladas por elementos ajenos a la comunidad escolar.

La metodología de la prevención de las toxicomanías en esta enseñanza ha de partir de los siguientes principios:

- Desarrollo por equipos multiprofesionales, asesorados por expertos.
- Enseñanza adecuada al medio que rodea al alumno.
- Papel activo del alumno.
- Progresiva clarificación de la propia escala de valores por parte del alumno.

— Participación en el programa (en acciones y momentos específicos) de los padres o tutores.

Estos programas de prevención primaria, generales, deben complementarse con programas específicos de prevención, dirigida a grupos de riesgo, dentro de la escuela. En el desarrollo de estos programas debe contemplarse la posibilidad de utilizar terapias de grupo.

En la educación para la salud, la actitud de padres y educadores reviste una importancia decisiva, ya que puede anular la validez del mensaje por la vía del ejemplo en sentido contrario. Es, pues, imprescindible contar no sólo con su colaboración, sino con su asunción de papales activos y ejemplificadores.

El papel de los grupos sociales en la prevención

No obstante la preeminencia del factor educativo en la prevención primaria, hay otros elementos que juegan un papel decisivo en una estrategia concertada de prevención.

Los medios de comunicación

Su papel es difícil y conflictivo. En éste, como en todos los temas, los medios de comunicación actúan de "caja de resonancia" a veces exacerbada por el sensacionalismo de la realidad. Es ya dudoso que la propia promoción de la realidad tenga efectos positivos. Al seguir la lógica de la noticia, por otra parte, se publicita lo "otro", lo que es ajeno a la norma establecida, apuntalándose implícitamente la misma norma. Pero, al margen de aspectos generales de teoría de la comunicación, se pueden plantear algunas recomendaciones concretas:

— Superación del estereotipo "droga" para referirse a drogas concretas.

— Eliminación del morbo, del sensacionalismo y de cualquier imagen que pueda generar tropismo.

— Eliminación de la asociación de ideas droga-dinero y droga-grupos prestigiosos.

— Consideración de todas las drogas como causantes de un problema de salud pública: situación de las noticias de drogas en la sección de salud.

La movilización ciudadana

La movilización de las entidades ciudadanas y de los profesionales de la "primera línea" (educadores, médicos, trabajadores sociales...), siempre que se haga dentro de programas validados y positivos, es un elemento extraordinariamente positivo, ya que mantiene la vitalidad de la sociedad democrática, demuestra en la práctica que los problemas tienen solución, ayuda y exige actuaciones de la Administración, y contribuye importante-mente a la modificación de hábitos concretos de conducta, relativos fundamentalmente a drogas legales. Es necesario promover esta movilización mediante el apoyo y la concesión de ayudas a asociaciones de familiares de toxicómanos sin ánimo de lucro, arbitrando fórmulas que favorezcan su colaboración con la Administración en las distintas tareas.

Promoción del asociacionismo juvenil

La promoción de la capacidad de auto-organización e iniciativa de los jóvenes es básica. Un dato estadístico relevante es el de que los jóvenes, con un sistema de

valores más definido, son los que en menos porcentaje abusan de las drogas. Apostar por una juventud con autonomía personal y con ideales definidos es apostar por jóvenes que ejercerán su capacidad crítica y de discernimiento ante la oferta de drogas. En este sentido, hay que valorar muy positivamente las iniciativas del Instituto de la Juventud, CC.AA. y Ayuntamientos, de creación de oficinas de información juvenil, a fin de orientarla sobre el tema que nos ocupa y otros muchos. Debe acentuarse la política de creación y promoción de actividades de las Casas de Juventud.

La modificación del medio

La promoción de alternativas de ocio, el reforzamiento de infraestructuras culturales, recreativas y deportivas en los lugares de nuestra geografía nacional en que se detecte mayor índice de consumo de drogas, puede ayudar a disminuir la presión del entorno y en este sentido ha de ser asumido como prioridad por los poderes públicos. La escolarización obligatoria hasta las dieciséis años aparece como una medida de singular importancia en el contexto de esta tarea. Especial aplicación tiene este punto en las periferias superpobladas de las grandes ciudades.

La prevención en grupos de riesgo

Debe desarrollarse a través de programas específicos, complementarios de los anteriores, destinados a colectivos concretos, reducidos y homogéneos, constituidos por consumidores en vía de drogodependencia, personas con problemas psicológicos que manifiesten tropismo hacia las drogas, etc.

Estos programas deben desarrollarse básicamente en torno a una institución: escuela, centro de protección de menores, establecimiento penitenciario, cuartel, centro juvenil, centro de salud, etc.

Han de extremarse la planificación y convalidación del programa, y contar con apoyo psicológico y de servicios sociales, para entrar de lleno en la problemática de cada individuo.

Asimismo, exige contar con una labor previa de detección del problema y de acomodo al programa dentro de la entidad. Por ejemplo, esta labor de prevención exigiría en las escuelas una tarea previa eficaz de los ayuntamientos en la detección de los niños no escolarizados, una labor de la comunidad escolar en el seguimiento del fracaso escolar, y la existencia de programas de enseñanza compensatoria para grupos problemáticos, donde pudiera incluirse un programa de estas características.

Una labor importante en este sentido puede desarrollarse con programas como los indicados, desde los Centros de Salud, de cara a las personas con alteraciones psicológicas, etc.

II. EL TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN DE LOS AFECTADOS

Investigación, formación, documentación

La primera labor para trabajar cara al futuro en materia de asistencia a toxicó-

manos es dotar de medios a los programas de investigación, crear centros amplios y abiertos de documentación, y formar adecuadamente a los profesionales de primera línea (educadores, médicos, psicólogos...) y a las entidades ciudadanas cuya colaboración es necesaria para una acción eficaz.

Como en otras materias, es necesario contar con la colaboración internacional, y reunir información sobre las experiencias de otros países, al tiempo que se incrementa la presencia española en los foros internacionales.

Hay que crear, en colaboración entre la Administración Central del Estado y la de las Comunidades Autónomas, centros que reúnan la documentación existente, y en donde puedan consultarse programas y experiencias en prevención, tratamiento, enfermedades asociadas, etc.

A estos centros correspondería, en colaboración con los organismos administrativos correspondientes, la edición de los materiales necesarios para cursos y temas de formación, y de las necesarias publicaciones especializadas.

El Sistema Nacional de la Salud debe dotarse de los programas necesarios para la investigación sobre el tratamiento a los drogodependientes y a sus enfermedades asociadas.

Debe generalizarse la presencia, siguiendo experiencias de otros países, de temas sobre las drogas, las toxicomanías, la educación para la salud, etc., en los programas de estudios de Medicina (Enfermería, Psicología, etc.), de otras carreras, en los cursos de medicina laboral, etc.

Deben planificarse cursos de formación sobre el problema para el personal no especializado de cuerpos de policía, educadores, trabajadores sociales y de la salud, etc.

Es imprescindible contar, a efectos del seguimiento de la problemática de nuestro país, con un programa continuado de estadísticas y estudios, realizado con una metodología homogénea que nos permita contar con datos fiables y evaluar el resultado de los programas aplicados por las distintas administraciones públicas.

Hay que establecer canales de intercambio de la información entre las redes de servicios sociales y sanitarios, entre las distintas redes sanitarias (militar y Sistema Nacional de Salud, por ejemplo) y entre todos los centros y dependencias relacionadas con el problema.

Por último, hay que dotar a las Administraciones de los mecanismos legales y de los medios administrativos para evaluar suficientemente los programas de asistencia y rehabilitación de toxicómanos que se realizan en nuestro país, a fin de determinar si los centros en funcionamiento tienen resultados positivos y qué modelos de tratamiento es conveniente promocionar.

Una red asistencial integrada y suficiente

La primera necesidad a constatar en el campo de la asistencia a drogodependientes es la de la urgente e imprescindible extensión de la red asistencial pública, desigualmente repartida e insuficiente en la actualidad para abordar la demanda social.

La red pública de centros de asistencia

a toxicómanos debe seguir las siguientes orientaciones básicas:

- Colaborar entre las distintas administraciones y entre éstas y la iniciativa privada, a fin de garantizar el óptimo aprovechamiento de los recursos.

- La finalidad a conseguir con la asistencia es la reinserción o inserción social del toxicómano, lo que no supone sino el comportamiento respetuoso con los derechos de los demás y consigo mismo.

- Voluntariedad del tratamiento; respeto a los derechos del paciente, sin prácticas autoritarias o degradantes; existencia del contrato terapéutico entre el paciente y el centro.

- Suficiencia de la red para prestar tratamiento a las personas que lo soliciten y lo necesiten.

- Combinación de los recursos sanitarios y sociales. La necesidad en la práctica totalidad de los casos de una participación en el tratamiento más o menos intensa del entorno familiar y afectivo, así como del seguimiento de la evolución del paciente una vez concluido el período asistencial, hacen necesaria esta colaboración para no dejar al tratamiento "cojo" por ambos lados.

- División del tratamiento en fases, con la combinación de varios tipos de recursos.

Como pauta general para la red pública, se recomienda la existencia de centros de acogida, integrados en los dispositivos generales de servicios sociales o de salud, constituidos por equipos interdisciplinarios (integrados por trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, educadores, médicos, personal colaborador, etc.).

Estos centros realizarían la acogida del paciente, se relacionarían con recursos hospitalarios de cara a la fase de desintoxicación o al tratamiento de las patologías asociadas, continuarían el tratamiento con terapias diversas (individuales o colectivas, para el paciente o para su entorno), recomendarían la utilización de recursos específicos (comunidades terapéuticas) en casos concretos y desarrollarían el seguimiento de la fase final de inserción social, en relación con los recursos de los servicios sociales comunitarios y de la evolución del ex-toxicómano en los meses siguientes.

Al margen de esta función, estos centros colaborarían en programas de investigación, de prevención primaria y de grupos de riesgo, de formación de profesionales, de trabajo de calle, etc.

La integración de estos centros en dispositivos generales es garantía de que se evitará la excesiva especialización de los recursos en un determinado tipo de toxicomanías, de que se tratará la drogodependencia como un problema de salud, de que se hace un uso correcto de los recursos públicos y de la integración necesaria de toda la política de salud.

En ocasiones es posible, una vez pasada la desintoxicación, proceder al tratamiento subsiguiente en el propio medio social cuando las condiciones familiares y las posibilidades de control así lo permitan. Este tipo de atención es interesante por su menor coste y por las posibilidades que ofrece como "antena" para captar a nuevos pacientes.

El escalón final de todo tratamiento debe basarse en pautas de reinserción

(hablando de adolescentes, inserción) social con el uso de recursos como la formación profesional, la rehabilitación laboral, cursos ocupacionales específicos, etc., que permitan esta reinserción sin generar discriminaciones notables hacia otros ciudadanos.

Una red asistencial diversificada

Esta red, integrada y suficiente no es por sí sola omnicomprensiva de todos los tratamientos de los abusantes y drogodependientes en nuestro país y debe complementarse con otros modelos de tratamiento y con otros programas, instituciones. La drogodependencia es un fenómeno pluricausal del que hoy en día no podemos decir que exista una única tecnología contrastada y validada de "curación", en el supuesto de que éste sea un concepto admisible aplicado al problema, ya que nunca puede decirse con absoluta seguridad que un ex-adicto no volverá a su adicción.

En el campo del tratamiento a los drogodependientes, esta situación se ha traducido en multitud de modelos de tratamiento, que se han desarrollado con entera libertad por la existencia de una demanda social no satisfecha por una respuesta pública adecuada.

En España, la inmensa mayoría de los tratamientos están basados en el modelo "libre de droga", de abstinencia absoluta y ruptura con la cultura y el entorno social de la drogodependencia, y se han concretado en los modelos de "alcohólicos anónimos", "alcohólicos rehabilitados" y en las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes, constituidas fundamentalmente por grupos religiosos o de ex toxicómanos.

En general, podríamos afirmar que la experiencia internacional y la propia española demuestra que la pluralidad de modelos de tratamiento es un elemento positivo que amplía las posibilidades de éxito de una red.

Comunidades Terapéuticas

Muchas de las Comunidades Terapéuticas existentes han jugado un papel social indiscutible y positivo, y hay que reconocerles una capacidad asistencial de la que ha carecido la iniciativa pública. No obstante, al lado de Comunidades Terapéuticas con una experiencia positiva han surgido otras ligadas a sectas, a grupos que explotan de nuevo a los jóvenes drogodependientes sin rehabilitarlos, o cuyo fin es la captación de miembros para su comunidad, a veces de dimensiones internacionales y de fines o propósitos de difícil definición y cuyos centros tienen un funcionamiento absolutamente irracional.

Es fundamental que la Administración asuma un papel de inspección de las Comunidades Terapéuticas basado en los siguientes puntos:

- Acreditación basada en un modelo de tratamiento autorizado.

- Reconocimiento de la voluntariedad del tratamiento y de los derechos del paciente.

- Asistencia médica a cargo de profesionales, con registro del historial clínico de cada paciente.

- Obligatoriedad de seguir programas de registro y seguimiento del funciona-

miento, y de evaluación de resultados, a cargo de personas ajenas al centro.

- Control del funcionamiento económico y del destino de las subvenciones públicas, si las reciben.

La Administración española ha de investigar los problemas surgidos en determinados grupos de centros en otros países. Una vez acreditado un centro y validado su funcionamiento, deberá ser concertada su integración, si lo desea, en la red asistencial pública.

Programas con metadona

En determinados casos de drogodependencia de la heroína, los programas de mantenimiento con sustitutivos como la metadona pueden suponer una vía de inserción social del drogodependiente. Estos programas no pueden descartarse por principio, aunque se hace necesaria su estricta regulación para impedir el desvío de las recetas y la medicación hacia el mercado negro. La regulación de los programas de metadona debe prever:

- Su administración por vía oral, directamente al paciente, en centros hospitalarios acreditados.

- La fijación en cada caso de la dosis mínima necesaria para mantener el bloqueo de la necesidad de heroína.

- Analítica continuada de los pacientes para comprobar su abstinencia de heroína o de otras drogas.

Los receptores fundamentales de los programas de mantenimiento con metadona deberían ser personas con varios años de drogodependencia, en los que hayan fracasado anteriormente otros tratamientos libres de drogas, y en los que la drogodependencia haya generado graves problemas sociales.

Por otra parte, la administración española debe contrastar, a través de experiencias propias y de informaciones de otros países, tratamientos de desintoxicación y deshabituación con antagonistas de la heroína.

Centros específicos

La existencia de una red suficiente y diversificada exige que, al lado de centros psicosociales públicos de acogida, de comunidades terapéuticas públicas o privadas, de talleres de reinserción social, etc., existan centros para solucionar problemas específicos, que afecten a grupos sociales concretos.

Es pues urgente la aceleración de los proyectos del Consejo de Protección de Menores y de las Comunidades Autónomas para niños con problemas específicos de toxicomanía, actualmente internados en su mayoría en centros terapéuticos diversos. Especial atención merecen los niños con problemas de inhalantes.

Asimismo, es necesario reforzar el Plan de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para la dotación a las prisiones españolas de unidades de tratamiento a toxicómanos.

Ha de preverse también la existencia de centros acreditados donde los delincuentes en función de su drogodependencia puedan llevar a cabo sus programas de deshabituación y rehabilitación.

Por otra parte, es necesario especializar a uno de los centros de salud del Sistema Nacional de la Salud, en el tratamiento a drogodependientes con alteraciones psicóticas.

ESTRATEGIA SOCIALISTA ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS

La "Estrategia socialista ante las drogodependencias" es el resultado de la Conferencia celebrada en Segovia los días 26 y 27 de abril de 1985. Durante dos intensas jornadas se llevó a cabo el debate sobre el documento-marco presentado por el senador Angel Luna. Asistieron unos 120 invitados entre los que se encontraban responsables políticos e institucionales de todo el país, representantes de partidos socialistas europeos, de organizaciones internacionales y un nutrido grupo de expertos en el tema.

Las líneas que siguen, asumidas por la Comisión Ejecutiva Federal del PSOE, constituyen un documento de partido y desde esta perspectiva debe ser entendido. De aquí que se limite a esbozar grandes pautas de actuación y objetivos generales. Dicho de otro modo, apunta los cauces por donde deberían discurrir las acciones de gobierno pero no las medidas concretas a poner en marcha que, en buena lógica, deberían ser acordes y coherentes con él.

No obstante, y a juicio de no pocos especialistas, define un marco de análisis e intervención más amplio y avanzado que el que sustenta el Plan Nacional aunque éste, ya en su redacción definitiva, incorpora algunas ideas del documento de Segovia.

Así pues, parece incuestionable que la "Estrategia socialista ante las drogodependencias" supone un punto de partida de obligada referencia y un posicionamiento netamente esclarecedor y progresista ante la problemática que nos ocupa.

El consumo de drogas se ha convertido en uno de los problemas que suscita mayor preocupación en la sociedad española. Importantes sectores de la población consideran, por diversas razones, que el problema es extraordinariamente grave y reclaman soluciones urgentes a los poderes públicos. Sin embargo, no parece que, hasta la fecha, se hayan prodigado los análisis en profundidad del proceso social de drogadicción en España.

Un conjunto de estereotipos, mitos, creencias y lugares comunes constituyen la mayor parte del bagaje teórico con el que la sociedad y, paralelamente, las Administraciones Públicas se han enfrentado al tema. En la percepción social del problema confluyen elementos contradictorios: "la droga" es vicio y enfermedad; provoca placer y dolor; el "drogadicto" es culpable y víctima; hay que temerle y ayudarle. Por eso se reclama del Estado represión y asistencia.

Un ejercicio de serena reflexión, que oponga racionalidad a la visceralidad y el alarmismo con que se plantean muchas veces estos problemas parece, pues, imprescindible.

I. HAY QUE PRECISAR CONCEPTOS

Para aproximarnos racionalmente al tema, debemos realizar, en primer lugar, una mínima precisión de los conceptos sobre los que queremos reflexionar. Hay muchas clases de drogas que provocan efectos muy diversos y que tienen consecuencias muy diferentes para el organismo y para el comportamiento humano. Por eso es una simplificación errónea hablar de "la droga" sin más. Existen varias definiciones de "droga" y muchas clases de ellas.

Desde un punto de vista operativo pueden considerarse drogas aquellas sustancias que poseen propiedades psicoactivas (es decir, que pueden alterar la percepción y el comportamiento) pudiendo provocar a la vez tolerancia (es decir, necesidad de aumentar la dosis para producir los mismos efectos) y/o dependencia, bien sea de carácter psíquico o físico.

Desde un punto de vista jurídico, las distintas sustancias pueden ser:

a) Drogas de libre disposición o "legales", que se venden sin ningún control por estar integradas en nuestra sociedad, como el alcohol y el tabaco.

b) Drogas controladas o fiscalizadas cuyo uso está restringido a la prescripción facultativa. Es el caso de algunos fármacos.

c) Drogas prohibidas o "ilegales", que no se pueden utilizar nunca, como la heroína o los alucinógenos.

II. HAY QUE DEFINIR LOS VALORES QUE SE DEFIENDEN

¿Cuáles pueden ser los valores sociales que acotan una perspectiva socialista sobre el tema de la drogadicción?

Debemos hacer referencia al objetivo de defensa de la salud pública. Este es un valor generalmente asumido, pero, tal vez, insuficientemente enfatizado. La prohibición del tráfico de determinadas sustancias se ha justificado históricamente apelando a razones de defensa de la salud pública. Sin embargo, no debemos dejar de contemplar la enorme contradicción social que supone el hecho de que otras sustancias, al menos tan peligrosas para la salud como las anteriores, si no más, encuentren su tráfico, y aún la promoción de su uso, respaldados por la ley. El objetivo constitucional de defensa de la salud pública debe ser contemplado en el futuro desde una perspectiva amplia, si queremos mantener una línea de coherencia.

Debemos contemplar el objetivo de

construir y mantener una sociedad solidaria, pluralista e integradora. El abuso de las drogas tiende a consolidar procesos de desintegración de la sociedad en su conjunto.

Nos debe preocupar el objetivo de mantener la seguridad ciudadana. Eliminar los atentados a la seguridad ciudadana derivados de la dependencia de algunas "drogas ilegales" es cada vez más importante y necesario. Pero hay que añadir a renglón seguido que la seguridad ciudadana también se ve afectada por sustancias "legales". El número de accidentes de tráfico, de accidentes laborales, de agresiones ocasionadas por el consumo, sobre todo el alcohol en nuestro país, también es importante a la hora de preservar la seguridad ciudadana.

Finalmente, aunque no por ello menos importante, hemos de tender a reforzar la capacidad de autonomía personal de los hombres y mujeres de nuestra comunidad. Las personas deben ser capaces de gozar, de disfrutar, de divertirse, en una palabra, de ser felices sin necesidad de recurrir a sustancias que destruyan su salud y acaben con su libertad. La defensa de esta libertad básica y personal ha de ser un objetivo irrenunciable en nuestro trabajo político.

La definición de estos cuatro valores acota el campo de nuestras preocupaciones: hay que frenar y reducir el consumo de sustancias, legales o ilegales, que dañan la salud, provocan procesos de marginación social, deterioran la seguridad ciudadana y atacan la autonomía del individuo para ser feliz sin necesidad de drogas.

III. USO, ABUSO Y DEPENDENCIA

Hace falta, no obstante, alguna precisión más. En la calle se suele hablar de "drogadictos" englobando en dicho término situaciones personales muy diversas que conviene no confundir. Englobar el amplio espectro de personas que usan ocasionalmente, abusan o dependen de las "drogas" bajo el calificativo común de "drogadictos", puede suponer eliminar unas barreras diferenciadoras socialmente útiles para evitar facilitar el deslizamiento hacia las situaciones menos deseables. La diversidad de situaciones requiere diversidad de tratamientos, porque es distinto, y distintas consecuencias sociales tiene, el uso esporádico o habitual, el abuso y la dependencia de las sustancias que venimos considerando. Si tenemos claro que las claves del problema están relacionadas con los objetivos anteriormente enunciados y no dependen de ningún falso planteamiento moralista, habremos de concluir que:

El simple uso, sobre todo de algunas sustancias, sólo determina la colocación del individuo en una situación de riesgo de derivar en una escalada en el consumo que, como tal situación de riesgo, pero sólo como eso, debe ser evitada.

El abuso de los consumos supone, en

cambio, daños considerables para la salud y la entrada en procesos de marginación y dependencia peligrosos.

El abuso continuado puede producir la dependencia, que es el problema más grave desde el punto de vista personal y social.

IV LOS ORIGENES DEL

particularmente en crisis el conjunto de valores tradicionales que operaban sobre la misma. Las transformaciones económicas han sido, en nuestro caso, muy rápidas, lo que nos ha supuesto la introducción precipitada en una sociedad de consumo sin posibilidad de institucionalizar mecanismos de defensa suficientes. Las frustraciones derivadas de la falta de acceso rápido a mejores condiciones de vida se han sentido en muchos comportamien-

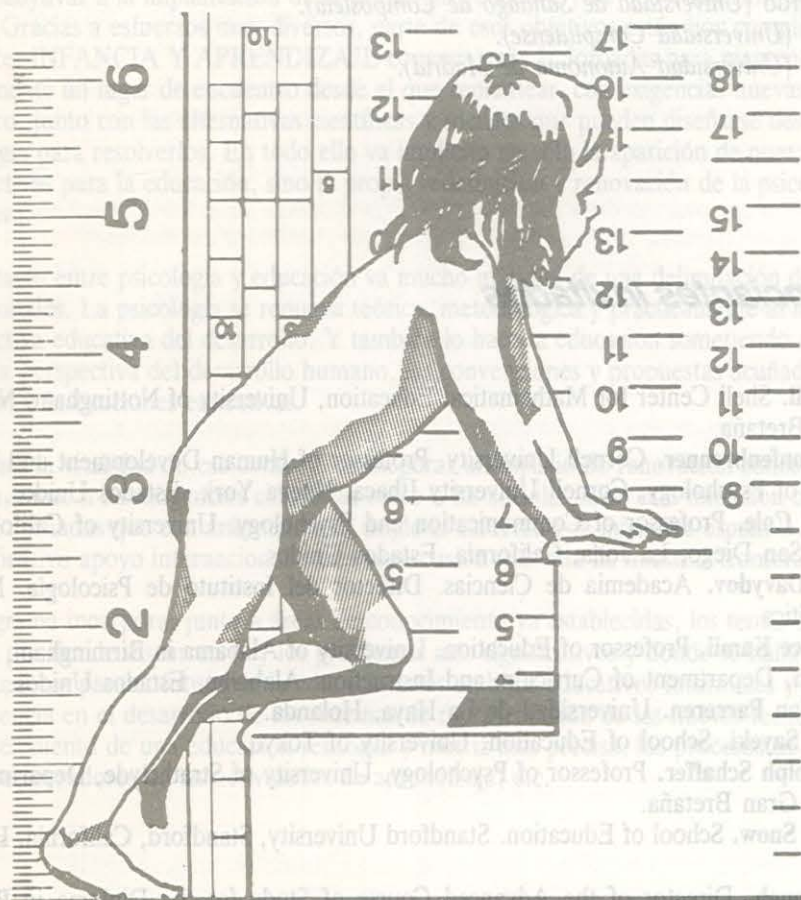
va pérdida de fuerza de las ideas que la sustentaban.

Desde los años 1978-1979, un nuevo proceso se pone en marcha polarizado en torno a dos fenómenos de diverso signo. De un lado, y coincidiendo con el denominado "desencanto", hemos observado el auge de una actitud nueva, hedonista-consumista, que ha ensalzado la sensualidad y el narcisismo, el nuevo romanticismo, el oscurantismo y la mística. Por otro lado, ha coincido con el plan- teamiento de muchos problemas de la destrucción de la natura- lismo nuclear, el paro, etc., y el aumento de posiciones irra- cionales que defienden la intuición o las ideas preconcebidas por el consumo de drogas. Ambas fuentes de conocimiento se basan en la investigación razonada y objetiva, sobre todo en lo que se refiere al conocimiento de la sociedad, del hombre o de la

que se inicia un considerable aumento de la oferta organizada de drogas en el país y la integración de delincuentes comunes en las actividades de consumo-tráfico que se van

II Jornadas Internacionales de Psicología y Educación Cultura, Educación y Desarrollo Humano Madrid

23-27 de Junio, 1986



DIMENSION CUAL DEL BLEMA EN AÑA

que se debe reconocer a la vez la situación del consumo en España es la insuficiencia de datos fiables que nos permitan, con un grado de aproximación, el número de consumidores de distintos grados de intensidad, y el seguimiento de las mismas. Aunque recientemente se han realizado trabajos en la materia, insuficientes, precisándose una investigación eficaz que posibilite el conocimiento de los recursos humanos y la utilización de metodologías adecuadas. A falta de estudios sobre los grados de incidencia del fenómeno, hemos de recurrir al terreno de las aproximaciones en los datos obtenidos en encuestas u otros indicadores.

no es arriesgado afirmar que el consumo de drogas legales, en nuestro país, es de importancia.

ón del problema de las drogas es una entidad en función de la sociedad a la que se

lo que se suele apreciar, el problema se puede circunscribir a los jóvenes. Los adultos de edad se "drogan" mucho. Su consumo no percibir como "drogas" que se utilizan abusivamente adquieren libremente o "medicación".

tiene dos escalas a la hora de terminados comportamien-

Promueve:
Infancia y Aprendizaje

ESTRATEGIA SOCIALISTA ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS

construir y mantener una sociedad solidaria, pluralista e integradora. El abuso de las drogas tiende a consolidar procesos de desintegración de la sociedad en su conjunto.

Nos debe preocupar el objetivo de mantener la seguridad ciudadana. Eliminar los atentados a la seguridad ciudadana derivados de la dependencia de algunas "drogas ilegales" es cada vez más importante y

La "Estrategia socialista ante las drogodependencias" es el resultado de la Conferencia celebrada en Segovia el 27 de abril de 1985. Durante las jornadas se llevó a cabo el documento-marco presentado por Angel Luna. Asistieron invitados entre los que se encuentran responsables políticos e investigadores de todo el país, representantes de socialistas europeos, de otros países internacionales y un número de expertos en el tema.

Las líneas que siguen, aprobadas por la Comisión Ejecutiva Federal, constituyen un documento de referencia desde esta perspectiva del documento. De aquí que se limite a dar pautas de actuación y criterios. Dicho de otro modo, se trata de cauces por donde deberían desarrollarse acciones de gobierno pero no concretas a poner en marcha. Buena lógica, deberían ser inherentes con él.

No obstante, y a juicio de especialistas, define un marco de intervención más amplio y el que sustenta el Plan Nacional, ya en su redacción de para algunas ideas del caso de Segovia.

Así pues, parece incuestionable que "Estrategia socialista ante las drogodependencias" supone un punto de obligada referencia y punto de partida para el esclarecimiento de la problemática de las drogodependencias.

El consumo de drogas se ha convertido en uno de los problemas de mayor preocupación en la sociedad. Importantes sectores de la opinión consideran, por diversos motivos, que el problema es grave y reclaman soluciones. Sin embargo, los poderes públicos. Sin embargo, parece que, hasta la fecha, el problema no ha sido el más prodigado los análisis en el proceso social de drogadicción.

Un conjunto de estereotipos y lugares comunes que la mayor parte del bagaje que la sociedad y, paralelamente, las administraciones Públicas se han ido haciendo al tema. En la percepción del problema confluyen elementos contradictorios: "la droga" es vicio que provoca placer y dolor; el "drogado" culpable y víctima; hay que castigarle. Por eso se reclama represión y asistencia.

Un ejercicio de serena y objetiva racionalidad a la vista del alarmismo con que se plantean estos problemas parece imprescindible.

I. HAY QUE PRECISAR

2

Comité Científico

Amelia Alvarez (*Infancia y Aprendizaje*).
Mario Carretero (*Universidad Autónoma de Madrid*).
César Coll (*Universidad de Barcelona*).
Alvaro Marchesi (*Universidad Complutense de Madrid*).
Jesús Palacios (*Universidad de Sevilla*).
Ana María Pardo (*Universidad de Santiago de Compostela*).
Pablo del Río (*Universidad Complutense*).
Angel Rivière (*Universidad Autónoma de Madrid*).

Conferenciantes invitados

- * Dr. Alan Bell. Shell Center for Mathematical Education, University of Nottingham, Nottingham. Gran Bretaña.
- * Dr. Urie Bronfenbrenner. Cornell University. Professor of Human Development and Family Studies and of Psychology. Cornell University Ithaca. Nueva York. Estados Unidos.
- * Dr. Michael Cole. Professor of Communication and Psychology. University of California at San Diego. San Diego, La Jolla, California. Estados Unidos.
- Dr. V. V. Davydov. Academia de Ciencias. Director del Instituto de Psicología. Moscú. Unión Soviética.
- * Dr. Constance Kamii. Professor of Education. University of Alabama in Birmingham, School of Education, Department of Curriculum and Instruction. Alabama. Estados Unidos.
- Dr. Carel Van Parreren. Universidad de La Haya. Holanda.
- Dr. Yutaka Sayeki. School of Education. University of Tokyo.
- * Dr. H. Rudolph Schaffer. Professor of Psychology. University of Strathclyde, Department of Psychology. Gran Bretaña.
- * Dr. Richard Snow. School of Education. Stanford University, Stanford, California. Estados Unidos.
- * Dr. Joan Tough. Director of the Advanced Course of Study for the Diploma in Primary Education. University of Leeds. Gran Bretaña.
- Dr. A. A. Venguer. Instituto de Educación Preescolar. Unión Soviética.
- * Dr. Gordon Wells. Dep. of Curriculum. Toronto, Ontario. Canadá.

* Señalados con asterisco los conferenciantes que han confirmado su asistencia hasta el momento.

cambio, daños considerables para la salud y la entrada en procesos de marginación y dependencia peligrosos.

El abuso continuado puede producir la dependencia, que es el problema más grave desde el punto de vista personal y social.

IV. LOS ORIGENES DEL

particularmente en crisis el conjunto de valores tradicionales que operaban sobre la misma. Las transformaciones económicas han sido, en nuestro caso, muy rápidas, lo que nos ha supuesto la introducción precipitada en una sociedad de consumo sin posibilidad de institucionalizar mecanismos de defensa suficientes. Las frustraciones derivadas de la falta de acceso rápido a mejores condiciones de vida se han sentido en muchos comportamientos

va pérdida de fuerza de las ideas que la sustentaban.

Desde los años 1978-1979, un nuevo proceso se pone en marcha polarizado en torno a dos fenómenos de diverso signo. De un lado, y coincidiendo con el denominado "desencanto", hemos observado el auge de una actitud nueva, hedonista-consumista, que ha ensalzado la sensualidad y el narcisismo, el nuevo romanticismo y hasta el

oscurantismo y la mística. ha coincidido con el planalista de muchos problemas la destrucción de la naturaleza nuclear, el paro, etc., y amiento de posiciones irracionales defendidas por el consumo de fuentes de conocimiento la investigación razonada y objetivo, sobre todo en lo que al conocimiento de la sociedad, del hombre o de la

os se inicia un considerable oferta organizada de drogas en el país y la integración de lincentes comunes en las consumo-tráfico que se van

Presentación y objetivos de las II Jornadas

A finales de 1979, tuvieron lugar las I Jornadas Internacionales de Psicología y Educación. INFANCIA Y APRENDIZAJE intentó entonces aglutinar los elementos teóricos y profesionales entonces existentes en un marco conceptual de exigencias científicas y sociales, para coadyuvar a la implantación de la psicología educativa y de una educación más justa y eficaz. Gracias a esfuerzos muy diversos, parte de esos objetivos están hoy cumplidos. No obstante, INFANCIA Y APRENDIZAJE convoca unas II Jornadas para mantener cíclicamente un lugar de encuentro desde el que replantear, con exigencias nuevas, metas para el futuro, junto con las alternativas científicas y sociales que pueden diseñarse desde la psicología para resolverlos. En todo ello va implícito no sólo la aparición de nuevas perspectivas para la educación, sino la propia redefinición y renovación de la psicología educativa.

El contacto entre psicología y educación va mucho más allá de una delimitación de ámbitos profesionales. La psicología se renueva teórica, metodológica y prácticamente al incorporar una perspectiva educativa del desarrollo. Y también lo hace la educación sometiendo a revisión, desde la perspectiva del desarrollo humano, las convenciones y propuestas acuñadas en los entornos e instituciones educativas.

Mantener la vitalidad de ese contacto es asegurar un espacio de renovación conceptual que atienda, tanto a las exigencias científicas como a las sociales. Con esta intención convocamos estas II Jornadas que contarán también, desde el esfuerzo y la iniciativa española, con un fuerte y significativo apoyo internacional y una repercusión más allá de nuestras fronteras.

El programa incorpora, junto a áreas de conocimiento ya establecidas, los temas o tópicos nuevos por donde discurren hoy los problemas más significativos y donde se hallan vías más prometedoras para el futuro de la educación: los ámbitos educativos informales y no escolares, la influencia en el desarrollo de los sistemas de representación de las nuevas tecnologías, el replanteamiento de una educación sensorial y motriz más precisa, los procesos de interacción como vertebradores de las actividades de aprendizaje, etc.

DIMENSIONALIDAD DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

que se debe reconocer a la ser la situación del consumo España es la insuficiencia de datos fiables que nos permitan, con un grado de aproximación, el número de consumidores distintos grados de intensidad, y el seguimiento de las mismas. Aunque recientemente se han hecho trabajos en la materia, insuficientes, precisándose una metodología más eficaz que posibilite el estudio de los recursos emocionales y la utilización de metodologías más sofisticadas. A falta de estudios sobre los grados de incidencia del fenómeno, hemos de recurrir a los datos obtenidos en las encuestas u otros indicadores

no es arriesgado afirmar que el consumo de drogas legales, en nuestro país, es de poca importancia.

En el problema de las drogas, una entidad en función de la sociedad a la que se

lo que se suele apreciar, el consumo se puede circunscribir al grupo de los jóvenes. Los adultos de edad se "drogan" mucho. Su consumo no percibir como "drogas" que se utilizan abusivamente adquieren libremente o sin prescripción médica".

El consumo tiene dos escalas a la hora de terminados comportamientos



ESTRATEGIA SOCIALISTA ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS

construir y mantener una sociedad solidaria, pluralista e integradora. El abuso de las drogas tiende a consolidar procesos de desintegración de la sociedad en su conjunto.

Nos debe preocupar el objetivo de mantener la seguridad ciudadana. Eliminar los atentados a la seguridad ciudadana derivados de la dependencia de algunas "drogas ilegales" es cada vez más importante y

La "Estrategia socialista ante las drogodependencias" es el resultado de la Conferencia celebrada en Segovia y 27 de abril de 1985. Durante las jornadas se llevó a cabo el documento-marco presentado por Angel Luna. Asistieron invitados entre los que se encuentran responsables políticos de todo el país, representantes de socialistas europeos, comunistas internacionales y un número de expertos en el tema.

Las líneas que siguen, aprobadas por la Comisión Ejecutiva Federal, constituyen un documento de referencia desde esta perspectiva del documento. De aquí que se limite a dar pautas de actuación y conclusiones. Dicho de otro modo, se trata de cauces por donde deberían desarrollarse acciones de gobierno pero no concretas a poner en marcha. Buena lógica, deberían ser coherentes con él.

No obstante, y a juicio de especialistas, define un marco de intervención más amplio y el que sustenta el Plan Nacional, ya en su redacción de por sí algunas ideas del documento de Segovia.

Así pues, parece incuestionable que la "Estrategia socialista ante las drogodependencias" supone un punto de obligada referencia y punto de partida para el estudio y el planteamiento netamente socialista ante la problemática de las drogodependencias.

El consumo de drogas se encuentra en uno de los problemas de mayor preocupación en la sociedad. Importantes sectores de la población consideran, por diversos motivos, que el problema es extremadamente grave y reclaman soluciones. Los poderes públicos. Sin embargo, parece que, hasta la fecha, se ha prodigado los análisis en el proceso social de drogadicción.

Un conjunto de estereotipos, creencias y lugares comunes conforma la mayor parte del bagaje con el que la sociedad y, paralelamente, las administraciones Públicas se acercan al tema. En la percepción del problema confluyen elementos contradictorios: "la droga" es vicio y pecado; provoca placer y dolor; el culpable y víctima; hay que castigarlo. Por eso se reclama represión y asistencia.

Un ejercicio de serenidad y de honestidad racional a la vez, alejados del alarmismo con que se plantea a veces estos problemas para ser imprescindible.

I. HAY QUE PRECISAR CONCEPTOS

4

Programa previo

CONFERENCIA INAUGURAL: Cultura, educación y desarrollo humano

AREA 1. Psicología y educación. los marcos teóricos de referencia y su validez actual.

Psicología cognitiva, psicología genética y psicología histórico-cultural.

AREA 2. El proceso humano de construcción del conocimiento: acción, interacción y aprendizaje.

La génesis de construcción de significados en la interacción. Los procesos de interacción en la educación preescolar. La interacción en el aula: relaciones entre alumnos y trabajo cooperativo.

AREA 3. Hacia un marco más amplio de los procesos educativos en el mundo actual: familia, comunidades, escuela y cultura de masas.

Coordinan: Amelia Alvarez y Jesús Palacios.

Modelos de sociedad, cultura y educación. Los procesos psicológicos de la enculturización formal e informal. Programas de intervención y diseños de política social.

AREA 4. El diseño de los contenidos y procesos de enseñanza y aprendizaje.

Coordinan: César Coll y José Gimeno.

Psicología y currículum. Las diferencias individuales y su integración en el diseño educativo. Análisis de los programas renovados e implicaciones de la reforma de la enseñanza.

AREA 5. Psicología y educación especial.

Coordina: Alvaro Marchesi.

Los procesos psicológicos de construcción asistida y educación especial en los niños con déficits específicos. Niveles de integración y diseño de programas especiales.

AREA 6. Psicopedagogía del lenguaje oral.

Coordina: Mariana Miras.

Usos escolares y no escolares del lenguaje oral. Diseño de programas de interlocución en preescolar. Tratamiento psicopedagógico del lenguaje oral en la etapa de introducción de la lecto-escritura. Estrategias elaboradas de comprensión y exposición en la escolarización avanzada.

AREA 7. La psicopedagogía de segundas y terceras lenguas.

Coordina: Ignasi Vila y Miguel Siguán.

La enseñanza bilingüe en las comunidades lingüísticas del Estado español. La enseñanza del idioma extranjero como segunda o tercera lengua en los diversos niveles del currículum escolar.

cambio, daños considerables para la salud y la entrada en procesos de marginación y dependencia peligrosos.

El abuso continuado puede producir la dependencia, que es el problema más grave desde el punto de vista personal y social.

IV. LOS ORIGENES DEL

particularmente en crisis el conjunto de valores tradicionales que operaban sobre la misma. Las transformaciones económicas han sido, en nuestro caso, muy rápidas, lo que nos ha supuesto la introducción precipitada en una sociedad de consumo sin posibilidad de institucionalizar mecanismos de defensa suficientes. Las frustraciones derivadas de la falta de acceso rápido a mejores condiciones de vida se han sentido en muchos comportamientos

va pérdida de fuerza de las ideas que la sustentaban.

Desde los años 1978-1979, un nuevo proceso se pone en marcha polarizado en torno a dos fenómenos de diverso signo. De un lado, y coincidiendo con el denominado "desencanto", hemos observado el auge de una actitud nueva, hedonista-consumista, que ha ensalzando la sensualidad y el narcisismo, el nuevo romanticismo y hasta el oscurantismo y la mística.

ha coincidido con el planalista de muchos problemas la destrucción de la naturaleza nuclear, el paro, etc., y amiento de posiciones irracionales defienden la intuición o las rocas por el consumo de fuentes de conocimiento la investigación razonada y jetivo, sobre todo en lo que cia al conocimiento de la sociedad, del hombre o de la

os se inicia un considerable a oferta organizada de dro-ro país y la integración de lincuentes comunes en las nsumo-tráfico que se van

DIMENSION UAL DEL BLEMA EN AÑA

que se debe reconocer a la er la situación del consumo España es la insuficiencia de icos fiables que nos permitir, con un grado de aproximable, el número de consumidistintos grados de intensidad, y el seguimiento de lasmo. Aunque recientemente do trabajos en la materia, insuficientes, precisándose inación eficaz que posibilite niento de los recursos emomo la utilización de metotalizadas. A falta de estudios bre los grados de incidencia cia del fenómeno, hemos de el terreno de las aproximadas en los datos obtenidos encuestas u otros indicado-

e, no es arriesgado afirmar e consumo de drogas legas, en nuestro país, es de importancia.

ón del problema de las dro-distinta entidad en función e la sociedad a la que se

e lo que se suele apreciar, el se puede circunscribir al s jóvenes. Los adultos de dad se "drogan" mucho. Su en no percibir como "droas que se utilizan abusiva-ue adquieren libremente o ción médica".

í tiene dos escalas a la hora terminados comportamien-

Boletín de inscripción

(Enviar a Infancia y Aprendizaje. Carretera de Canillas, 138, 2.º, 16 C. 28043 MADRID).

Apellidos..... Nombre.....

Dirección personal.....

Población..... Provincia..... C. Postal.....

Entidad en la que trabaja.....

Titulación..... Puesto de trabajo.....

Dirección entidad.....

Teléfono de contacto (personal o de trabajo, especificar).....

He remitido la cantidad de pesetas en concepto de inscripción a las II Jornadas:

☐ Suscriptor de Infancia y Aprendizaje, cuota reducida (antes de 1 de abril de 1986) (17.000 ptas.).

☐ Regular, cuota reducida (antes del 1 de abril de 1986) (20.000 ptas.).

☐ Suscriptor de Infancia y Aprendizaje (después del 1 de abril de 1986) (20.000 ptas.).

☐ Regular, cuota normal (después del 1 de abril de 1986) (25.000 ptas.).

(Después del 10 de junio se recargará un 10 por 100 en concepto de tramitación urgente).

— Adjunto talón bancario n.º del Banco.....

..... a nombre de II Jornadas Internacionales de Psicología y Educación.

— Adjunto fotocopia de la transferencia o ingreso bancario en la c/c., n.º 2430 del Banco de Santander, Agencia 41, Hermosilla, 101, Madrid 28006, a nombre de II Jornadas Internacionales de Psicología y Educación.

Firma:

Nota importante (sondeo de preferencias)

En principio, las conferencias magistrales se celebrarán en sesiones plenarias. Las *mesas redondas* y *paneles*, sin embargo, se celebrarán simultáneamente en dos o tres salas, por lo que nos es útil conocer las preferencias de los asistentes para habilitar los espacios y tiempos más adecuados y accesibles a todos los interesados. Señale, por favor, su grado de interés entre las áreas del programa:

En primer lugar, me interesa el área núm.

En segundo lugar, me interesa el área núm.

En tercer lugar, me interesa el área núm.

No me interesan en absoluto las siguientes áreas.....

Los contenidos detallados en este programa previo pueden variar en función de las comunicaciones presentadas y de la confirmación de las conferencias magistrales.



Nos debe preocupar el objetivo de mantener la seguridad ciudadana. Eliminar los atentados a la seguridad ciudadana derivados de la dependencia de algunas "drogas ilegales" es cada vez más importante y

cambio, daños considerables para la salud y la entrada en procesos de marginación y dependencia peligrosos.

El abuso continuado puede producir la dependencia, que es el problema más grave desde el punto de vista personal y social.

IV. LOS ORIGENES DEL

particularmente en crisis el conjunto de valores tradicionales que operaban sobre la misma. Las transformaciones económicas han sido, en nuestro caso, muy rápidas, lo que nos ha supuesto la introducción precipitada en una sociedad de consumo sin posibilidad de institucionalizar mecanismos de defensa suficientes. Las frustraciones derivadas de la falta de acceso rápido a mejores condiciones de vida se han sentido en muchos comportamientos

va pérdida de fuerza de las ideas que la sustentaban.

Desde los años 1978-1979, un nuevo proceso se pone en marcha polarizado en torno a dos fenómenos de diverso signo. De un lado, y coincidiendo con el denominado "desencanto", hemos observado el auge de una actitud nueva, hedonista-consumista, que ha ensalzado la sensualidad y el narcisismo, el nuevo romanticismo, el oscurantismo y la mística. Por otro lado, ha coincido con el planalista de muchos problemas la destrucción de la naturaleza, el paro, etc., y el aumento de posiciones irracionales que defienden la intuición o las ideas preconcebidas por el consumo de drogas. Ambas fuentes de conocimiento se enfrentan a la investigación razonada y objetiva, sobre todo en lo que respecta al conocimiento de la sociedad, del hombre o de la naturaleza.

Se inicia un considerable aumento de la oferta organizada de drogas en el país y la integración de elementos comunes en las conductas de consumo-tráfico que se van

DIMENSION SOCIAL DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

que se debe reconocer a la compleja situación del consumo de drogas en España es la insuficiencia de datos fiables que nos permitan, con un grado de aproximación aceptable, el número de consumidores, los distintos grados de intensidad, y el seguimiento de las conductas. Aunque recientemente se han realizado trabajos en la materia, insuficientes, precisándose la necesidad de una investigación eficaz que posibilite el conocimiento de los recursos humanos y económicos para la utilización de metodologías adecuadas. A falta de estudios sobre los grados de incidencia del fenómeno, hemos de recurrir al terreno de las aproximaciones en los datos obtenidos en encuestas u otros indicadores.

Por lo tanto, no es arriesgado afirmar que el consumo de drogas ilegales, en nuestro país, es de gran importancia.

En el problema de las drogas, una distinta entidad en función de la sociedad a la que se

le lo que se suele apreciar, el consumo se puede circunscribir al ámbito de los jóvenes. Los adultos de edad se "drogan" mucho. Su conducta no percibir como "drogas" que se utilizan abusivamente que adquieren libremente o a través de la acción médica".

El consumo tiene dos escalas a la hora de terminados comportamientos.

Boletín de suscripción a INFANCIA Y APRENDIZAJE

Me suscribo a:

- ☐ INFANCIA Y APRENDIZAJE, desde el año.....
- ☐ Deseo recibir los 32 números aparecidos de INFANCIA Y APRENDIZAJE (1978-1985 incl.) al precio especial de 9.540 ptas.

Nombre.....

Apellidos.....

Calle y n.º.....

Ciudad..... D.P. Prov.

Profesión..... Telf.

Centro de trabajo

Forma de pago

- ☐ Talón adjunto núm.....
- ☐ Domiciliación bancaria: es más cómodo y reduce incidencias (rellenar boletín adjunto)Firma

Domiciliación: autorización de pago

Nombre.....

Domicilio.....

Población.....

Ruego acepten con cargo a mi cuenta corriente, los recibos que presenten al cobro por las revistas..... en pago de mis cuotas de suscripción a dichas publicaciones, mientras no reciban orden en contrario por mi parte.

Cuenta corriente núm.....

Banco.....

Agencia.....

Domicilio.....

Población.....

Fecha y firma:

(Rogamos escriban en letra de imprenta o a máquina)

Los contenidos detallados en este programa previo pueden variar en función de las comunicaciones presentadas y de la confirmación de las conferencias magistrales.

ESTRATEGIA SOCIALISTA ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS

construir y mantener una sociedad solidaria, pluralista e integradora. El abuso de las drogas tiende a consolidar procesos de desintegración de la sociedad en su conjunto.

Nos debe preocupar el objetivo de mantener la seguridad ciudadana. Eliminar los atentados a la seguridad ciudadana derivados de la dependencia de algunas "drogas ilegales" es cada vez más importante y

La "Estrategia socialista ante las drogodependencias" es el resultado de la Conferencia celebrada en Segovia el 27 de abril de 1985. Durante las jornadas se llevó a cabo el primer documento-marco presentado por Angel Luna. Asistieron invitados entre los que se encuentran responsables políticos e intelectuales de todo el país, representantes de socialistas europeos, delegados internacionales y un número de expertos en el tema.

Las líneas que siguen, aprobadas por la Comisión Ejecutiva Federal, constituyen un documento de referencia desde esta perspectiva del problema. De aquí que se limite a establecer pautas de actuación y criterios. Dicho de otro modo, se trata de cauces por donde deberían desarrollarse acciones de gobierno pero no concretas a poner en marcha. Buena lógica, deberían ser compatibles con él.

No obstante, y a juicio de especialistas, define un marco de intervención más amplio y el que sustenta el Plan Nacional de lucha contra la droga, ya en su redacción de para algunas ideas del problema de Segovia.

Así pues, parece incuestionable que la "Estrategia socialista ante las drogodependencias" supone un punto de obligada referencia y punto de partida para el estudio netamente esclarecedor de la problemática de las drogodependencias.

El consumo de drogas se ha convertido en uno de los problemas de mayor preocupación en la sociedad. Importantes sectores de la opinión consideran, por diversos motivos, que el problema es especialmente grave y reclaman soluciones de los poderes públicos. Sin embargo, parece que, hasta la fecha, se ha prodigado los análisis en el proceso social de drogadicción.

Un conjunto de estereotipos, creencias y lugares comunes conforma la mayor parte del bagaje con el que la sociedad y, paralelamente, las administraciones Públicas se enfrentan al tema. En la percepción del problema confluyen elementos contradictorios: "la droga" es vicio, provoca placer y dolor; el "drogadicto" es culpable y víctima; hay que reprimirlo. Por eso se reclama represión y asistencia.

Un ejercicio de serena y crítica racionalidad a la vista del alarmismo con que se plantea estos problemas parece imprescindible.

I. HAY QUE PRECISAR CONCEPTOS

Tarifas de INFANCIA Y APRENDIZAJE* (año 1986; núms. 33, 34, 35, 36)

	Neto	Incluido IVA
Suscripción anual para España.....	3.125 ptas.	3.312 ptas.
Suscripción anual para extranjero.....	22 \$	
Precio de ejemplares sueltos, año 1986.....	750 ptas.	795 ptas.
Precio de ejemplares sueltos, año 1986.....	6 \$	
Precio de ejemplares sueltos atrasados disponibles...	600 ptas.	636 ptas.
Precio de ejemplares sueltos atrasados disponibles...	5 \$	
Precio de la colección completa (núms. 1 al 32).....	9.000 ptas.	9.540 ptas.

* En todos los precios están incluidos los gastos de cobro y envío.

La enseñanza del idioma extranjero como segunda o tercera lengua en los diversos niveles del currículum escolar.

cambio, daños considerables para la salud y la entrada en procesos de marginación y dependencia peligrosos.

El abuso continuado puede producir la dependencia, que es el problema más grave desde el punto de vista personal y social.

IV. LOS ORIGENES DEL

particularmente en crisis el conjunto de valores tradicionales que operaban sobre la misma. Las transformaciones económicas han sido, en nuestro caso, muy rápidas, lo que nos ha supuesto la introducción precipitada en una sociedad de consumo sin posibilidad de institucionalizar mecanismos de defensa suficientes. Las frustraciones derivadas de la falta de acceso rápido a mejores condiciones de vida se han sentido en muchos comportamientos

va pérdida de fuerza de las ideas que la sustentaban.

Desde los años 1978-1979, un nuevo proceso se pone en marcha polarizado en torno a dos fenómenos de diverso signo. De un lado, y coincidiendo con el denominado "desencanto", hemos observado el auge de una actitud nueva, hedonista-consumista, que ha ensalzado la sensualidad y el narcisismo, el nuevo romanticismo hasta el

oscurantismo y la mística. Se ha coincidido con el planallista de muchos problemas la destrucción de la naturaleza nuclear, el paro, etc., y amiento de posiciones irracionales defienden la intuición o las rocas por el consumo de fuentes de conocimiento la investigación razonada y jetivo, sobre todo en lo que cia al conocimiento de la sociedad, del hombre o de la

os se inicia un considerable oferta organizada de dro-ro país y la integración de lincentes comunes en las nsumo-tráfico que se van

DIMENSION UAL DEL BLEMA EN AÑA

que se debe reconocer a la ter la situación del consumo España es la insuficiencia de licos fiables que nos permitir, con un grado de aproximable, el número de consumidistintos grados de intensidad, y el seguimiento de las smo. Aunque recientemente do trabajos en la materia, insuficientes, precisándose inación eficaz que posibilite niento de los recursos emomo la utilización de metotalizadas. A falta de estudios bre los grados de incidencia cia del fenómeno, hemos de el terreno de las aproximadas en los datos obtenidos encuestas u otros indicado-

e, no es arriesgado afirmar e consumo de drogas legas, en nuestro país, es de importancia.

ón del problema de las dro-distinta entidad en función e la sociedad a la que se

e lo que se suele apreciar, el se puede circunscribir al s jóvenes. Los adultos de dad se "drogan" mucho. Su en no percibir como "droas que se utilizan abusiva-ue adquieren libremente o ción médica".

í tiene dos escalas a la hora terminados comportamien-

5

AREA 8. La psicopedagogía de la lectoescritura.

Coordina: Ana Teberosky.

Procesos previos e iniciales en la lectura y la escritura. Comprensión y composición. El fomento de la afición y competencias avanzadas en lecto-escritura. La lectura en el ámbito no escolar. Peculiaridades del aprendizaje lecto-escrito en niños con déficits específicos.

AREA 9. Enseñanza de las matemáticas.

Coordina: Angel Riviére.

Tendencias actuales en la investigación de los procesos psicológicos y educativos de la adquisición del pensamiento matemático. Nuevas perspectivas en la enseñanza de las matemáticas en la etapa preescolar, enseñanza general básica y bachillerato.

AREA 10. El desarrollo y la educación perceptivo-motriz.

Coordina: Ana María Pardo.

Desarrollo y didáctica de actividades sensorio-motrices en los primeros años de vida. El papel de la investigación psicopedagógica en el diseño de la educación física y motriz y en el seguimiento del desarrollo. El papel de la escuela en la formación de praxias, destrezas y de hábitos deportivos.

AREA 11. La aportación de la psicología al uso educativo de las nuevas tecnologías de la representación: audiovisuales y ordenador.

Coordina: Pablo del Río.

Las competencias lecto-escritas de los nuevos códigos y lenguajes: visual literacy, auditive literacy, computer literacy. La investigación y construcción de los nuevos procesos interactivos de educación a través del ordenador: formatos empaquetados o sistemas telemáticos abiertos. El papel del ordenador en contenidos curriculares específicos. La compensación cibernética de déficits sensoriales y motores.

AREA 12. La enseñanza de las ciencias sociales.

Coordina: Mario Carretero.

La investigación y la renovación didáctica en la enseñanza de la historia y la geografía. Implicaciones psicopedagógicas del conocimiento social.

AREA 13. La enseñanza de las ciencias físico-naturales.

Coordina: Juan DelVal

Líneas actuales de investigación psicopedagógica. El desarrollo de los conceptos físicos y naturales en los ciclos de la educación: preescolar, enseñanza básica y bachillerato.

Las sesiones de las Jornadas se articularán, en principio, en base a conferencias magistrales (sesiones plenarias), mesas redondas y paneles (sesiones alternativas). Estas dos últimas posibilidades estarán a cargo de un coordinador por área.

Los contenidos detallados en este programa previo pueden variar en función de las comunicaciones presentadas y de la confirmación de las conferencias magistrales.



ESTRATEGIA SOCIALISTA ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS

construir y mantener una sociedad solidaria, pluralista e integradora. El abuso de las drogas tiende a consolidar procesos de desintegración de la sociedad en su conjunto.

Nos debe preocupar el objetivo de mantener la seguridad ciudadana. Eliminar los atentados a la seguridad ciudadana derivados de la dependencia de algunas "drogas ilegales" es cada vez más importante y

La "Estrategia socialista ante las drogodependencias" es el resultado de la Conferencia celebrada en Segovia y 27 de abril de 1985. Durante las jornadas se llevó a cabo el documento-marco presentado por Angel Luna. Asistieron invitados entre los que se encuentran responsables políticos e intelectuales de todo el país, representantes de socialistas europeos, de partidos internacionales y un número de expertos en el tema.

Las líneas que siguen, aprobadas por la Comisión Ejecutiva Federal, constituyen un documento de referencia desde esta perspectiva del tema. De aquí que se limite a las pautas de actuación y conclusiones. Dicho de otro modo, cauces por donde deberían ir las acciones de gobierno pero concretas a poner en marcha, de buena lógica, deberían ser herederas con él.

No obstante, y a juicio de especialistas, define un marco de intervención más amplio y el que sustenta el Plan Nacional, ya en su redacción de por sí algunas ideas del Plan de Segovia.

Así pues, parece incuestionable que la "Estrategia socialista ante las drogodependencias" supone un punto de partida obligado de referencia y de estudio netamente esclarecedor ante la problemática de las drogas.

El consumo de drogas se encuentra en uno de los problemas de mayor preocupación en la sociedad. Importantes sectores de la opinión consideran, por diversos motivos, que el problema es grave y reclaman soluciones. Sin embargo, hasta la fecha, no se ha producido un análisis en profundidad del proceso social de drogadicción.

Un conjunto de estereotipos, creencias y lugares comunes conforma la mayor parte del bagaje que la sociedad y, paralelamente, las Administraciones Públicas se han ido haciendo del tema. En la percepción del problema confluyen elementos contradictorios: "la droga" es vicio y provoca placer y dolor; el "drogadicto" es culpable y víctima; hay que castigarle. Por eso se reclama represión y asistencia.

Un ejercicio de serenidad y de racionalidad a la vista del alarmismo con que se plantean estos problemas parece imprescindible.

I. HAY QUE PRECISAR CONCEPTOS

6

Bases para la presentación de comunicaciones

Temática. En principio, se aceptarán a examen aquellas comunicaciones relacionadas con el temario de las jornadas, es decir, el desarrollo y el proceso educativo desde una perspectiva psicológica, dándose preferencia a las relaciones con las áreas específicas de contenido expuestas en el programa.

Extensión y características. Deberán tener una extensión no ampliable en ningún caso de cinco a diez folios a doble espacio (2.000 pulsaciones) y un resumen de 10 líneas preceptivo, enviándose original y dos copias. El incumplimiento de cualquiera de estos requisitos dará lugar a la devolución del original presentado. Deberá acompañarse del boletín correspondiente, debidamente cumplimentado.

Fechas de envío. Hasta el 1 de abril de 1986. No se admitirán comunicaciones con posterioridad a esa fecha. Deberán remitirse a la Secretaría de las Jornadas, que acusará recibo, sin que se mantenga otro tipo de correspondencia o contacto hasta su aceptación o rechazo.

Procedimiento de aceptación. Todas las comunicaciones se someterán a examen del Comité Científico y del coordinador del área a que se adscriba. Las comunicaciones no aceptadas serán devueltas a su remitente tan pronto se conozca la decisión. Las comunicaciones aceptadas se canalizarán por los siguientes medios:

Exposición. Si algunas de las comunicaciones se adecúan especialmente a la configuración de las mesas redondas, podrán incorporarse a éstas, a criterio del coordinador y del Comité Científico. El resto podrán exponerse en paneles, cuyo programa se constituirá atendiendo al número de comunicaciones y a su calidad y coherencia interna. Asimismo, en función de la disponibilidad de tiempos y espacios al margen del programa oficial, los comunicantes podrán recabar de la Secretaría la convocatoria de sesiones interactivas libres.

Publicación. De todas las comunicaciones aceptadas, se publicará un resumen de 10 líneas en la documentación oficial de las Jornadas, a entregar a los asistentes. El texto completo de las Conferencias, ponencias o comunicaciones expuestas en el programa oficial será objeto de una publicación unitaria con posterioridad a las Jornadas, publicación que será remitida a los asistentes gratuitamente. INFANCIA Y APRENDIZAJE, en calidad de organizadora de las Jornadas, se reserva el derecho de publicar en sus páginas regulares con posterioridad a las Jornadas, aquellas comunicaciones seleccionadas por el Comité Científico, en forma de artículo en números ordinarios o en monografías. De esta posibilidad se informará oportunamente a los autores.

cambio, daños considerables para la salud y la entrada en procesos de marginación y dependencia peligrosos.

El abuso continuado puede producir la dependencia, que es el problema más grave desde el punto de vista personal y social.

IV. LOS ORIGENES DEL

particularmente en crisis el conjunto de valores tradicionales que operaban sobre la misma. Las transformaciones económicas han sido, en nuestro caso, muy rápidas, lo que nos ha supuesto la introducción precipitada en una sociedad de consumo sin posibilidad de institucionalizar mecanismos de defensa suficientes. Las frustraciones derivadas de la falta de acceso rápido a mejores condiciones de vida se han sentido en muchos comportamientos

va pérdida de fuerza de las ideas que la sustentaban.

Desde los años 1978-1979, un nuevo proceso se pone en marcha polarizado en torno a dos fenómenos de diverso signo. De un lado, y coincidiendo con el denominado "desencanto", hemos observado el auge de una actitud nueva, hedonista-consumista, que ha ensalzado la sensualidad y el narcisismo, el nuevo romanticismo y el oscurantismo y la mística. De otro lado, ha coincidido con el planalista de muchos problemas la destrucción de la naturaleza, el aumento nuclear, el paro, etc., y el afianzamiento de posiciones irracionales que defienden la intuición o las ideas preconcebidas por el consumo de drogas. Ambas fuentes de conocimiento se basan en la investigación razonada y objetiva, sobre todo en lo que se refiere al conocimiento de la sociedad, del hombre o de la

os se inicia un considerable aumento de la oferta organizada de drogas en el país y la integración de delincuentes comunes en las actividades de consumo-tráfico que se van

Inscripciones

Cuotas:

Antes del 1 de abril de 1986

- a) Suscriptores de INFANCIA Y APRENDIZAJE, 17.000 ptas.
- b) Inscripciones regulares, 20.000 ptas.

Después del 1 de abril de 1986

- a) Suscriptores de INFANCIA Y APRENDIZAJE, 22.000 ptas.
- b) Inscripciones regulares, 25.000 ptas.

Forma de pago:

El pago se realizará a través de transferencia, ingreso bancario o talón a nombre de:

II Jornadas Internacionales de Psicología y Educación.

(c/c. núm. 2.430. Banco de Santander, Agencia 41. Hermosilla, 101. 28006 Madrid).

Enviar la inscripción, justificante de transferencia o ingreso o talón bancario a la Secretaría de las Jornadas.

Observaciones:

La admisión se realizará por riguroso orden de inscripción. El número de asistentes está limitado a 1.000 congresistas.

Los congresistas que envíen comunicaciones no quedarán exentos del pago de la cuota de inscripción correspondiente.

No se considerará ninguna inscripción definitiva si no va acompañada de la fotocopia que acredita la transferencia o ingreso bancario a la cuenta corriente del Congreso.

Toda cancelación efectuada antes del 15 de abril de 1986 supondrá una retención del 25 por 100 en concepto de gastos y previsiones. Las cancelaciones posteriores a esta fecha supondrán la retención de la cuota íntegra, si bien será remitida toda la documentación que se elabore en el Congreso.

Las inscripciones posteriores al 10 de junio de 1986 serán gravadas con un 10 por 100 para compensar los trabajos administrativos urgentes.

DIMENSION CUALITATIVA DEL PROBLEMA EN NUESTRA ÉPOCA

que se debe reconocer a la mala situación del consumo en España es la insuficiencia de datos fiables que nos permitan, con un grado de aproximación aceptable, el número de consumidores y los distintos grados de intensidad, y el seguimiento de las tendencias. Aunque recientemente se han realizado algunos trabajos en la materia, insuficientes, precisándose la necesidad de una investigación eficaz que posibilite el conocimiento de los recursos humanos y materiales utilizados en la utilización de drogas. A falta de estudios sobre los grados de incidencia del fenómeno, hemos de recurrir al terreno de las aproximaciones en los datos obtenidos en encuestas u otros indicadores.

Por lo tanto, no es arriesgado afirmar que el consumo de drogas legales, en nuestro país, es de importancia creciente.

Uno de los problemas de las drogas es la distinta entidad en función de la sociedad a la que se

refiere lo que se suele apreciar, el consumo de drogas se puede circunscribir al ámbito de los jóvenes. Los adultos de mayor edad se "drogan" mucho. Su consumo no se percibe como "drogas" que se utilizan abusivamente, sino que adquieren libremente o por prescripción médica.

El consumo tiene dos escalas a la hora de valorar los comportamientos

ESTRATEGIA SOCIALISTA ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS

construir y mantener una sociedad solidaria, pluralista e integradora. El abuso de las drogas tiende a consolidar procesos de desintegración de la sociedad en su conjunto.

Nos debe preocupar el objetivo de mantener la seguridad ciudadana. Eliminar los atentados a la seguridad ciudadana derivados de la dependencia de algunas "drogas ilegales" es cada vez más importante y

La "Estrategia socialista ante las drogodependencias" es el resultado de la Conferencia celebrada en Segovia el 27 de abril de 1985. Durante las jornadas se llevó a cabo el documento-marco presentado por Angel Luna. Asistieron invitados entre los que se encontraban responsables políticos e intelectuales de todo el país, representantes de socialistas europeos, de partidos internacionales y un número importante de expertos en el tema.

Las líneas que siguen, aprobadas por la Comisión Ejecutiva Federal, constituyen un documento de referencia desde esta perspectiva del problema. De aquí que se limite a señalar las pautas de actuación y criterios. Dicho de otro modo, se trata de pautas por donde deberían actuar las acciones de gobierno pero no de pautas concretas a poner en marcha. Buena lógica, deberían ser compatibles con él.

No obstante, y a juicio de especialistas, define un marco de intervención más amplio y el que sustenta el Plan Nacional, ya en su redacción de por sí algunas ideas del Plan de Segovia.

Así pues, parece incuestionable que la "Estrategia socialista ante las drogodependencias" supone un punto de partida obligado de referencia y punto de partida netamente esclarecedor para la problemática de las drogodependencias.

El consumo de drogas se ha convertido en uno de los problemas de mayor preocupación en la sociedad. Importantes sectores de la opinión consideran, por decirlo así, que el problema es extraordinariamente grave y reclaman soluciones que impliquen a los poderes públicos. Sin embargo, parece que, hasta la fecha, se ha prodigado los análisis en el proceso social de drogadicción.

Un conjunto de estereotipos, creencias y lugares comunes conforma la mayor parte del bagaje con el que la sociedad y, paralelamente, las Administraciones Públicas se enfrentan al tema. En la percepción del problema confluyen elementos contradictorios: "la droga" es vicio y pecado; provoca placer y dolor; el consumidor es culpable y víctima; hay que castigarlo. Por eso se reclama represión y asistencia.

Un ejercicio de serena y crítica racionalidad a la vez, que ponga en guardia con que se planteen estos problemas para su resolución.

I. HAY QUE PRECISAR

8

Entidades colaboradoras

(Confirmadas hasta la fecha)

Ayuntamiento de Barcelona: Instituto Municipal de Educación (IME), Instituto Municipal de Investigación Aplicada a la Educación (IMIPAE).

Ayuntamiento de Valencia: Instituto Municipal de Educación (IME).

Colegio Oficial de Psicólogos: Delegaciones de Andalucía Occidental, Andalucía Oriental, Aragón, Baleares, Castilla-León, Galicia, Madrid, Navarra, Norte, Las Palmas, Tenerife, Valencia.

Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.

Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales (FEAPS).

Generalitat de Catalunya: Departament d'Ensenyament.

Junta de Andalucía: Consejería de Educación.

Ministerio de Educación y Ciencia: Subdirección General de Educación a Distancia, Subdirección General de Educación Especial.

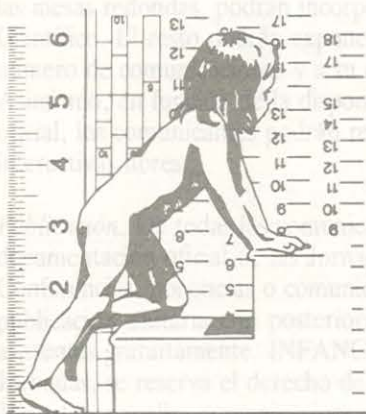
Ministerio de Justicia: Dirección General de Protección Jurídica del Menor.

Universidad Autónoma de Barcelona: Instituto de Ciencias de la Educación.

Universidad Autónoma de Madrid: Instituto de Ciencias de la Educación.

Universidad Central de Barcelona: Instituto de Ciencias de la Educación.

Ayuntamiento de Madrid.



**Secretaría
Infancia y Aprendizaje
Carretera de Canillas, 138
28043 Madrid
Tfno. 200 93 38**

cambio, daños considerables para la salud y la entrada en procesos de marginación y dependencia peligrosos.

El abuso continuado puede producir la dependencia, que es el problema más grave desde el punto de vista personal y social.

IV. LOS ORIGENES DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

Hay una serie de antecedentes de imprescindible enunciado para comprender el fenómeno contemporáneo del consumo de "drogas", no sólo en nuestro país, sino en una gran parte del mundo actual.

El desarrollo de la industria farmacéutica juega un papel fundamental en los cambios operados, desde la segunda mitad del siglo XIX, en esta materia. Las principales "drogas" que hoy son objeto de consumo fueron sintetizadas en laboratorio y producidas en gran escala, lo que permite el consumo masivo, a partir de ese período. Paralelamente, el desarrollo de los transportes y de los medios de comunicación ha sido clave para la difusión mundial de modelos de consumo, una vez creada la infraestructura industrial.

La codificación del "drogadicto", como estereotipo socialmente definido, y la creación del modelo represivo para combatir los consumos, que tienen lugar en torno a la segunda década del siglo, van a tener una enorme influencia en el desarrollo posterior del fenómeno. Hasta ese momento, han existido individuos adictos a ésta o aquella sustancia, sin que generalmente se les relacionasen entre sí y sin ser considerados como un grupo homogéneo. La presión de los movimientos puritanos, que lleva a los Estados Unidos a forzar el convenio de La Haya por el que se instaura el modelo represivo, lleva también a la creación de la figura del "drogadicto" cajón de sastre en que colocar a todo aquel que consuma sustancias "prohibidas". Se acaba de señalar un camino para todo el que quiera experimentar con el placer de lo "prohibido" y al mismo tiempo, para todo el que quiera manifestar su oposición al sistema. Las expectativas culturales que de ello se derivan representan un elemento clave para comprender el sentido de muchos comportamientos.

El nacimiento y desarrollo del movimiento contracultural, que aparece en los Estados Unidos a finales de la década de los cincuenta, de una enorme influencia en todo el mundo gracias a la difusión de muchos de sus compartimientos por las bandas y grupos de músicos, creó y difundió un cuerpo teórico en torno al consumo de "drogas", sentando las bases que han servido y que aún hoy se utilizan para justificar ante importantes sectores sociales, sobre todo los jóvenes, el citado consumo.

Sobre la realidad española han actuado, además, otra serie de factores a tener en cuenta. El paso de una sociedad agraria a una de carácter industrial, con el consiguiente proceso de urbanización de una gran parte de la población, ha puesto

particularmente en crisis el conjunto de valores tradicionales que operaban sobre la misma. Las transformaciones económicas han sido, en nuestro caso, muy rápidas, lo que nos ha supuesto la introducción precipitada en una sociedad de consumo sin posibilidad de institucionalizar mecanismos de defensa suficientes. Las frustraciones derivadas de la falta de acceso rápido a mejores condiciones de vida se han sentido en muchos comportamientos. Los fenómenos migratorios han comportado, especialmente, desajustes en modos de vida y distorsión de las escalas de valores en las poblaciones emigrantes, dando como resultados graves problemas de adaptación que se manifiestan, sobre todo en la segunda generación que accede a la adolescencia en una grave situación de crisis económica, que pesa como una losa sobre sus expectativas de futuro. La incorporación de la mujer al trabajo ha afectado la distribución de roles en la familia, alterando su papel tradicional en la misma. El turismo ha supuesto, sobre todo en algunas zonas, el contacto con formas de vida y de consumo especialmente distintas de las habituales entre nosotros.

También en las sociedades occidentales ha tenido lugar un fenómeno a destacar: la medicalización de los problemas sociales. La vida en las sociedades modernas es una fuente de tensiones y depresiones que ya no se soportan como antes. El recurso de los fármacos para aliviar cualquier desajuste, cualquier tensión, cualquier sufrimiento, por pequeño que éste sea, se ha convertido en lo habitual. Nos hemos instalado en la ideología que hace de las sustancias químicas remediadoras de todos los males, aliviadoras de todos los problemas. La influencia social de esta actitud no debe ignorarse, sobre todo en nuestro país, donde ha sido tradicional la falta de control de los fármacos, con ejemplos escandalosos como en el caso de las anfetaminas.

Durante los últimos años del franquismo, en muchos sectores de universitarios e intelectuales, que conocían el movimiento contracultural americano, se empezó a asociar la "cultura de la droga" con una cierta cultura de la "libertad", como rechazo a un régimen político represivo, una de cuyas manifestaciones sería la represión del consumo de drogas. Asimismo, algunos grupos de jóvenes van acercándose a planteamientos culturales que asimilan "droga" con liberación, percepción, creación, etc. Todo ello coincidió con el auge del consumo de drogas a nivel europeo y con factores como el desarrollo de la crisis económica y de forma concomitante, el paro juvenil, y la falta de oportunidades de este sector social, junto a una mayor integración de España en las redes del tráfico internacional de drogas ilegales. La conjunción de estos dos grupos de factores contribuyó, pues, al posterior incremento del consumo.

La transición democrática supone un período de confusión entre las nuevas situaciones y las actitudes derivadas de las anteriores, lo que hace que las fronteras entre control social y tolerancia y libertades públicas no aparezcan de forma clara. La dinámica iniciada anteriormente sigue su curso, aunque con una progresi-

va pérdida de fuerza de las ideas que la sustentaban.

Desde los años 1978-1979, un nuevo proceso se pone en marcha polarizado en torno a dos fenómenos de diverso signo. De un lado, y coincidiendo con el denominado "desencanto", hemos observado el auge de una actitud nueva, hedonista-consumista, que ha ensalzado la sensualidad y el narcisismo, el nuevo romanticismo y hasta el oscurantismo y la mística. Esta corriente ha coincidido con el planteamiento fatalista de muchos problemas del momento, la destrucción de la naturaleza, el holocausto nuclear, el paro, etc., y con el reforzamiento de posiciones irracionales que defienden la intuición o las fantasías provocadas por el consumo de drogas, como fuentes de conocimiento alternativas a la investigación razonada y al análisis objetivo, sobre todo en lo que hace referencia al conocimiento de la cultura, de la sociedad, del hombre o de la historia.

En estos años se inicia un considerable aumento de la oferta organizada de drogas en nuestro país y la integración de grupos de delincuentes comunes en las redes de consumo-tráfico que se van creando.

V. LA DIMENSION ACTUAL DEL PROBLEMA EN ESPAÑA

Lo primero que se debe reconocer a la hora de exponer la situación del consumo de drogas en España es la insuficiencia de datos estadísticos fiables que nos permitan determinar, con un grado de aproximación aceptable, el número de consumidores en los distintos grados de intensidad del consumo, y el seguimiento de las pautas del mismo. Aunque recientemente se han iniciado trabajos en la materia, resultan aún insuficientes, precisándose de una coordinación eficaz que posibilite el aprovechamiento de los recursos empleados, así como la utilización de metodologías normalizadas. A falta de estudios suficientes sobre los grados de incidencia y de prevalencia del fenómeno, hemos de movernos en el terreno de las aproximaciones, apoyadas en los datos obtenidos en recientes encuestas u otros indicadores.

No obstante, no es arriesgado afirmar que el nivel de consumo de drogas legales o ilegales, en nuestro país, es de considerable importancia.

La dimensión del problema de las drogas adquiere distinta entidad en función del estrato de la sociedad a la que se pertenece.

En contra de lo que se suele apreciar, el problema no se puede circunscribir al ámbito de los jóvenes. Los adultos de nuestra sociedad se "drogan" mucho. Su error consiste en no percibir como "drogas" sustancias que se utilizan abusivamente, pero que adquieren libremente o "por prescripción médica".

La sociedad tiene dos escalas a la hora de valorar determinados comportamien-

tos, según sean protagonizados por un joven o por un adulto. Sin embargo, es cierto que los jóvenes se encuentran en una situación de riesgo considerablemente mayor. Los adultos que abusan del alcohol o de otras drogas ilegales dañan considerablemente su salud, pero su entrada en procesos de marginación social es más improbable que la de los jóvenes. La ilegalidad manifiesta de las sustancias consumidas por los jóvenes resulta, en muchos casos, determinante.

Los jóvenes reciben un elevado nivel de oferta de drogas ilegales. Aunque es de importancia el número de jóvenes que ha experimentado en alguna ocasión con drogas ilegales, podemos afirmar que, en este momento, es aún reducido el número de los que abusan o son dependientes. La importancia del problema, aunque relativa desde el punto de vista cuantitativo, es grave por las situaciones personales, familiares y sociales que se generan, y se manifiesta como ciertamente inquietante por el rápido incremento de estos procesos.

En España, el fenómeno más generalizado es el de la politoxicomanía, dándose casos en los que no aparece un síndrome de dependencia específico respecto de una sustancia concreta y otros en los que aparece una droga "reina" que a veces se sustituye por el uso de otras. También debemos señalar la existencia de situaciones de dependencia de una sola droga.

¿Por qué, sin embargo, existe la opinión de que la heroína tiene una gran incidencia en una parte de nuestra juventud? Tal vez convenga analizar algunos factores de particular influencia en la percepción social del fenómeno.

El conocimiento que la mayoría de la sociedad ha tenido del problema del consumo de drogas ha venido determinado por el tratamiento que del mismo han efectuado los medios de comunicación social. Tras un seguimiento prolongado, el tema "droga" aparece sistemáticamente asociado a "plaga", "drama", "peligro", "muerte", "delito", "misterio", etc. Es decir, se han reunido todos los ingredientes necesarios para desarrollar un mito de una potencialidad social considerable.

Los supuestos "efectos necesarios" derivados del consumo de la heroína se han difundido a los cuatro vientos, levantando unas expectativas de tal magnitud que su cumplimiento ha resultado inevitable. La profecía que se justifica a sí misma tiene en este tema un destacado ejemplo. Cuando se repite hasta la saciedad que al sexto pinchazo ya se está "enganchado" y eso, además, se dice desde fuentes con influencia social, lo normal es que un joven "se sienta enganchado" después de haberse pinchado seis veces, aunque haya sido con heroína que apenas tenía un 8 por 100 de pureza, como es lo habitual. A partir de ese momento esperará los efectos que "necesariamente" ocurren siempre, es decir, vivirá obsesionado con evitar el síndrome de abstinencia y "sentirá la necesidad" de hacer cualquier cosa para evitarlo. Esto es lo que le han enseñado que ocurre "siempre" y, claro, esto es lo que va a ocurrir.

Por otra parte, la derecha, y todo su aparato de propaganda, no ha cesado de denunciar la extraordinaria gravedad del

fenómeno, asociando insistentemente el tema del consumo de drogas ilegales al tema de la inseguridad ciudadana, silenciando las implicaciones de las drogas legales. Es la eterna estrategia de generar una sensación de inseguridad que legitima su discurso político reaccionario y se resume en el fomento del miedo a la libertad.

No se puede negar que las drogas ilegales sean un factor criminógeno, entre otras cosas porque su misma condición de ilegalidad le confiere una potencialidad criminógena añadida. Por otra parte, casi todas las drogas, tanto las legales como las ilegales, pueden generar delincuencia, unas veces por la capacidad del síndrome de dependencia para desencadenar una conducta delictiva orientada a la consecución de la droga, otras por el efecto desinhibidor estimulante de algunas de ellas y otras por la espiral marginación/represión/criminalidad que la drogodependencia puede llevar consigo.

Cierto es que algunos individuos han desembocado en la delincuencia como consecuencia de su drogadicción, pero esto no es, ni con mucho, el caso más general. Debemos empezar a distinguir al drogadicto-delincuente, caso citado, del delincuente-drogadicto, es decir, del que ya se encuentra en un proceso de desviación social previo a la drogadicción y que terminaría en la delincuencia con o sin contacto con las "drogas". Estas pueden reforzar algunos de esos procesos de desviación social pero en ningún caso pueden considerarse responsables de la mayoría de ellos, como se pretende.

El consumo de alcohol sigue siendo el problema más extendido de drogodependencia presente en nuestro país, con una peligrosidad potencial superior al del resto de las "drogas" legales o ilegales.

Se ha producido un incremento espectacular de su consumo y los cambios esenciales en los usos que se han producido, sobre todo entre los jóvenes y las mujeres, van a determinar un aumento considerable de su peligrosidad, no sólo desde el punto de vista de la salud, sino desde el punto de vista de la integración social. El consumo de alcohol hoy tiene poco que ver con el consumo tradicional de vino de nuestra sociedad. El alcohol de más de 40° va sustituyendo al de 12°, debido fundamentalmente a la presión de la publicidad, y su consumo se va extendiendo no sólo entre los jóvenes, sino incluso entre los adolescentes y niños.

La sociedad, que tiene una visión exagerada de los peligros de las "drogas", no siente de ninguna manera la amenaza del alcohol. Recientes estudios demuestran ya que un porcentaje de jóvenes en torno al 20 por 100 van a tener toda su vida condicionada por la relación con el alcohol. El alcohol es, además, la droga de iniciación en la práctica totalidad de los casos: las relaciones de los jóvenes con las sustancias psicoactivas suelen comenzar por el alcohol y éste conserva una presencia fundamental a lo largo de todo el tiempo que dura la relación de un individuo con las "drogas ilegales"; la sociedad debe replantearse seriamente su permisividad respecto del uso y abuso del alcohol.

El uso de los derivados del cáñamo está

más extendido que el de otro tipo de sustancia ilegal en nuestro entorno. Se perciben estos productos como menos perjudiciales y peligrosos, de ahí su mayor aceptación fundamentalmente entre los jóvenes. Aunque el tema de la peligrosidad de sus efectos para la salud es, en estos momentos, objeto de duras polémicas, podemos afirmar que su uso es nocivo. Sin embargo, su utilización por menores y adolescentes añade un factor multiplicador de riesgo, que puede facilitar la escalada en el consumo de "drogas", por razones de relación con el grupo entre los jóvenes por utilizar los mismos canales de distribución o porque contribuye a cambiar la percepción que se tiene de otras "drogas" más nocivas. Es también, junto con el alcohol, una droga que aparece en el itinerario del consumo de otras drogas.

El uso de la cocaína ha experimentado desde hace unos años un cambio sustancial. Por un lado se han incrementado los niveles de uso de esta droga en forma considerable y por otro está siendo utilizada más por sectores marginales que por grupos de renta alta. En este sentido, la cocaína es una droga con una peligrosidad potencial similar a la heroína, cuya incidencia es de prever, contando con la experiencia de otros países en los próximos años.

Los fármacos tienen también un nivel de consumo preocupante. Mayor, si cabe, porque su abuso frecuente no se percibe como peligroso y su dependencia se ignora. Sólo preocupa su consumo, ilegal, por los jóvenes cuando los problemas más graves de farmacodependencias se dan entre los adultos. Aunque se han dado pasos para corregir esta situación, el recurso a los fármacos para resolver problemas derivados de la vida social sigue siendo un hecho comúnmente aceptado. De ningún modo deberíamos subestimar los efectos nocivos, para el individuo y la sociedad, de su consumo masivo.

En los últimos años, la utilización de inhalables ha empezado a ser un fenómeno observado entre nosotros, fundamentalmente entre los más jóvenes y de menores recursos económicos. Su peligrosidad es patente, por lo que debemos seguir con atención el fenómeno. Las iniciativas del Gobierno, tendentes a adoptar soluciones técnicas para la fabricación de determinados productos, pueden contribuir eficazmente a controlar el tema.

VI. APROXIMACION A UNA ESTRATEGIA PARA LA ACCION

Las campañas negativas, los planteamientos negativos del tipo "alto a...", "lucha contra...", "todos contra...", etc., han sido demostrado suficientemente su ineficacia. Nuestro trabajo debe ir dirigido a alcanzar una serie de objetivos positivos y concretos: la salud, la seguridad en la calle, en el trabajo, en el tráfico, la integración social, la libertad personal, la felicidad, buscando el desarrollo integral de la persona. Esta debe ser la óptica de nuestra reflexión.

Es evidente que existe consumo de "drogas" porque existe oferta de "drogas" en la calle y, parece también evidente que a un incremento considerable de la oferta se corresponde un incremento, mayor o menor, en el consumo. La primera acción para disminuir el consumo ha de estar dirigida a disminuir el nivel de oferta. Para ello es imprescindible la utilización de los mecanismos de control del Estado.

Debemos valorar positivamente la reforma del artículo 344 del Código Penal de 1983, si bien la experiencia de su aplicación nos aconseja el endurecimiento en las penas a aplicar a los traficantes.

Deben articularse procedimientos eficaces que permitan atacar contundentemente las estructuras económico-financieras que se encuentran detrás del tráfico de drogas. Todo el que se dedique al tráfico debe saber que terminará perdiendo su libertad y los bienes adquiridos con este comercio. Del mismo modo debe facilitarse la posibilidad de investigar, en colaboración con las autoridades de otros países, las cuentas bancarias de los presuntos traficantes.

Debe permitirse al pequeño traficante, que lo es como consecuencia de su adicción y para poder satisfacer la misma, la reducción de penas a condición de someterse voluntariamente a un tratamiento de desintoxicación y deshabituación. Para ello deberían establecerse las garantías que impidieran su utilización abusiva por delincuentes sin voluntad de rehabilitación.

La despenalización del consumo debe mantenerse, pues lo contrario agravaría el problema empujando a procesos aún mayores de marginación social a sectores considerables de nuestra juventud. La persecución de los consumidores forzaría su organización en núcleos cada vez más ocultos al margen de la sociedad y más enfrentados a la misma. La sociedad no debe romper la barrera entre consumidor y traficante, si no quiere facilitar el paso de una situación a otra, para lo que no debe aplicarles el mismo tratamiento.

Juzgamos correcta la distinción, a efectos penales, entre sustancias que causan grave daño a la salud y aquellas otras que no lo causan tan grave, como ha hecho recientemente la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.

Las medidas legislativas necesitan, para su eficacia, de unos dispositivos policiales apropiados. En España, la falta de coordinación entre los diferentes cuerpos de seguridad está perjudicando la acción contra el tráfico de drogas ilegales. Se impone la necesidad de adoptar, con urgencia, las medidas adecuadas para facilitar la coordinación, la modernización, la profesionalización y, como consecuencia, la eficacia de los citados cuerpos de seguridad.

La colaboración del Estado en todas las acciones internacionales en la materia, fundamentalmente en las dirigidas a la sustitución de cultivos de materias primas en los países productores, debe mantenerse y potenciarse.

Paralelamente nuestra red de Exteriores debería informar puntualmente a la Administración de las experiencias que van realizando otros países, haciendo un seguimiento de las mismas.

El Estado se debe plantear seriamente la actuación sobre el desmesurado nivel de oferta de alcohol y tabaco en nuestra sociedad. No habrá manera de reducir el consumo de drogas ilegales sin actuar eficazmente sobre el consumo de alcohol, cuya permisividad desacredita ante los ojos de muchos jóvenes las acciones contra esas otras drogas, haciéndoles aparecer como producto de prejuicios morales. La presencia del alcohol en nuestra sociedad es muy fuerte, por lo que no se puede pretender su ilegalización. No obstante, deberían planificarse una serie de medidas que condujeran gradualmente a una drástica disminución de su consumo, cuidando especialmente la aplicación de la legislación vigente en relación con la venta de alcohol a menores. Se estima conveniente la eliminación progresiva de la publicidad de alcohol y tabaco. Esto legitimaría el conjunto de nuestro discurso sobre la drogadicción, diferenciándolo de los mensajes alarmistas, moralistas y sesgados de la derecha.

La actuación sobre la oferta, con ser necesaria, resulta a todas luces insuficiente. Sesenta años de funcionamiento del modelo exclusivamente represivo han demostrado suficientemente su fracaso. Es preciso actuar en la sociedad sobre el nivel de demanda de "drogas". Hay que realizar una consciente política de prevención.

Las drogas cumplen en nuestra formación social una función muy determinada, que tiene una relación directa con las expectativas culturales que se han desarrollado en torno a las mismas, con los complejos culturales e intereses económicos asociados a su consumo y a los mecanismos simbólicos presentes en las formas en que se utilizan. Siempre ha sido así a lo largo de la historia. A nosotros nos toca analizar el fenómeno en nuestra realidad social para comprender los mecanismos que lo impulsan y, de ese modo, actuar eficazmente sobre los mismos.

Las drogas se perciben en nuestra sociedad como sustancias placenteras, peligrosas y prohibidas. Cada una de estas percepciones lleva aparejada una o varias expectativas culturales, pudiendo manifestarse simultáneamente algunas de ellas, lo que da lugar a un complejo cuadro de posibilidades que debemos tener presente en todo momento.

Se puede desear el consumo de sustancias placenteras para obtener sensación de bienestar, por curiosidad, para evadirse, como estímulo o para incrementar la capacidad creadora. Se puede desear el consumo de sustancias peligrosas para obtener nuevas experiencias, para buscar emociones, para sentirse aceptado o admirado por un grupo determinado. Finalmente, se puede desear consumir sustancias prohibidas como expresión de independencia, para manifestar hostilidad al sistema, como expresión de marginación o como manifestación de pertenencia a un grupo.

Esta serie de complejos culturales no se difunden por igual entre todos los grupos sociales.

Existe una diversidad de situaciones que condicionan la vivencia y la posición de riesgo ante el fenómeno de las drogas. A modo de ejemplo se puede apuntar la

existencia de colectivos (ejecutivos, amas de casa, jóvenes estudiantes, desempleados, o en procesos de marginación) con diferentes situaciones de vida familiar, empleo o integración social, que les hace vivir y responder de forma diferenciada ante el problema de las drogas.

Partir de estas situaciones es imprescindible a la hora de diseñar y promover medidas específicas que pretendan alcanzar resultados eficaces y ajustados a las necesidades de los diversos colectivos sociales.

Una política preventiva global es lo más rentable socialmente, si bien sus efectos se perciben a largo plazo. En su diseño, hay que tener muy claro la diversidad de situaciones, los factores de tipo cultural y económico y que no existe un mensaje único para toda la sociedad, ni aún para todos los jóvenes.

En nuestra sociedad se ha colocado el calificativo, cargado de valoración negativa, de "drogadicto" a un considerable número de sujetos. Es un grave error estigmatizar a grupos sociales enteros, a los que se empuja abiertamente a la marginación forzándoles a romper sus lazos con la sociedad y haciendo su situación prácticamente irreversible. Pero el error resulta aún mayor al aplicar de la misma forma el calificativo y, por consiguiente, el rechazo al joven que fuma ocasionalmente hachís y al adicto a la heroína. Si la sociedad le va a tratar igual, ¿qué más le da estar en una situación o en otra? Hay barreras que deben mantenerse no valorando del mismo modo situaciones sustancialmente distintas que, además, representan posiciones de peligrosidad muy diferentes, tanto para el individuo como para la sociedad. El uso y el abuso y la dependencia no deben ser confundidos ni asimilados.

Es enormemente difícil la acción desde los medios de comunicación de masas. Es prácticamente imposible, desde la escasez de espacio o tiempo con que se manifiestan las noticias en la prensa o la radio-televisión, exponer con rigor un tema tan complejo y lleno de matices como es el uso de las distintas drogas y sus posibles efectos. Por otra parte, se suele tender a destacar aquellos aspectos de la noticia que suponen una ruptura del orden social establecido, del mismo modo que, para conseguir la máxima credibilidad, los medios de comunicación suelen tender a recoger las definiciones que gozan de un alto grado de aceptación social, que no siempre son las más ajustadas a la realidad profunda de los hechos, como en este caso. En todo caso, en los procesos informativos se deberá huir del sensacionalismo en todas sus vertientes, dado que alimenta muchas expectativas. Actuando en este sentido conseguiríamos cambiar muchas de las peligrosas expectativas que el tema de las "drogas" genera entre los usuarios de las mismas y en la sociedad en general.

Se debe matizar el máximo al informar sobre acontecimientos relacionados con el consumo de drogas, apreciando los efectos de cada tipo de sustancias, el tipo de utilización, la estructura psicosocial del grupo que las utiliza, etc.

La educación, la mayor y más diversifi-

cada oferta de tiempo libre para jóvenes, la mejora del ambiente social y la prevención de la marginación son las acciones claves para alcanzar los objetivos perseguidos.

La introducción de la educación para la salud en todos los niveles educativos y las asociaciones relacionadas con la población juvenil (asociaciones de padres, de vecinos, juveniles, etc.) es fundamental. Dicha educación deberá enmarcarse en la formación integral del individuo. Esto supondrá: en primer lugar, incidir en los niveles psicopedagógicos que afectan al alumno favoreciendo la maduración tanto intelectual como afectiva, desarrollando su autoestima e independencia personal, reforzando sus mecanismos de defensa frente a las agresiones y frustraciones que genera la sociedad, fomentando la solidaridad frente al individualismo y el espíritu crítico frente a la intolerancia, etc.; en segundo lugar, actuar en la mejora cualitativa de la educación que reduzca los niveles de fracaso escolar, en la prolongación de la escolarización obligatoria de los cuatro a los dieciséis años, en la ampliación de la educación compensatoria y la mejora de los métodos mediante la adecuada formación y renovación pedagógica del profesorado que incluya la salud en sus contenidos y la metodología activa en sus procedimientos.

Para corregir los efectos negativos de la desocupación de los jóvenes, en el contexto de crisis económica que atravesamos, se considera esencial el desarrollo de políticas de fomento de empleo juvenil que favorezcan la inserción satisfactoria de los jóvenes en la vida activa.

La promoción y apoyo del asociacionismo juvenil y de sus actividades, la creación y el mantenimiento de centros culturales, deportivos y casas de juventud, además de otras iniciativas que se pueden experimentar, aparecen como líneas de actuación interesantes para ocupar el ocio de los jóvenes.

Debido a la situación de crisis socioeconómica, la mejora total del medio ambiente social y la prevención de la marginación resultan objetivos difícilmente alcanzables a corto o medio plazo. Sin abandonar el trabajo en orden a alcanzar esos objetivos, hay tareas que se pueden realizar ya, hoy, en el medio social para prevenir el consumo abusivo de "drogas". La detección por los servicios sociales de grupos concretos de alto riesgo, la detección precoz para la atención concreta e inmediata se revela como un instrumento de utilización insoslayable.

Para todas estas tareas de índole preventiva, resulta absolutamente imprescindible la colaboración de los profesionales de primera línea, de los maestros, médicos, trabajadores sociales y otros mediadores comunitarios que actúan directamente en el medio social. La labor esporádica de "expertos" ajenos a la vida diaria de los jóvenes de los barrios puede resultar contraproducente. Sin embargo, muchos de estos profesionales de primera línea van a precisar de una formación suficiente en la materia. Un sector importante de ellos carecen de los conocimientos precisos para actuar eficazmente en el medio en que desarrollan su trabajo. La preparación de cursos de formación para

estos profesionales es una necesidad imperiosa.

Del mismo modo, resulta imprescindible la colaboración de los ciudadanos en los trabajos de prevención y de inserción social. Las actividades de voluntarios civiles, de asociaciones de vecinos, de asociaciones de padres, de clubs, de organizaciones juveniles y de todo tipo, pueden excitar una mayor receptividad en los jóvenes "problemáticos", precisamente por el carácter no institucional, ajeno a la Administración, de las mismas. La Administración debe poner a disposición de este entramado asociativo los conocimientos y los medios necesarios para que su actuación sea posible. Pero la sociedad y sus organizadores no pueden soslayar su responsabilidad en la lucha por un mundo de hombres más libres y más felices. Cuando se exige del Estado la solución de todos los problemas de la sociedad civil, se están sentando las bases que pueden posibilitar la formación de un estado totalitario. Una sociedad civil fuerte y que afronta sus problemas es la mejor garantía de un Estado respetuoso del ciudadano y sus libertades.

La investigación permanente debe ser potenciada. Desde la investigación que nos permite conocer a fondo la realidad y, por tanto, planificar acciones acordes con la misma, hasta la investigación aplicada a determinar nuevas experiencias en la prevención y el tratamiento, tenemos un amplio campo sobre el que desarrollar nuestros esfuerzos. En España ni siquiera se ha normalizado métodos de investigación de la realidad para poder comparar y completar los resultados de los distintos trabajos. Urge corregir esta situación al tiempo que se impulsa la labor investigadora en sus múltiples facetas, coordinando al máximo los esfuerzos para su mayor aprovechamiento.

Hay que desterrar el lanzamiento de campañas publicitarias generalizadas que expliquen, a todos, los peligros y los males derivados del consumo de drogas, al tiempo que se recomienda, con más o menos dramatismo, la abstinencia más absoluta. Este tipo de campaña, de las que desgraciadamente se ha hecho más de una, puede resultar muy útil para evitar el consumo en el grupo de ciudadanos más o menos integrados, que no son candidatos a consumir la escalada en el uso de drogas. Pero seguramente resultará contraproducente para la mayoría de los restantes grupos. A unos les excitara la curiosidad por experimentar con sustancias peligrosas y, por tanto, emocionantes. A otros les incitará a hacer lo contrario de lo aconsejado, para reafirmarse frente al "sistema". Se requiere, por tanto, una acción diversificada y enormemente adaptada "al terreno" concreto sobre el que se va a aplicar.

La asistencia a toxicómanos

Es preciso poner a punto una oferta de servicios públicos suficiente para el tratamiento completo a drogodependientes. Oferta que no debe suponer la creación de una red específica, paralela a las existentes, de servicios sanitarios y sociales. En supuestos excepcionales, no obstante, puede contemplarse la creación de centros específicos. Los recursos actualmente existentes (INSERSO, INSALUD, Servi-

cios Autonómicos y Locales) deben completarse, estructurarse y coordinarse adecuadamente. La oferta pública debe partir de la necesidad de asistir completamente al drogodependiente hasta su integración en la sociedad, un tratamiento parcial del problema podría derivar en el mantenimiento de situaciones de drogodependencia crónicas, nada deseables. Por esto es necesario prevenir el peligro de excesiva medicalización del modelo de tratamiento, que, sin duda, supondría un enfoque completamente insuficiente del mismo.

Se promoverán recursos de animación comunitaria en las zonas de mayor incidencia de consumo, evitando en lo posible medidas de tratamiento que supongan el desarraigo social del drogodependiente. Asimismo, se implicará al grupo familiar en todo el proceso del afectado.

Entendemos que la oferta de servicios asistenciales debe ser muy diversa, por lo que no debemos descartar la colaboración de las Administraciones Públicas con las iniciativas privadas, siempre que éstas se ajusten a los criterios determinados por aquéllas, máxime cuando la voluntariedad del drogodependiente es un factor clave para lograr el éxito en su tratamiento. Por eso debe poder elegir entre los diferentes modelos, porque la capacidad de elección puede reforzar su vinculación con el método elegido, y por consiguiente su motivación y su voluntad. Por otra parte, muchos drogodependientes, en avanzado proceso de desviación social, rechazarán la oferta pública por el mero hecho de serlo, es decir, de provenir de las instituciones. El problema de la drogodependencia es, además, considerablemente cambiante, por lo que va a requerir, en muchos casos, una rápida evolución en los aspectos asistenciales más difícil de lograr por la Administración Pública. Se debe evitar que fructifiquen algunos intentos de crear situaciones de monopolio o cuasi monopolio, favoreciendo la existencia de diferentes modelos de tratamiento. En todo caso, el control del funcionamiento, que debe ajustarse a criterios profesionales y garantizar el respeto a los derechos de los usuarios, y la evaluación de los resultados por parte de las Administraciones Públicas es una obligación inexcusable.

La sociedad y los poderes públicos deben plantearse el problema de los drogodependientes que no quieren someterse a ninguna clase de tratamiento y, más concretamente, cuando estos adictos lo son a la heroína. Como los tratamientos impuestos carecen de eficacia práctica, se impone buscar una salida que permita eliminar al máximo el número de peligros personales y sociales que plantean estos supuestos. Las experiencias llevadas a cabo en otros países, consistentes en programas de mantenimiento con metadona, deben ser analizados y evaluados cuidadosamente. Si se comprueba su eficacia personal y social, no debemos vacilar en proponer su adopción, con las garantías que fueran precisas. Hasta que esto se produzca se debería proceder a una evaluación de los resultados obtenidos con la aplicación de la Orden Ministerial que regula los tratamientos de desha-

bituación con metadona, y a un análisis profundo de los diferentes problemas que ha ocasionado, desde la creación de situaciones de dependencia más acusada hasta el desvío del fármaco hacia el tráfico ilícito. En cualquier caso, se debe excluir la autorización de la expedición e ingesta de opiáceos sustitutivos fuera de centros públicos, adoptándose para ello las medidas legislativas que fueran pertinentes.

Entendiendo que la reinserción social de drogodependientes constituye el objetivo y la fundamentación de todo programa o servicio asistencial tanto sanitario como social, es preciso promover el desarrollo de fórmulas alternativas a los internamientos fomentando la asistencia en el ámbito familiar y comunitario, para evitar la separación del individuo de su propio hábitat y para facilitar su reinserción cuando ha pasado por un período de tratamiento —en régimen cerrado o abierto.

Cuando se habla de integración social es preciso tener en cuenta que el "principio de normalización" debe ser conjugado con el "derecho a la diferencia" de personas, sectores o grupos de población que adopten un sistema de vida heterogéneo respecto a lo que podría considerarse como habitual. En el origen de toda marginación social aparece siempre la existencia de una "rígida normativa" (entendida en el sentido sociológico del término), así como una sanción social profunda a todo lo que no se adapte a la normativa cotidiana y generalizada.

VII. CONSIDERACIONES FINALES

Cuando nos interrogamos sobre el porqué de estos abusos y dependencias estamos obligados a concluir que en su raíz están determinados por los problemas que plantea al hombre su adaptación a la sociedad. Algunos individuos son incapaces de convivir con las tensiones que les genera la realidad social y se refugian en el consumo de drogas. Solamente analizando estas tensiones y los mecanismos simbólicos que actúan asociados al citado consumo podremos alcanzar la comprensión profunda del fenómeno y, de esa forma, contribuir a su solución.

Para realizar esta tarea es absolutamente imprescindible huir de la desorbitada angustia y del exagerado alarmismo que atenaza hoy a nuestra sociedad. Algunos sectores sociales no se encuentran hoy, desgraciadamente, en condiciones de reflexionar serenamente sobre este problema. Nuestra obligación es insuflar serenidad, racionalidad y objetividad a la percepción social que del tema existe. La situación actual permite actuaciones interesadas que sacan provecho de la confusión que, por otra parte, se contribuye a mantener. La derecha legítima su discurso a través del alarmismo, pero también muchos afectados tratan de desorbitar sus exigencias, conscientes de la angustia y del miedo latentes en nuestra sociedad. La sociedad y los poderes públicos deben atender equitativamente la totalidad de los problemas que les aquejan, en función de la importancia real de los mismos,

poniendo de relieve las apreciaciones erróneas, interesadas o no, que contribuyen a distorsionar su apreciación.

Supone distorsionar la apreciación de la realidad el confundir el problema del uso y del abuso de drogas con el problema del abuso de la heroína. Ni el abuso de la heroína es el único problema que tenemos, ni puede ser desahogado del resto de cuestiones planteadas por el abuso de otras drogas legales o ilegales. Estamos ante un problema complejo y cambiante en el que resulta ciertamente peligroso perder la visión de conjunto. Productos como el alcohol y la cocaína son, en este momento, potencialmente tan peligrosos para la sociedad como la heroína.

Las competencias para actuar en estas materias se encuentran repartidas entre el conjunto de las Administraciones Públicas, y dentro de cada una de ellas entre diversos departamentos, sin que, en muchos temas, las fronteras aparezcan delimitadas con nitidez. Por otra parte, ante las carencias de la Administración Central o de las Autonómicas, muchas corporaciones locales han puesto en marcha sus propios servicios de prevención y asistencia. La situación actual es de una enorme descoordinación a todos los niveles, lo que perjudica la eficacia de los esfuerzos

públicos que se realizan en la materia. Es urgente cambiar los modelos de actuación. Habremos de romper, en ocasiones, los corsés impuestos por la existencia de distintos ámbitos administrativos con sus competencias y funcionarios.

El tema del abuso de drogas requiere un tratamiento urgente y coherente. Debemos acabar con las acciones puntuales, aisladas y, a menudo, contradictorias, llevadas a cabo con la mejor voluntad por las diferentes Administraciones Públicas. Se considera conveniente crear una figura político-administrativa, de un elevado nivel y dependiente de la Presidencia de Gobierno, como se ha hecho en otros países, que centralice la información disponible en todos los ámbitos de actuación, que impulse la coordinación entre Administraciones y que sea capaz de ofrecer una visión de conjunto de la evolución del problema, como medio más adecuado para establecer estrategias de actuación coherentes y ajustadas a la realidad global del problema.

Esta es nuestra óptica y con estas perspectivas debemos trabajar sin cerrar los ojos y los oídos a las nuevas aportaciones que se pueden realizar para la comprensión de un problema social complejo y cambiante.

CRITERIOS DE APLICACION DE LOS TRATAMIENTOS DE METADONA A LOS TOXICOMANOS

El 27 de noviembre apareció en el Boletín Oficial del Estado una resolución firmada por el Director General de Salud Pública —Miguel Ángel de la Cal— sobre criterios de aplicación y dosificación de los tratamientos de metadona a toxicómanos dependientes de opiáceos. Reproducimos texto:

La Orden de 31 de octubre de 1985 por la que se regulan los tratamientos de deshabituación a corto y largo plazo con metadona de los toxicómanos dependientes de opiáceos indica en su artículo 3.º, 4, que la Dirección General de Salud Pública establecerá mediante Resolución las pautas de dosificación con metadona, en virtud de lo cual esta Dirección General acuerda:

1. Las pautas de dosificación en la prescripción de metadona en los tratamientos de toxicómanos dependientes de opiáceos se establecerán con arreglo a los siguientes criterios:

1.1. Las pautas de dosificación se establecerán tendiendo a estabilizar al paciente en las dosis mínimas necesarias. Las dosis en ningún caso podrán superar los 40 miligramos diarios, salvo autorización expresa de la Comisión Territorial interesada en el caso, vistas las circunstancias excepcionales.

1.2. Durante los tres primeros meses de tratamiento, como mínimo, el individuo en tratamiento ingerirá la dosis correspondiente de metadona en el propio cen-

tro o servicio sanitario donde está siendo tratado, incluyendo días festivos, en presencia de uno de los miembros del equipo responsable de este programa, o en su caso, en las dependencias que puedan habilitarse por los Servicios Periféricos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

1.3. Si a juicio del Médico responsable del programa de tratamiento, la evolución clínica del individuo tratado lo permite, a partir de los tres meses de tratamiento, podrá prescribir hasta un máximo de dosis para tres días, que nunca será superior a 15 miligramos por día, previa autorización de la Comisión Territorial.

2. La población atendida a través de tratamientos de deshabituación con metadona deberá responder a los criterios que, con carácter orientativo, se señalan a continuación:

Ser mayor de dieciocho años.
Dependencia de, al menos, tres años de opiáceos.

Complicaciones orgánicas graves, que aconsejen su inclusión en el programa.

No concomitancia con politoxicomanías graves (alcohol, fármacos...).

Ausencia de patología psiquiátrica grave.

Garantía de haber realizado al menos dos tratamientos libres de drogas.

3. Esta Resolución entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el "Boletín Oficial del Estado".

**Centre de Salut per a
Drogodependències. Subprog
de Drogues II-Legals**
Lanzarote, s/n.
Teléfono 311 51 61

**Cooperativa de Terapia Família
a Toxicomanies "Koan"**
Aribau, 358
Teléfono 201 93 07

**Hospital de Sant Jaume i Santa
Magdalena. Servei de Psiquiatria
Unitat Assistencial de
Drogodependència**
Hospital, 23 (Mataró)
Teléfonos 790 23 00, 796 41 41

**Centre d'Orientació Sanitària
Rubi**
Avda. de Barcelona, 21 (Rubi)
Teléfono 699 33 49

**Centre Municipal de Salut Mental
Alcoholisme i d'Altres Toxicomans**
Lacy, s/n. (Sabadell)
Teléfono 717 69 51

**Servei de Psiquiatria. Secció de
Toxicomanies. Hospital Mutua i
Terrassa**
Placa del Dr. Robert, 2 (Terrassa)

**Dispensari d'Alcoholisme i
Toxicomanies. Hospital de la
Santa**
Rambla de l'Hospital, 48 (Vic)
Teléfono 885 11 00

**Fundació de Salut Pública.
Dispensari d'Alcoholisme i
Toxicomanies**
Sant Josep, s/n. (Granollers)
Teléfonos 870 77 11, 870 77 37

**Centre Municipal de Salut
Mental**
Compte Vilardaga, s/n. Edifici
Júpiter (Sant Feliu de Llobregat)
Teléfono 666 72 61

**Dispensari d'Alcoholisme i
Toxicomanies. Servei de
Psiquiatria Hospital de Sant
Andreu**
Placa de l'Hospital (Manresa)
Teléfono 874 33 12

**Centre de Salut Mental,
d'Alcoholisme i d'Altres
Toxicomanies**
Hospitalet, 11 (Sant Joan Despí)
Teléfono 373 41 52

C.T. "Can Perellada"
(L'Ametlla del Valles)
Teléfono 844 85 05

C.T. "Casa Nova de Montdóis"
(Rupit)
Teléfono 856 50 05

**C.T. Centre d'Investigació i
Tractament d'Accions (CITA)**
Atdo. 4 (Sant Vicenç de Montalt)
Teléfono 791 15 29

**C.T. Centre de Rehabilitació
"Elim"**
(Bigues-Riells)
Teléfono 427 04 32

**C.T. Comunitat Rural Educativa
Terapèutica "La Plana"**
(Santa Maria d'Olló)
Teléfono 830 00 50

C.T. "La Fabrega"
(Sant Pere de Torelló)
Teléfono 237 97 00

C.T. "La Granja"
Ctra. de l'Arrabassada, km. 8
"Can Puig"
Teléfono 211 25 90

Girona

Sergi, Centre Terapèutic
Avda. Lluís Pericot, 7
Teléfono 20 55 05

C.T. "Can Nofret"
(Greixa-Puigcerdà)
Teléfono 88 04 58 (ext. 24)

Tarragona

**Dispensari Psiquiàtric de Sector
del Sanatori Villablanca**
Ctra. de Castelló, 16
Teléfono 54 12 80

**Hospital de Sant Joan. Unitat
d'Alcoholics i Toxicomanes**
Lluís Companys, s/n. (Reus)
Teléfonos 31 03 00, 31 04 00

**Dispensari Psiquiàtric de Sector
del Sanatori Pere Mata**
Rovira i Virgili, 28
Teléfono 21 88 53

**C.T. Comunitat Cristiana
Shalom**
Apto. 141 (Amposta)
Teléfono 70 13 75

C.T. Huerto Tarec
Els Montells (San Jaume
d'Enveja)

COMUNITAT VALENCIANA

Alacant

Centre de Salut Mental
Passeig de Campoamor, 2
Teléfono 25 21 12 (ext. 65)

C.T. Canaan
(Muchamiel)

**Centre Comarcal d'Assistència a
Toxicomanes**
Teniente Gampe, 17 (Elx)
Teléfono 46 36 91

**Servei Municipal de
Toxicomanies**
Avda. de la Constitució, 3
Teléfono 21 68 45

Castelló

C.T. "Las Palmeras"
(Vall d'Alba)
Teléfono 33 81 62

Valencia

**Associació Provincial Valenciana
d'Ajuda al Toxicoman (Aprovat)**
Cirilo Amorós, 14
Teléfono 322 29 64

Dispensari Antialcoholico
Tirso de Molina, 13

**Centre Municipal de
Toxicomanies (Curt)**
Punta del Mar, 83
Teléfono 323 31 73

C.T. "Casa Lanza"
Los Cojos (Requena)
Teléfono 160 01 51

**Gabinete Municipal de
Drogodependències**
Onofre Jorda, 22 (Alcoi)

**Centro de Rehabilitación de
Toxicómanos del Camp de
Morvedre**
Avda. del Mediterrani, 38 (Sa-
gunto)
Teléfono 247 29 28

**Centre de Rehabilitació de
Toxicomanes "Monasterio de la
Trinidad"**
Atdo. 12 (Beniganim)
Teléfono 221 50 34

GALICIA

La Coruña

**Centro Piloto de Prevención,
Asistencia y Rehabilitación de
Drogodependientes (CAD)**
Ronda de Nelle, 33
Teléfono 24 33 27

Dispensario Antialcohólico
Avda. Chile, 19

Lugo

Centro de Prevención y Tratamiento del Alcoholismo y otras Drogodependencias

Sierra de Ancares, 56
Tels. 22 54 42, 22 78 11, 22 55 09

C.T. "Palacio del Buenaire"

(Masma-Mondoñedo)
Teléfono 52 17 51

C.T. "San Vitorio"

Abadía de San Antonio (Ribas de Miño)
Teléfono 45 21 34

Orense

Módulo Asistencial de Drogodependencias

Curro Enríquez, 39
Teléfono 23 83 93

Pontevedra

Centro de Prevención, Tratamiento y Readaptación de los Estados de Dependencia y Abusos Psicotóxicos "Alborada"

Avda. La Florida, 34 (Vigo)
Teléfono 20 50 50

C.T. Comunidad Terapéutica Rural "Alborada"

(Tomiño-Piñeiro)
Teléfono 62 21 65

LA RIOJA

Logroño

Dispensario de Alcoholismo y Drogodependencias

Saturnino Ulargi, 5
Teléfono 22 52 12

Centro Asistencial Reina Sofía Servicio de Psiquiatría

(Lardero)
Teléfono 44 80 01

C.T. "Oteruelo de los Molinos"

(Valle de Ocón)
Teléfono 43 80 51

MADRID

Asociación Madrileña de Ayuda al Toxicómano (AMAT)

Río Rosas, 36
Teléfonos 441 22 77, 441 09 77

Hospital Clínico "San Carlos"

Departamento de Psiquiatría Sección de Toxicomanías

Isaac Peral, s/n.
Teléfono 243 21 27 (ext. 334)

Servicio Asistencial de Drogas Centro Marroquina

Marroquina, 22 (Moratalaz)
Teléfonos 430 60 77, 430 92 78

Servicio Asistencial de Drogas Centro Fucar

Fúcar, 8
Teléfonos 429 38 13, 429 19 60

Centro Municipal de Toxicomanías

Avda. Vicente Aleixandre, 16 (Leganés)
Teléfono 693 91 08

Servicio de Atención a las Drogodependencias

Benaméj, 5
Teléfono 785 89 73

Centro Asistencial Médico Psicoterapéutico Icaro

Corazón de María, 39
Teléfono 416 34 31

Proyecto Hombre

Martín de los Hierros, 68
Teléfono 242 02 71

Equipo de Salud Mental del Área de Salud de Getafe

Alvaro de Bazán, 12 (Getafe)
Teléfono 682 30 12

Dispensario Antialcohólico

Eraso, 2

Dispensario Antialcohólico

Ponzano, 70

Dispensario Antialcohólico

Peña Gorbea, 4

MURCIA

Centro de Admisión del Programa Municipal de Prevención de la Drogodependencia

Sierra de Gredos, 6
Teléfono 29 28 73

Centro de Atención a Drogodependientes

Paseo del Malecón

Centro de Atención a Drogodependientes

Plaza de San Agustín, 1 (Cartagena)

Dispensario Antialcohólico

Avda. Ibáñez Martín, s/n.

NAVARRA

Instituto de Salud Pública de Navarra. Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías

Teléfono 26 03 58

Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías

Avda. de Zaragoza, 23 (Tudela)
Teléfono 82 46 00

Asociación para la Rehabilitación de Toxicómanos. Centro Oasis

San Francisco, 29
Teléfono 22 13 63

Servicio de Toxicomanías.

Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier (Tellagorri)

Apdo. 87. Avda. de Villalba, s/n.
Teléfono 11 15 99

C.T. Centro Piloto "Zanduetta" (Zanduetta)

Teléfono 76 00 27

C.T. Comunidad Terapéutica de Elorz

Centro Parroquial (Elorz)

C.T. Granja Terapéutica "Larraingoa"

(Erro)
Teléfono 22 27 17

PAIS VASCO

Alava

Residencia Provincial Santa María de las Nieves. Unidad de Alcoholismo y Drogodependencias

Nieves Cano, 33
Teléfono 23 03 00

Sección de Toxicomanías.

Hospital Santiago Apóstol

Olavide, s/n.
Teléfono 25 36 00

C.T. "Obed-Edon"

(Mendiola)
Teléfono 26 48 30

Guipúzcoa

Centro de Salud Mental de San Sebastián Antiguo

Paseo de Hedis, s/n.
(San Sebastián)
Teléfono 21 70 11

Centro de Salud Mental de San Sebastián-Este

Plaza del Chofre José Arana, 7
(San Sebastián)
Teléfono 27 61 99

Centro de Salud Mental de Beasain

José Miguel Iturrioz, s/n.
(Beasain)
Teléfonos 88 67 62, 88 67 66

Centro de Salud Mental de Eibar

Plaza de Unzaga, s/n. (Eibar)
Teléfono 70 02 62

Centro de Salud Mental de Irún

Virgen Milagrosa, s/n. (Irún)
Teléfono 62 30 14

Centro de Salud Mental de Mondragón

Cantón Cubierto, 1 (Mondragón)
Teléfono 79 90 11

Centro de Salud Mental de Rentería

José María Usandizaga, 4
(Rentería)
Teléfonos 51 77 54, 51 77 58

Centro de Salud Mental de Tolosa

Cuesta del Conde, 20 (Tolosa)
Teléfono 67 56 22

Centro de Salud Mental de Zarauz

Michena Calea, 49 (Zarauz)
Teléfonos 83 05 55, 83 46 66

Centro de Salud Mental de Zumárraga

Euskalerría (Zumárraga)
Teléfono 72 15 63

Proyecto Hombre (Gizaia Helburu)

José Orbegoza, s/n.
(San Sebastián)
Teléfono 27 39 00

C.T. "Caserío Mañari-Egin"

Ctra. Orio-Aya, Alto de Mañari
(Orio)

C.T. Rural "Aize-Gain"

(Oyarzum)
Teléfono 28 93 11

Vizcaya

Centro Coordinador de las Drogodependencias (DAK)

María Díez de Haro, 60-62
(Bilbao)
Teléfono 441 00 50 (ext. 103)

Módulo Psico-Social de Deusto-San Ignacio

Plaza de Levante, 2 (Deusto-San Ignacio)
Teléfono 435 94 72

Módulo Psico-Social de Rekaldeberri

Villabaso, 24 Lonja (Bilbao)
Teléfonos 432 73 05, 432 73 04

Instituto Neuropsiquiátrico "Nicolas de Achucarro". Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías

Arbieto, 1 (Bilbao)
Teléfono 415 50 66

Dispensario Antialcohólico

María Díez de Haro, 64

Consorcio Uribe-Costa. Salud Mental

San Nicolás, 2 (Algorta-Getxo)
Teléfono 469 75 98

Módulo Psico-Social de Baracaldo

Zaballa, 3 bis (Baracaldo)
Teléfono 438 85 05

Módulo Psico-Social de Nervión-Irizar

Plaza Bentako, 8 (Basauri)
Teléfono 440 50 22

Centro de Salud Municipal

Tompson Videla, s/n. (Bermeo)
Teléfonos 688 00 50, 688 00 54

Consultorio Psiquiátrico de la Diputación Foral de Vizcaya

Bruno Mauricio Zabala, 12
(Durango)
Teléfono 681 86 40

Módulo de Asistencia Psico-Social Osasun-Ekintza

(Del Valle) del Txori-Herri
Ibarrondo, s/n. (Erandio)
Teléfono 467 17 62

Consultorio Psiquiátrico de Gernika

Edificio Cruz Roja (Gernika)
Teléfono 685 12 62

Consultorio Psiquiátrico de Munguía

Trobika, 5 (Munguía)
Teléfono 674 39 06

Consultorio Psiquiátrico de Ondárroa

Instituto de la Marina-Casa del Mar (Ondárroa)
Teléfono 683 07 05

Módulo Psico-Social. Zona Minera

Avda. del Minero, 1 (Ortuella)
Teléfono 664 01 04

Módulo Psico-Social de Sestao

Rivas, 70 (Sestao)
Teléfono 425 35 33

Fundación Etorkintza

San Francisco, 85 (Bilbao)
Teléfono 443 10 21

Servicio de Salud Mental y Drogodependencias

Plaza de Cascajales, 9 (Santurce)
Teléfonos 493 17 89, 443 20 80

C.T. "Urdin-Oleta"

(Berriatua)
Teléfono 686 50 96

C.T. Centro de Rehabilitación "Manu-M"

(Larrabetzu)
Teléfono 443 82 08



BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA

NOVEDAD

25 RELACIONES DE PAREJA. Principales modelos teóricos.

Por MARINA BUERO BELLOCH

132 Páginas
1.000 Ptas.

La **relación de pareja** es un factor de gran importancia para la estabilidad emocional, tanto de los propios miembros de la pareja como de los hijos, o del entorno social del que son y forman parte.

Este libro está dividido en dos partes.

La **primera parte** ofrece un *panorama general* del estudio y tratamiento de las relaciones de pareja desde sus inicios hasta el momento actual.

Se estudian todas las áreas que parecen pertinentes:

Enfoques, teorías, investigaciones, metodologías, publicaciones, enseñanza perspectivas psico-diagnósticas y psicoterapéuticas.

Se presentan las aportaciones hechas desde los tres grandes bloques de países que se han aproximado a este tema: *Estados Unidos, Europa e Hispanoamérica*.

La **segunda parte** ofrece un *marco teórico* general en el abordaje de las relaciones de pareja.

Estructura unos *modelos* teóricos de comprensión del complejo fenómeno transaccional que se produce en las relaciones de pareja.

Presenta los siguientes modelos: *Psicoanalítico, Psicosocial o Cognitivo, y Sistémico o Interaccional*.

Este libro pretende buscar los medios terapéuticos que aplicados a la pareja o a los hijos, contribuyan, como acción preventiva, a *mejorar el clima psicosocial del futuro*.

1 LA PSICOTERAPIA DE CARL R. ROGERS

Por J. M. GONDRA 374 Páginas
1.000 Ptas.

2 PSICOTERAPIA POR INHIBICION RECIPROCA

P. J. WOLPE 272 Páginas
800 Ptas.

3 MOTIVACION Y EMOCION

Por CHARLES N. COFER 214 Páginas
450 Ptas.

4 PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA

Por J. DOLLAR y
E. MILLER 492 Páginas
1.000 Ptas.

5 AUTOCONSISTENCIA: Una teoría de la personalidad

Por P. LECKY 222 Páginas
550 Ptas.

6 TEORIAS DEL COUNSELING Y PSICOTERAPIA

Por C. H. PATTERSON 625 Páginas
1.550 Ptas.

7 PERSONALIDAD: Teoría, diagnóstico e investigación

Por L. A. PERVIN 528 Páginas
1.250 Ptas.

8 PRINCIPIOS DE PERSONOLOGIA DINAMICA

Por JOSE BASABE
BARCALA 260 Páginas
600 Ptas.

9 OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD: Un punto de vista experimental

Por STANLEY MILGRAM 210 Páginas
700 Ptas.

10 RAZON Y EMOCION EN PSICOTERAPIA

Por A. ELLIS 364 Páginas
900 Ptas.

11 TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO: Fundamentos, técnicas, aplicaciones

Por RUBEN ARDILA 546 Páginas
1.200 Ptas.

12 GENERALIZACION Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA

Por A. P. GOLDSTEIN y
F. H. KANFER 456 Páginas
1.500 Ptas.

13 LA PSICOLOGIA MODERNA: Textos básicos para su génesis y desarrollo histórico

Por JOSE M. GONDRA 720 Páginas
2.000 Ptas.

14 LA CONDUCTA SOCIAL COMO INTERCAMBIO

Por JOSE F. MORALES 250 Páginas
550 Ptas.

15 METODOS DE CONSEJO PSICOLOGICO

Por J. D. KRUMBOLTZ y
C. E. THORESEN 676 Páginas
1.900 Ptas.

16 MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA

Por A. ELLIS y R. GRIEGER 456 Páginas
1.750 Ptas.

17 EL BEHAVIORISMO Y LOS LIMITES DEL METODO CIENTIFICO

Por B. D. MACKENZIE 176 Páginas
800 Ptas.

18 CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO

Por DENNIS UPER y
JOSEPH R. CAUTELA 384 Páginas
1.650 Ptas.

19 ENTRENAMIENTO EN RELAJACION PROGRESIVA Un Manual para terapeutas

Por DOUGLAS A. BERNSTEIN y
THOMAS D. BERKOVEC 96 Páginas
400 Ptas.

20 HISTORIA DE LA MODIFICACION DE CONDUCTA

Fundamentos experimentales de la
investigación actual
Por ALAN E. KAZDIN 384 Páginas
1.900 Ptas.

21 TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION

Por BECK - RUSH - SHAW
EMERY 396 Páginas
1.900 Ptas.

22 LOS MODELOS FACTORIALES - BIOLOGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD

Por F. J. LABRADOR 336 Páginas
1.900 Ptas.

23 TEORIA Y PRACTICA PSICOSOMATICA

Por JUAN ROF CARBALLO 650 Páginas
3.000 Ptas.

★ ★ ★

BIOLOGIA Y PSICOANALISIS

Por JUAN ROF CARBALLO 632 Páginas
1.000 Ptas.

CUESTIONES DE PSIQUIATRIA (I)

Por JOSE BASABE
BARCALA 204 Páginas
850 Ptas.

EDITORIAL DESCLEE DE BROUWER, S. A.

Henao, 6 — Teléfonos 424 68 43 - 423 30 45 — 48009 BILBAO



ELABORACION DE UNA ESCALA ESPAÑOLA PARA LA EVALUACION DE LA AFASIA (*)

M. LUISA SANCHEZ BERNARDOS

EL estudio de la afasia ha pasado en los últimos quince años de ser área exclusiva de interés de la neurología a convertirse en un tema interdisciplinar en el que confluyen los intereses de otras disciplinas que, a primera vista, podrían parecer muy apartadas entre sí, nos estamos refiriendo a la psicología y la lingüística. El encuentro de estas disciplinas en el marco de la afasia se está produciendo con tal énfasis que los términos "neuropsicología" y "neurolingüística" —por no mencionar el de más tradición entre nosotros, el de "psicolingüística"— son ya de uso frecuente en toda la literatura al respecto (para una exposición detallada de las relaciones psicólogo-lingüística, véase García-Albea, 1983).

Al enfrentarnos con el tema de la afasia, sea desde un punto de vista experimental o clínico, lo primero que necesitamos es un instrumento *construido y validado* en nuestra propia lengua que nos permita distinguir primero y agrupar después la gran variabilidad de alteraciones que presentan los pacientes afásicos.

De todos los tests de afasia que se han construido desde la terminación de la Segunda Guerra Mundial, el de más aceptación y difusión ha sido el *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (Goodglass y Kaplan, 1972), considerado como uno de los mejores instrumentos de evaluación

neuropsicológica ya que permite tener en cuenta conjuntamente los resultados de la exploración neurológica y los datos obtenidos en el test propiamente dicho.

El objetivo del presente estudio fue reconstruir y validar esta batería utilizando el español como idioma de trabajo. Para tal fin tuvimos que llevar a cabo un análisis minucioso del material original que nos permitiera: (1) conocer de manera detallada los objetivos concretos de cada subtest; (2) detectar las peculiaridades lingüísticas ítem a ítem; y (3) reconstruir en español todas las características presentes en el trabajo original teniendo en cuenta los rasgos específicos propios de nuestra lengua. Realizado este análisis construimos los materiales (instrucciones de aplicación, hojas de respuesta, tarjetas-estímulo, material auxiliar para el examinador, etc.).

A continuación tuvimos que localizar una muestra de pacientes afásicos. Esta etapa se llevó a cabo en colaboración con la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social "1º de Octubre". Durante un año examinamos a 60 pacientes afásicos pertenecientes a distintas categorías diagnósticas, de los cuales 40 formaron la muestra definitiva a partir de la cual se llevó a cabo el trabajo estadístico y clínico.

1. DESCRIPCION DE LA BATERIA

La batería está estructurada en cinco áreas: Habla de conversación y exposición, Comprensión auditiva, Expresión oral, Comprensión del lenguaje escrito y Expresión escrita.

La primera de dichas áreas (Habla de conversación y exposición) pretende explorar las capacidades del paciente en una

(*) Memoria de Licenciatura dirigida por el profesor José E. García-Albea (Facultad de Psicología, U.C.M.). Premio Memoria de Licenciatura del Colegio Oficial de Psicólogos, delegación de Madrid.

— Agradecemos la colaboración del Dr. E. García-Albea ("1º de Octubre", Madrid), Profesor J. Muñiz (Facultad de Psicología, U.C.M.), Susana del Viso y Rosa Sánchez-Casas en las distintas etapas de este trabajo.

situación de habla espontánea y de conversación con el examinador. Se trata de hacer que el paciente hable libremente de cualquier tema con el fin de recoger una muestra de habla tal que nos permita hacer una evaluación cuando volvamos a oír la grabación. La evaluación de esta sección nos permite trazar un *Perfil de características del habla* en el que se evalúan características que en la situación normal de examen no pueden estimarse de manera objetiva. Dichas características son línea melódica, longitud de la frase, agilidad articulatoria, forma gramatical, parafasia, dificultad para encontrar palabras. Este perfil está constituido por una escala de 7 puntos donde 1 equivale a "anormalidad máxima" y 7 a lo "normal" (véase fig. 1).

De cara al diagnóstico inicial este perfil permite tener una imagen clara del tipo de afasia ante el que presumiblemente nos encontramos. Este primer acercamiento habrá de corroborarse después a la luz del Perfil de Puntuaciones Z que comentaremos más adelante.

La batería incorpora también lo que hemos llamado *Escala de severidad* que es una escala que va de 0 a 5, donde 0 indica que no es posible llevar a cabo comunicación alguna, y 5 revela la presencia de mínimos deterioros en el habla. El punto que el paciente ocupará en esta escala se determina en función de su rendimiento en la situación de habla espontánea y conversación.

Desde el punto de vista diagnóstico, la posible diferencia en la actuación del paciente en este área respecto de las demás —en especial respecto a la de Expresión oral— es de suma importancia.

Las otras cuatro áreas que hemos citado

al principio de este apartado constan de una serie de subtests ordenados en función del grado de dificultad, del más simple al más complejo. Así, por ejemplo, en Comprensión del lenguaje escrito se empieza explorando la capacidad del paciente para reconocer las letras como símbolos familiares independientemente de su nombre, se sigue con un subtest en el que se trata de ver en qué medida está preservado el sonido de la letra, y así hasta el último subtest en el que la tarea del paciente es comprender oraciones y párrafos de dificultad creciente.

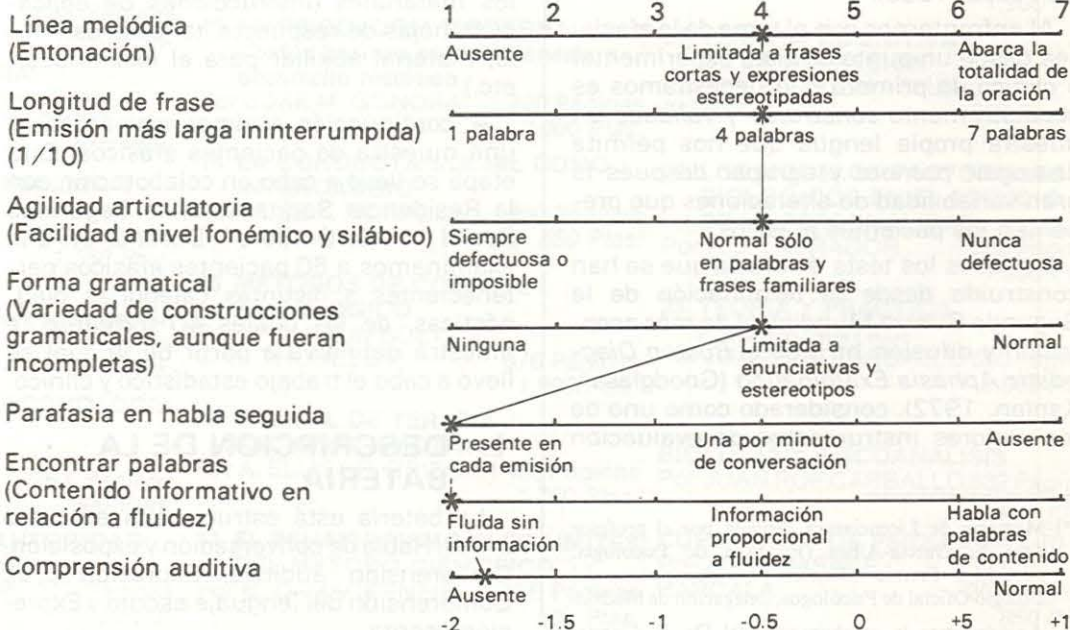
El rendimiento del paciente en estas cuatro áreas da lugar a puntuaciones directas que se llevan a un *Perfil de Puntuaciones Z* (típicas empíricas no normalizadas). Este perfil permite comprobar el rendimiento del paciente en las diversas áreas y subtests, ver dónde se sitúan los déficits y dónde los patrones preservados (véase fig. 2), comparar el rendimiento del paciente en dos momentos diferentes del curso de la enfermedad o comparar dos pacientes entre sí.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Como señalamos antes, la muestra final estaba compuesta por 40 pacientes atendidos en el Servicio de Neurología del hospital "1º de Octubre" de Madrid. La edad de los pacientes oscilaba entre 17 y 72 años. Más de la mitad tiene estudios primarios, el 15 por ciento se reparte entre analfabetos y estudios superiores, y el resto corresponde a pacientes con estudios de tipo medio. La *etiología* es de origen vascular en 38 de los 40 pacientes, los otros dos casos se deben a causas

Nombre: M.N.N.
Núm. 5.

Fecha de examen: 15.11.82



Nivel de Severidad: 1

Figura 1. Perfil de Características del Habla correspondiente a M. N. N. (Caso 5, afasia de Wernicke).

"El estudio de la afasia ha pasado de ser un área de interés exclusivo de la neurología a ser un área interdisciplinar"

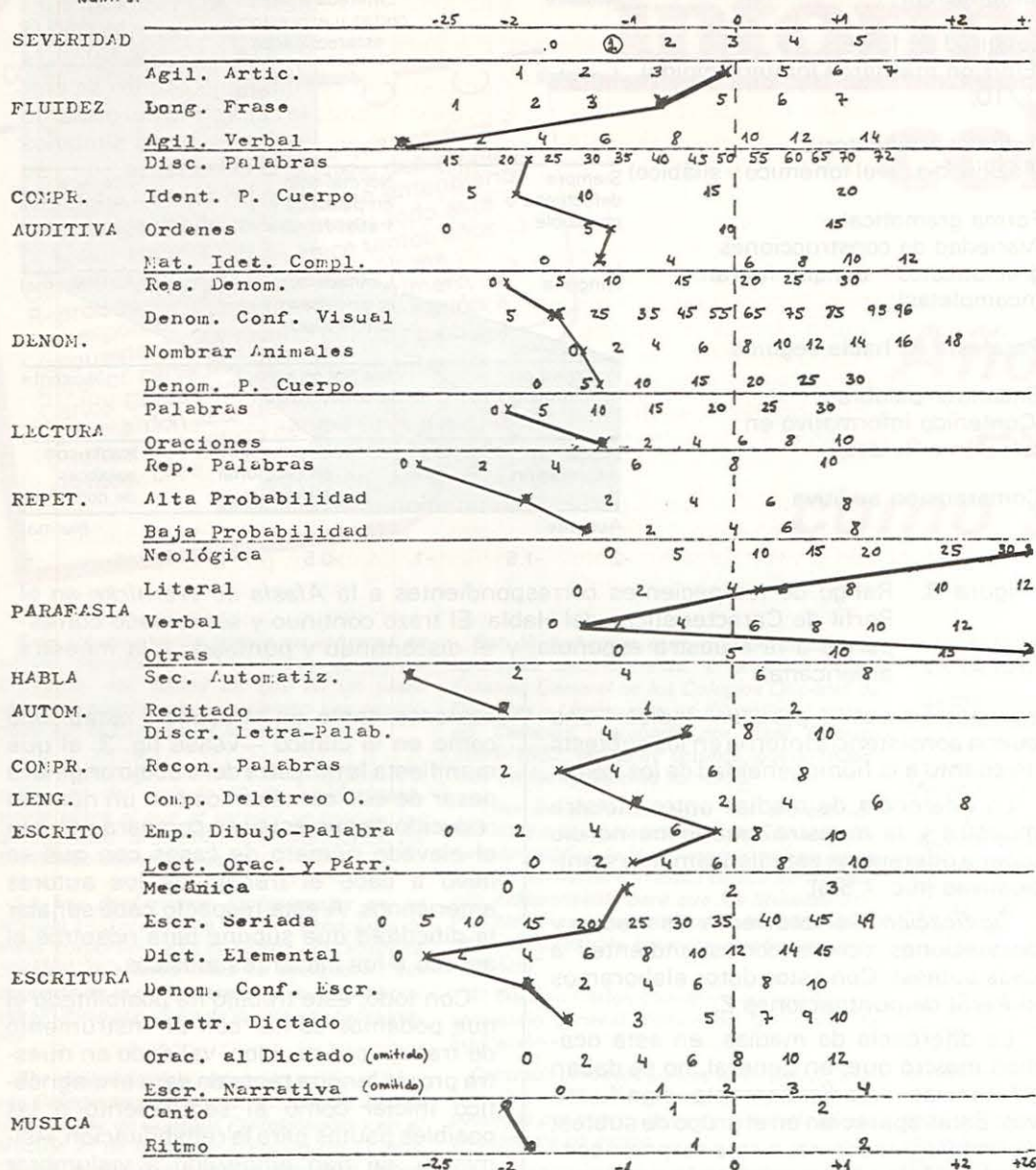


Figura 2. Perfil de Puntuaciones Z del paciente M. N. N. (Caso 5, afasia de Wernicke).

tumorales. Todos los pacientes —excepto uno— son *diestros*. La *lengua materna* y única de la muestra es el español.

Los *trastornos asociados* más frecuentes son hemiplejias y hemianopsias (47,5 por ciento) que afectan todas ellas al lado derecho —excepto en el único caso de dominancia manual izquierda que afectan al lado izquierdo.

En cuanto al *tipo de afasia*, la mitad de la muestra aproximadamente se distribuye de la siguiente manera: 12,5 por ciento —afasia de Broca; 10 por ciento —afasia Anómica; 7,5 por ciento —afasia de Wernicke; 7 por ciento —afasia de Conducción, y un caso de afasia de tipo anártrico. La otra mitad de la muestra corresponde a afasias globales y residuales.

Una vez aplicada la batería procedimos a analizar los datos desde el punto de vista estadístico. Asimismo, dadas las características de este trabajo nos pareció interesante completar los resultados con un estudio clínico de carácter doble. A saber: (1) para cada grupo clásico de afasia (Bro-

ca, Wernicke, Anómica y de Conducción) trazamos por separado el Perfil de características del habla-tipo, es decir el perfil que recoge el rango general en el que caerían todos los pacientes diagnosticados como Broca, como Wernicke, etc. (véase fig. 3); y (2) dentro de cada categoría diagnóstica escogimos un sujeto que, a modo de ejemplo, permitiera comprobar en qué medida confluían *entre sí* todos los datos obtenidos con la batería (esto es, Escala de severidad, Perfil de características del habla y Perfil de puntuaciones Z) y si coincidían o no con los aportados por los neurólogos. Además tanto en el apartado estadístico como en el clínico siempre que nos fue posible recurrimos a comparar nuestros resultados con los obtenidos por los autores americanos.

3. RESULTADOS DEL ANALISIS ESTADISTICO

Fiabilidad. Los coeficientes de fiabilidad obtenidos con el método Kuder-Richardson —atendiendo a si los elementos eran o

“Lo primero que necesitamos es un instrumento construido y validado en nuestra propia lengua, que nos permita distinguir y agrupar las distintas alteraciones”

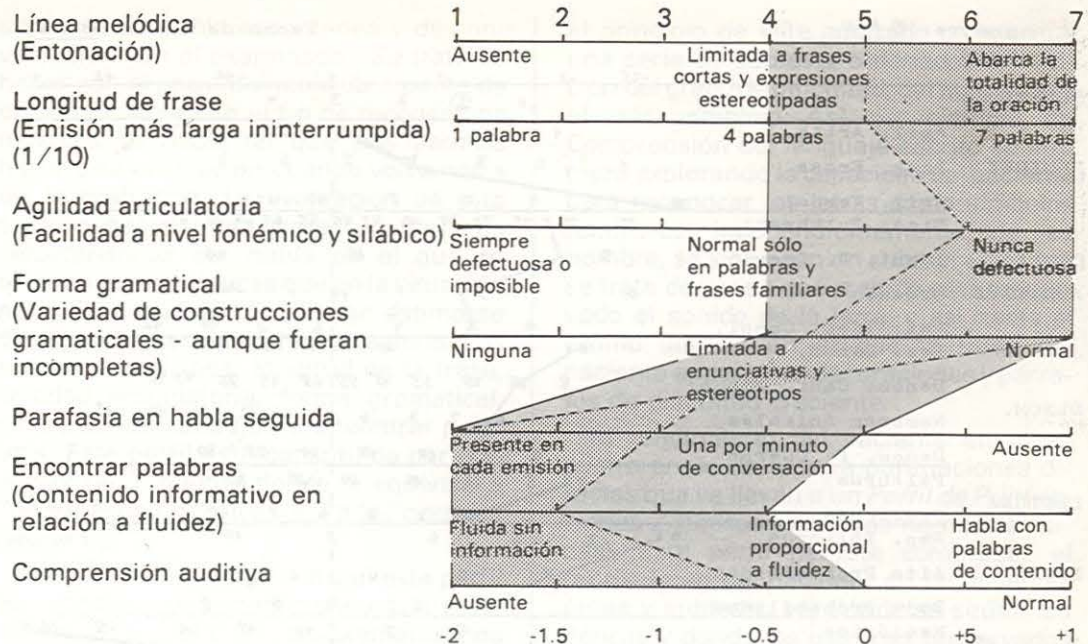


Figura 3. Rango de los pacientes correspondientes a la *Afasia de Wernicke* en el Perfil de Características del Habla. El trazo continuo y sombreado corresponde a la muestra española, y el discontinuo y punteado a la muestra americana.

no dicotómicos— parecen indicar una buena consistencia interna en los subtests en cuanto a la homogeneidad de los items.

La diferencia de medias entre nuestra muestra y la muestra americana no dio lugar a diferencias estadísticamente significativas ($n.c. = 5\%$).

Tipificación. Se obtuvieron las medias y desviaciones típicas correspondientes a cada subtest. Con estos datos elaboramos el Perfil de puntuaciones Z.

La diferencia de medias, en esta ocasión mostró que, en general, no se daban diferencias estadísticamente significativas. Estas aparecían en el grupo de subtest de lectura y escritura; a este respecto conviene señalar la presencia de pacientes analfabetos en nuestra muestra.

Validez. Llevamos a cabo un análisis factorial (rotación Ortogonal Varimax) y un análisis de clusters (programas BMDP-1M y BMDP-4M respectivamente, ambos incorporados en el Centro de Cálculo de la Universidad). Como variables de contraste utilizamos los resultados obtenidos por los pacientes en la llamada Batería del Lóbulo Parietal —una batería que evalúa el rendimiento en tareas viso-espaciales. Lo más destacable de estos resultados fue la obtención de 7 factores: Escritura, Comprensión Escrita, Fluidez, Expresión Oral, Naming y Comprensión Auditiva (esto es, un factor de decodificación del lenguaje), Parafasias, y Praxias referidas a tareas muy elementales. Estos resultados coinciden notablemente con los obtenidos por Goodglass y Kaplan. Además, las intercorrelaciones entre factores son pequeñas, sobresaliendo únicamente una correlación de .55 entre Comprensión Escrita y Comprensión auditiva, y una de .48 entre Fluidez y Expresión Oral.

Parece, por tanto, que el comportamiento lingüístico de nuestra muestra se ajusta

bastante, tanto en el aspecto estadístico como en el clínico —véase fig. 3; al que manifiesta la muestra del trabajo original a pesar de que contábamos con un número reducido de pacientes en comparación con el elevado número de casos con que se llevó a cabo el trabajo de los autores americanos. A este respecto cabe señalar la dificultad que supone para nosotros el acceso a los pacientes afásicos.

Con todo, este trabajo ha posibilitado el que podamos contar con un instrumento de trabajo construido y validado en nuestra propia lengua tanto de cara al diagnóstico inicial como al seguimiento o las posibles pautas para la rehabilitación. Asimismo, se han empezado a vislumbrar algunas características importantes de la actuación lingüística de estos pacientes.

Nota:

En los diez años transcurridos desde la aparición de la primera edición de *The Assessment of Aphasia and related disorders* (Goodglass y Kaplan, 1972) —libro en el que se incluía el manual del Boston Diagnostic Aphasia Examination— sus autores han seguido trabajando en este campo. Fruto de esta labor ha sido la segunda edición del libro (Goodglass y Kaplan, 1983) que introduce algunos cambios con respecto a la anterior.

Para todos aquellos interesados en el tema señalemos que esta segunda edición aparecerá en la Editorial Médica Panamericana, traducida al castellano, con la versión española del test aquí mencionada totalmente actualizada para su aplicación.

Referencias

- García-Albea, J.E. (1983). Modelos psicológicos en el estudio del lenguaje. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38, 481-496.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Goodglass, H. y Kaplan, E. (1983). *La evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. Madrid, Panamericana, en prensa.
- Sánchez Bernardos, M.L. (1983). Memoria de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. U.C.M.

“El objetivo del presente estudio ha sido reconstruir y validar el Boston Diagnostic Aphasia Examination utilizando el español como idioma de trabajo”

Por los pasillos del laberinto que conduce a la legalización de los Estatutos deambulan los representantes del Colegio entendiendo cada vez menos. (O a lo mejor todo está claro desde el principio, hace tantos años...). Reproducir párrafos de la última correspondencia al respecto. Primero, la respuesta del Ministerio de Educación a anterior carta del Decano, Carlos Camarero. La carta la firma don Manuel de Puelles, secretario general técnico. Dice lo siguiente:

Este Departamento reitera su voluntad de seguir impulsando la tramitación de dichos Estatutos, con objeto de que en un plazo razonablemente breve de tiempo sea examinado por el Consejo de Ministros.

Sin embargo, y por lo que se refiere a la redacción del artículo 6º de los Estatutos, punto sobre el que al parecer se centran las divergencias, le significo la interpretación del Ministerio sobre este punto:

La Ley de Colegios Profesionales en su artículo 1º. 3 al definir a los fines esenciales de estas corporaciones, establece con absoluta claridad, que tales fines se entienden "sin perjuicio de la competencia de la Administración Pública por razón de la relación funcional".

Por ello, aunque la redacción propuesta por ese Colegio se apoye en el artículo 3º. 2 de la referida Ley de Colegios Profesionales y en el artículo 2º de la Ley de creación del Colegio Oficial de Psicólogos, ambos preceptos deben ponerse en relación con el citado artículo 1º. 3 de la Ley de Colegios, del que se deduce que dicho apartado 3 sustrae de los Colegios Profesionales cualquier competencia que asuma la Administración por razón de la relación funcional; es decir, que cuando la Ley de Colegios y la Ley de creación del Colegio de Psicólogos se refiere a la colegiación obligatoria para el ejercicio de la profesión, ha de entenderse que afecta al ejercicio "libre" de la profesión, dejando fuera de su ámbito al personal, funcionario o no, que presta sus servicios a la Administración Pública. De ahí, la redacción propuesta por este Departamento al repetido artículo 6º.

Por último, como confirmación de la línea apuntada anteriormente, el artículo 7º del Estatuto General de los Colegios Oficiales de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias, aprobado por Real Decreto 2655/1982, de 15 de octubre, quedó redactado en los siguientes términos:

"Con la única salvedad del profesorado sometido a la legislación vigente en materia de función pública, la incorporación al Colegio de ámbito territorial correspondiente será requisito indispensable para que los titulados universitarios a que se refiere el art. 1º, apartado 3, del presente Estatuto, pueda ejercer la docencia".

El Decano Carlos Camarero contestó así al secretario general técnico del Ministerio de Educación:

Centrado todos los puntos de divergencia en el artículo 6º del Proyecto de Estatutos, no podemos por menos dejar de señalarle que la divergencia no existe.

En su carta señala la necesidad de respetar el artículo 1º. 3 de la Ley de Colegios Profesionales, que, son sus palabras, establece con absoluta claridad los fines de los Colegios Profesionales y la limitación que dicho precepto contiene.

Pues bien, como puede comprobar Vd. en el expediente que al efecto está abierto, la propuesta de redacción dada al artículo 6º por este Colegio Oficial de Psicólogos, con fecha 24 de Octubre de 1984, (carta cuya fotocopia le adjunto), recoge expresamente en su último apartado que tal incorporación se hará

"SIN PERJUICIO DE LA COMPETENCIA QUE VIENE ATRIBUIDA LEGALMENTE A LA

información colegial

Año nuevo, estatutos como siempre

ADMINISTRACION PUBLICA POR RAZON DE LA RELACION FUNCIONARIAL".

Dicha expresión no es sino fiel reproducción del contenido del artículo 1º. 3 de la Ley de Colegios Profesionales, superando con exceso en ese ajuste a la redacción propuesta por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Así pues, si se ha respetado y recogido tal mandato legal y además se tiene en cuenta lo preceptuado en el artículo 3.2 de la Ley de Colegios Profesionales y en el artículo 2º de la Ley de Creación del Colegio, habrá que concluirse en que es preferente la redacción propuesta por esta Corporación.

No cabe, pues, como se pretende en su última carta, extender la relación funcional siendo el contenido de la Ley de Colegios Profesionales, a todo el personal al servicio de la Administración, pues una cosa es ser funcionario y otra cosa es ser personal contratado laboralmente o a través de un arrendamiento de servicios profesionales. Distinguir donde no lo hace la Ley es práctica vedada; más aún en el caso que nos ocupa por todos los argumentos que quedaron ya expuestos.

Por todo ello y confiando en que se plasme en la realidad esa voluntad de impulsar la tramitación de los Estatutos que Vd. apunta, le ruego se sirva dar las oportunas instrucciones a fin de que se recoja la definición propuesta por este Colegio al artículo 6º de los Estatutos.

Si ustedes entienden algo, les rogamos que esperen al próximo número en el que estamos seguros que les ofreceremos nueva información con la que entenderán aún menos. Es decir, todo sigue estando muy claro.

Psicología del Trabajo: En busca de la participación

El Colegio será lo que la voluntad y trabajo de sus colegiados quieran que sea.

Es un objetivo de la nueva Junta en general, y de la Vocalía de Psicología del Trabajo en particular, el poner las instalaciones y medios disponibles del Colegio al servicio de los colegiados con un objetivo primordial: facilitar la participación colegial, ya que ésta es la vía más directa y transparente para que cada colegiado no sólo sepa que prestaciones da el Colegio, sino también para que él pueda incidir con sus aportaciones en la marcha de aquel.

La Vocalía de Psicología del Trabajo no es la más fuerte en cuanto al número de colegiados interesados en ella, ya que estimamos entre un 10 y un 15% el número de colegiados (entre 500 y 700), pero sí quiere ser una vocalía fuerte en actividad y participación lo que significa que necesitaremos el apoyo de los colegiados que deseen implicarse. Ahora bien, tenemos a nuestro favor un hecho objetivo: Hay una demanda creciente de psicólogos del

trabajo, tendencia que deberían tener en cuenta todos los colegiados en general: la demanda de psicólogos del trabajo comparada con otras áreas es superior en términos relativos, al número de colegiados que se declaran interesados en este área, es decir, la Psicología del Trabajo sigue creciendo a un ritmo importante (el 90% de las ofertas de trabajo que recibimos en la Bolsa de Trabajo tienen que ver con este área de intervención).

En línea con lo anterior, ha habido un acontecimiento significativo que dice mucho en favor de esta minoría de colegiados que se sienten vinculados a la Psicología del Trabajo. El pasado mes de octubre un colectivo de colegiados planteó la conveniencia de que el Colegio sirviese de canalización de alguna

forma de actividad en pro de nuestra área. Este colectivo, unos 30 psicólogos no todos colegiados, venían a plantear lo que la nueva Junta quería relanzar: la participación. Y como consecuencia de esta convergencia de intereses se crearon una serie de grupos que hoy, dos meses después de aquella iniciativa podría-

mos decir que son estables. Los colegiados pusieron su tiempo y sus ideas, el Colegio a través de la Vocalía, las instalaciones y sus proyectos, y como síntesis, unos grupos de trabajo que tienen más de un mes de vida.

GRUPOS DE TRABAJO

DENOMINACION	OBJETIVOS DEL GRUPO	FRECUENCIA DE REUNION	Nº DE MIEMBROS
ESTUDIO DE DEMANDAS DE PSICOLOGOS DEL TRABAJO EN LA COMUNIDAD DE MADRID	Diseño y desarrollo de un proyecto.	Semanal	11 colegiados
BOLSA DE TRABAJO	Modificación del funcionamiento de la Bolsa de Trabajo	Semanal	5 colegiados
SELECCION DE PERSONAL	Estudio sobre los procesos de Selección de Personal	Semanal	9 colegiados
PSICOLOGIA DEL TRABAJO Y GESTION HOSPITALARIA	Realizar un estudio sobre la aplicabilidad de la Psicología del Trabajo a los Hospitales	Semanal	2 colegiados (*)

(*) Necesidad de incremento.

El éxito inicial de estos grupos de trabajo nos permite mirar con razonable optimismo hacia el futuro y extender estas experiencias en 1986 a nuevos temas de Psicología del Trabajo, a saber:

- Nuevas perspectivas profesionales.
- Viabilidad de "Las Primeras Jornadas Madrileñas de Psicología del Trabajo".
- Encuentros para intercambio de experiencias profesionales.
- Revista de Psicología del Trabajo.

- Formación especializada.
- Otros Temas.

Precisamente y con el fin de poder impulsar los proyectos anteriores está prevista una reunión para el día 11 de Febrero de 1986 a las 19 horas en la 4ª planta de la sede oficial del Colegio Oficial de Psicólogos. Con esta convocatoria pretendemos que todos los colegiados interesados en conectar con la Psicología del Trabajo en el campo de lo concreto y que estén dispuestos a invertir una reducida cantidad de tiempo libre, puedan tener la oportunidad de

aportar algo, por poco que sea, en beneficio de la Psicología del Trabajo que tan necesitada está de ideas nuevas; además, siempre deberá tenerse en cuenta que cualquier forma de actividad colegial, racionalmente dirigida, redundará en el propio beneficio de sus actores, los colegiados, ya que ellos son en definitiva la esencia del Colegio.

Contamos con vuestra asistencia.

Firma

Víctor M. Pérez Velasco
Vocal de Psicología del Trabajo

OS RECORDAMOS QUE:

HABRA UNA REUNION DEL AREA DE PSICOLOGIA DEL TRABAJO

El día: **11 de Febrero de 1986**

A las: **19 horas**

Lugar: **Colegio Oficial de Psicólogos, Fernández de los Ríos, 87-4ª planta**

Sobre: — **NUEVAS PERSPECTIVAS PROFESIONALES**

— **JORNADAS MADRILEÑAS DE PSICOLOGIA DEL TRABAJO**

— **ENCUENTROS PROFESIONALES**

— **REVISTA DE PSICOLOGIA DEL TRABAJO Y DE LAS ORGANIZACIONES**

— **FORMACION**

— **OTROS TEMAS**

"PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS"

El "Plan Nacional sobre Drogas" surge como una respuesta de la Administración a una grave problemática y a un estado de opinión existentes en la sociedad. En el debate sobre el Estado de la Nación se abordaron los problemas relativos al tráfico y consumo de drogas y se asumió la conveniencia de desarrollar una acción coordinada contando con la participación de todas las Administraciones Públicas y de las instituciones sociales y ciudadanas en general.

A este fin se constituyó un Grupo de Trabajo Interministerial —coordinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo— y un grupo de carácter técnico. Se elaboraron distintos borradores y se recabaron aportaciones de diferentes colectivos e instituciones (ayuntamientos, comunidades autónomas, asociaciones profesionales, partidos y sindicatos, etc.). Por último, el Plan Nacional es aprobado el 24 de julio de 1985.

Incluye criterios básicos de actuación y medidas prioritarias a desarrollar por las distintas Administraciones en el bienio 85-86.

Sin entrar en la valoración de la propia filosofía subyacente, si parece obvio que no existe una clara correspondencia entre los criterios básicos que se enuncian y las medidas prioritarias que se proponen resultando éstas un tanto puntuales, parciales e inconexas.

I. INTRODUCCION

El consumo de drogas se ha convertido en uno de los problemas que suscita mayor preocupación en la sociedad española.

Los análisis que surgen de esta preocupación están constituidos, en muchas ocasiones, por un conjunto de tópicos, mitos, lugares comunes, etc., que en nada contribuyen a un enfoque sereno, que oponga la racionalidad al alarmismo y contribuya a encontrar vías de solución.

La experiencia acumulada en España y otros países desarrollados establece que el consumo de drogas y sus repercusiones sociales persistirán durante largo tiempo, por lo que el conjunto de la sociedad deberá aprender a enfrentarse con este grave problema.

Definiciones:

A efectos operativos del Plan que se presenta se adopta la definición de "droga" dada por la OMS en 1975, completada con la precisión final de que se trata de sustancias "susceptibles de crear dependencias y que pueden provocar tolerancia".

Es decir, se considera "droga" toda sustancia química que introducida en un organismo vivo puede modificar alguna de sus funciones y es susceptible de crear dependencia y que puede provocar a la vez tolerancia".

Conviene también hacer algunas precisiones más referidas a los sujetos que consumen "drogas". Englobar bajo el mismo término de "drogadicto" o "toxicómano" a las personas que usan ocasionalmente, abusan o "dependen" de las drogas puede resultar eficaz, ya que se están eliminando barreras socialmente diferenciadoras que pueden evitar el deslizamiento hacia situaciones de marginación más graves, pero no cabe duda de que distintas situaciones requieren diversidad de tratamientos, como diferentes son las consecuencias sociales que tiene el uso esporádico, el abuso y la dependencia.

El problema en España

En los últimos cinco años el problema de la toxicomanía en nuestro país puede caracterizarse por lo siguiente:

En cuanto al problema

— Aumento del tráfico de drogas ilegales, especialmente en lo que a la cocaína y heroína se refiere, a partir del inicio de esta década.

— Coincidencia de una insuficiencia de datos estadísticos fiables sobre el número de consumidores y los distintos grados del mismo, con un "boom" de cifras y un "protagonismo" del problema en los medios de comunicación y la opinión pública que han producido una situación más desorientadora que real. Según las últimas investigaciones de los Ministerios de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Seguridad Social y de Cultura, las cifras de consumidores habituales en nuestro país podrían oscilar entre los siguientes números, en lo que a las principales drogas se refiere (*):

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

— Protagonismo de la "heroína" como mito de una potencialidad social considerable que se asocia a una serie de factores y efectos, lo cual contribuye a que éstos aparezcan y se reproduzcan por contagio social.

— Aumento del consumo de cocaína cuyos resultados están aún enmascarados, dado que la cocaína tiene un período de "silencio clínico" de tres a cinco años y es a partir de esta etapa cuando aparecen los problemas de salud.

— Polémica en torno a la peligrosidad de los efectos del cannabis para la salud y su aceptación entre los jóvenes como producto menos peligroso, convirtiéndose entre los adolescentes y los menores, junto con el alcohol, en un factor multiplicador de riesgo para el consumo de otras drogas.

(*) Los datos reseñados tienen un valor indicativo. Dado que las cifras de consumidores se recogen según la droga consumida, en ningún caso pueden sumarse todas ellas para ofrecer la cifra total de consumidores ya que en su mayoría la población de referencia es consumidora de varias drogas.

— Utilización en escala de los inhalables como "droga" de los más jóvenes y con menos recursos económicos que la convierte en auténtica "toxicomanía de la miseria".

— Asociación entre el consumo de drogas ilegales y el aumento de la inseguridad ciudadana, identificando drogadicto-delincente y droga-factor de criminalidad en un discurso más ideológico que científico, ya que, normalmente, las drogas vienen a reforzar procesos de desviación social ya existentes.

— Tendencia a identificar o circunscribir el consumo de drogas y especialmente de drogas ilegales al ámbito juvenil. El problema de la toxicomanía afecta en estos momentos a todos los grupos sociales y a toda la geografía española, y si bien es cierto que los jóvenes se encuentran en una situación de riesgo considerablemente mayor, también lo es que la sociedad tiene dos escalas a la hora de valorar determinados comportamientos, según sean los de un joven o lo de un adulto.

En cuanto a la red de servicios

La tradición sanitaria española, en lo que se refiere a la provisión de servicios asistenciales, hace que la presencia de la estructura de salud en el campo de las drogodependencias sea muy escasa. Como ejemplos valga el de consumo del alcohol y el de la heroína. En términos generales los servicios sanitarios han atendido únicamente la "patología orgánica" vinculada a esos consumos (infecciones, hepatopatías...).

Los Servicios Sociales, aunque incapaces de satisfacer el total de la demanda asistencial, han desarrollado programas en este campo. A veces han cumplido, y cumplen, funciones no estrictamente vinculadas a la acción social.

España ha pasado en esta década de no tener ningún servicio para la asistencia o reinserción social del toxicómano a contar con aproximadamente 68 servicios asistenciales de carácter ambulatorio, en su mayoría públicos y de atención gratuita y 58 Comunidades Terapéuticas, casi todas privadas, con subvenciones públicas en su mayoría, pero de coste muy elevado para las personas que quieren rehabilitarse en las mismas.

La población atendida en estos servicios gira alrededor de las 10.000 personas y la demanda potencial que se puede calcular estaría en un mínimo de 30.000 a 40.000, excluyendo el problema del alcohol.

El Plan Nacional: una política coherente y coordinada

Una política general en este campo contribuirá a frenar y reducir el consumo de sustancias que dañan la salud individual y colectiva, provocan procesos de marginación social, deterioran la seguridad ciudadana y vulneran la autonomía del individuo.

Sólo un esfuerzo concertado en el que participen la opinión pública, las autoridades responsables, los grupos profesionales e interesados, todo el conjunto de la sociedad civil, sería suficiente para luchar contra el abuso indebido de drogas y mitigar sus consecuencias. Un grado de-

masiado elevado de institucionalización y profesionalización de la respuesta corre el riesgo de aislar de la sociedad a la que pertenecen a los grupos de población directamente afectados por el problema. Este riesgo, sin duda, será menor en la medida en que se establezca una relación más directa y eficaz de los equipos de salud y bienestar social con la población.

El Plan que se presenta afronta el fenómeno global del uso y abuso de drogas en nuestro país, si bien, en función del objetivo general antes mencionado, las medidas que se contemplan en el mismo referidas al tráfico y a la asistencia al consumidor inciden especialmente en los problemas creados por las drogas ilegales.

Los patrones existentes en el uso y abuso de las distintas drogas, así como la diversidad de los efectos provocados por las mismas y las consecuencias diferentes que produzcan en el ser humano, exigen afrontar el fenómeno de consumo de drogas de manera diversificada.

Las medidas incluidas en el Plan se dirigen prioritariamente a conseguir los siguientes objetivos:

- Reducción de la oferta y de la demanda.
- Disminución de la inseguridad ciudadana.
- Oferta de una Red Pública de servicios de atención suficiente y transparente para el usuario y para la sociedad en su conjunto.
- Coordinación y cooperación de las Administraciones e instituciones sociales implicadas en el problema.

Todas las medidas deben ser contempladas, para valorar su efectividad, bajo un triple enfoque: su adecuación a la realidad a la que pretenden responder, la coherencia de su desarrollo y su integración en un plan conjunto.

II. PREVENCIÓN

Criterios generales

La acción preventiva se desarrollará en el marco de una política integral de educación para la salud y el bienestar, teniendo en cuenta que los problemas de la sociedad y los propios sistemas de convivencia inciden directamente en cuantas acciones se realicen en este ámbito.

En el desarrollo de medidas concretas para sectores específicos y en áreas geográficas determinadas es preciso considerar qué factores complejos de orden político, económico, social e individual entran en juego en cada momento y en cada colectividad.

Toda acción preventiva tendrá en cuenta los dos factores que se sitúan siempre en el origen de la drogodependencia y sobre los que es preciso actuar con intensidad creciente: disponibilidad de la droga y un modelo de sociedad, progresivamente consumista, con dificultades para realizar una "oferta sugestiva", especialmente a las poblaciones más jóvenes.

Resulta por tanto obvio señalar que la prevención no puede reducirse, ni aún consistir principalmente, en acciones de educación y mentalización, siendo nece-

saria la intervención: en la reducción de la oferta, en los modos de vida y en las actitudes ideológicas vigentes en torno a la droga. La intervención en áreas de "alto riesgo" deberá ser orientada, fundamentalmente, en el apoyo a la modificación de los factores condicionantes de ese alto riesgo.

Por otra parte es conveniente señalar que la "actitud terapéutica" percibida a través de los servicios de asistencia y reinserción social constituye un factor decisivo para una efectiva prevención terciaria, facilitando a su vez y como beneficio adicional apoyo a la prevención en los niveles primario y secundario.

Reducción del consumo

La acción en este campo debe ir destinada a las poblaciones afectadas. En principio hay que diferenciar dentro de ellas las poblaciones en riesgo de convertirse en toxicómanos de aquellas a las que concierne el problema.

Las poblaciones en riesgo varían según el tipo de drogas: socialmente aceptadas (alcohol y tabaco), de tráfico ilegal (heroína, cocaína, LSD, cannabis...) y los fármacos (psicótrópos). De todos modos, la definición de población de riesgo es un problema no resuelto ni en España ni en otros países occidentales.

Considerando que las drogodependencias, en su conjunto, comportan riesgos para la salud, en los aspectos preventivos primarios no pueden disociarse las drogas legales de las ilegales, si bien las drogas ilegales presentan a niveles jurídicos, represivos y de salud, aspectos diferenciados que obligan a una especificidad en su tratamiento.

Este tratamiento no debe impedir afrontar en mayor grado aquellas drogas de uso reciente que, por sus especiales características, suponen un grave deterioro social en distintos órdenes: mortalidad, delincuencia, incidencia en la población juvenil, etc.

Partiendo de estas premisas, es preciso destacar que el riesgo más grave, en lo que a consumo de heroína se refiere, se sitúan hoy en España en sectores de población juvenil, preferentemente masculina, aunque con incremento a ritmo creciente de población femenina.

Las poblaciones afectadas, no de riesgo, son básicamente las familias, las asociaciones, los educadores y todos aquellos que o bien están en directa relación con los consumidores o asumen algún papel o responsabilidad social frente a ellos.

Frecuentemente, la mayor parte de las medidas preventivas sobre el consumo de drogas no son específicas de este campo, sino generales, en el sentido de mejorar las condiciones de vida y de prevenir la marginalidad. Tal es el caso de la escolarización entre los catorce y dieciséis años, el paro juvenil...

Las actividades prioritarias a desarrollar se centran en la educación para la salud en el medio escolar, la promoción del bienestar en la población juvenil y la participación de los agentes sociales, dentro de un marco de coordinación entre los servicios escolares, juveniles, sociales y de salud.

El conjunto de la política preventiva necesita de una amplia corresponsabilidad del conjunto de la sociedad. Por ello, en gran medida, la actuación de la Administración a cualquier nivel debe ser de apoyo a colectivos sociales implicados. De igual modo, la Administración Local, como más próxima a los ciudadanos, juega un papel especialmente relevante.

Cabe destacar que para ser mínimamente eficaces y evitar percepciones contradictorias, es preciso que toda la sociedad facilite un mensaje —no idéntico pero si coherente— dentro de unas coordenadas compartidas.

En este sentido, se recomienda una gran cautela en el desarrollo de campañas generales sobre drogas. Se considera que es muy difícil encontrar un mensaje que sea cierto, indiscutible, comprensible para todos y universalmente preventivo, teniendo en cuenta la complejidad del tema y la heterogeneidad de los receptores probables del mensaje.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, la población cuando se trata de campañas de ámbito general, no debe recibir más información sobre el problema que la que dicha población ya tiene. Los objetivos de este tipo de actuaciones deben ir dirigidos a desactivar determinadas percepciones sociales en torno al problema de la droga que funcionan como estereotipos que falsean la realidad e impiden una actuación adecuada sobre los mismos. En este sentido podemos señalar los binomios que, progresivamente se van estableciendo tales como droga-libertad, drogadicto-delinuencia, etc. Los objetivos de las campañas deben, en todo momento, fomentar entre la población la corresponsabilidad social en la lucha contra el problema así como promover pautas de convivencia solidaria.

De conformidad con los criterios señalados, el desarrollo de campañas generales de orientación y sensibilización social han de estar dirigidas a desactivar determinadas percepciones sociales en torno al problema, así como a fomentar entre la población una corresponsabilidad solidaria, debiendo valorarse puntualmente tanto su incidencia como sus resultados.

La educación sobre drogas en los centros docentes debe enmarcarse en la educación para la salud y la educación integral que la escuela debe facilitar. Su desarrollo corresponde a los propios educadores, asesorados por especialistas cuando sea necesario.

Reducción de la oferta

El desarrollo de la acción represiva a todos los niveles requiere complementar las medidas actuales en base a las demandas detectadas en la sociedad española, la jurisprudencia existente y las tendencias expresadas por la legislación internacional.

Asimismo, exige modificaciones normativas que optimicen la realización de los compromisos adquiridos mediante los acuerdos internacionales suscritos por España, principalmente el Convenio Único sobre Estupefacientes y la Convención sobre Psicótrópos, así como el incremento de la colaboración española en la comunidad internacional en materia de

ayuda a los países productores, con programas de sustitución de cultivos.

En este ámbito cabe destacar la importancia de la Reforma Penal establecida en el año 1983 por la que se recoge la distinción entre sustancias que causan grave daño y las que no, distinción que ha sido recogida posteriormente por Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que ha recomendado a los países miembros que incorporen en el futuro esta distinción en su legislación penal. De todas formas, cualquier medida legislativa en este campo precisa para ser efectiva de unos medios policiales coordinados y adecuados a los objetivos que se persiguen.

Acciones propuestas

En cuanto a la reducción del consumo

- Medidas estructurales consistentes en la reforma y mejora del sistema educativo.

- Potenciación del asociacionismo y del cooperativismo juvenil.

- Dar prioridad a la edición y experimentación de materiales didácticos que puedan ser utilizados en la educación sobre drogas en escolares u otros grupos de población.

- Promoción de actividades alternativas de alumnos y de una oferta diversificada de tiempo libre para los jóvenes.

- Proyecto Piloto en el País Vasco sobre educación escolar en colaboración con el Consejo de Europa y desarrollo de otros programas experimentales.

- Introducción de la educación para la salud en los "currícula" de los diferentes niveles escolares.

- Información sobre consumo de drogas en Centros de Información para la Juventud y Centros de Información Ciudadana.

- Formación ocupacional y fomento del empleo, especialmente para favorecer la inserción de los jóvenes en la vida activa.

- Apoyo a asociaciones a través de la acción concertada.

- Campaña de orientación y sensibilización social en los medios de comunicación de masas.

- Planificación de medidas que conduzcan a una reducción gradual del consumo del alcohol, cuidando especialmente la aplicación de la legislación vigente en relación con la venta de alcohol a menores.

En cuanto a la reducción de la oferta

- Ley de Estupeficientes y Psicótopos.

- Modificación del control de decomisos.

- Agravación de las penas correspondientes a tráfico de drogas, aspecto que por otra parte coincide con la legislación internacional, ya que ante el aumento del tráfico y a que los problemas del mismo se extienden a toda la sociedad se han visto obligados a endurecer las penas existentes hasta la fecha.

- Investigación y embargo de los bienes de los traficantes.

- Suspensión temporal de la pena si el toxicómano traficante se somete a rehabilitarse (esta medida se adoptaría con las cautelas precisas para evitar situaciones no buscadas por el legislador).

- Sanciones a los responsables de establecimientos públicos en los que se realicen actos de promoción, favorecimiento o facilitación del consumo o tráfico de drogas.

- Intensificar las penas por delitos contra la propiedad cuando éstos se produzcan en establecimientos sanitarios (farmacias, hospitales, etc.).

- Configuración e institucionalización de la actual figura del Fiscal Especial.

- Aumento de la eficacia de la acción policial, mediante la adecuación de las dotaciones de los servicios del Ministerio del Interior y la mejora de su coordinación y cooperación con otras Administraciones.

- Aumento del control sobre el uso de medicamentos psicoactivos.

- Inducción a la disminución de uso de inhalantes y solventes industriales.

- Colaboración con programas de sustitución de cultivos en los países hispanoamericanos.

- Acreditación de agregados especializados en algunas Embajadas.

III. ASISTENCIA

Criterios Generales

La asistencia al toxicómano requiere —tal y como se ha reconocido por diversos organismos internacionales— de un enfoque psicosocial, siendo necesario evitar, por una parte, tratamientos parciales y aislados que podrían derivar en situaciones de mantenimiento crónico de la toxicomanía, y por otra, modelos de tratamiento con riesgo profesional excesivo, por ejemplo, medicalización del modelo.

El objetivo de la asistencia es, en términos generales, la abstinencia y la reinserción social.

La abstinencia del consumo de drogas es una aspiración irrenunciable en materia de salud. Sin embargo, en algunos casos de consumo de heroína, que deben ser valorados con rigor, pueden adoptarse programas temporales de mantenimiento con Metadona u otros fármacos.

La formulación teórica sobre en qué debe consistir la reinserción social del toxicómano plantea numerosas incógnitas, en su mayoría no resueltas. Si se supone que la reinserción tiene como objetivo teórico su vuelta a la situación anterior a la dependencia de la droga, habrá que considerar que la situación anterior ya era, en muchos casos, disocial. Reinsertar significará, por tanto, diseñar un proyecto de vida no conflictiva, ni autodestructora, sin el recurso abusivo a sustancias modificadoras de la conducta, lo cual, evidentemente, no puede conseguirse abordando únicamente el problema de la dependencia de las drogas. Es preciso tener en cuenta, cuando se hable de integración social, que el "principio de normalización" debe ser conjugado con el derecho a la diferencia de personas, sectores o grupos de población que adopten un sistema de vida heterogéneo respecto a lo que podría considerarse como habitual.

Consideraciones como las que anteceden plantean a la hora de diseñar la

asistencia, tres premisas básicas:

- Complementariedad entre servicios de salud y servicios sociales para la elaboración de programas terapéuticos.

- Potenciación de las redes generales de servicios asistenciales frente a la creación de servicios paralelos especializados salvo en casos específicos.

- La promoción de fórmulas alternativas al internamiento fomentando la asistencia en el ámbito familiar y comunitario.

La oferta terapéutica debe ser diversificada, máxime cuando la voluntariedad del toxicómano y su valoración subjetiva del servicio que va a atenderle es un factor clave para el éxito del tratamiento y la capacidad de elección puede reforzar su vinculación con el método elegido.

La colaboración de la iniciativa privada sin fin de lucro se estima necesaria como elemento que amplíe la variedad de oferta y permita una agilidad en sus planteamientos, imprescindible para determinadas actividades. Evidentemente esta colaboración debe responder a normativas o protocolos de colaboración que garanticen los aspectos profesionales, económicos, derechos individuales de los usuarios, seguimiento y evaluación de resultados.

El modelo general de asistencia debe estructurarse a través de los servicios comunitarios, tanto sociales como de salud.

Al hablar de un modelo de asistencia no se está preconizando el desmantelamiento de la red existente, sino una línea de tendencia. Una aproximación al mismo sería el establecimiento de lo siguiente:

Servicios Sociales Comunitarios y Servicios Básicos de Salud (*). Puerta de entrada a la demanda de tratamiento, junto con las urgencias hospitalarias. Derivarán las demandas recibidas hacia el tratamiento más adecuado, asumiendo tareas de información y orientación, por sí mismos, o recomendando un servicio social o sanitario (caso de las urgencias).

Servicios de Salud Comunitaria ()** con programas específicos de tratamiento de la toxicomanía. Actuación sectorizada y polivalente, en la que se incluiría la desintoxicación: ambulatoria o en hospitales.

Comunidades Terapéuticas, utilizables como recursos de tratamiento o de reinserción social por los servicios que actúan en ambos niveles.

Servicios Sociales Comunitarios. Programarán la reinserción social del toxicómano mediante los dispositivos y recursos comunitarios existentes.

Con referencia a la actuación del INSA-LUD, se considera necesario diferenciar dos tipos de demandas: por una parte, las urgencias y la atención a las patologías

(*) Los servicios Sociales Comunitarios tienen como funciones específicas: prevención comunitaria, información; detección de casos, atención de urgencias sociales, coordinación de los recursos de reinserción, etc.

(**) Los Servicios de Salud Comunitarios son los denominados en el plan de la reforma psiquiátrica, centros de salud mental. Sus equipos multidisciplinarios tendrán como funciones: evaluación y tratamiento de los casos que les sean remitidos.

orgánicas del toxicómano, a las que debe acceder como ciudadano, y por otra, los servicios de desintoxicación y analítica, que se le ofrecen en cuanto toxicómano y sujeto de un programa terapéutico con el que debe coordinarse la unidad de desintoxicación.

Los recursos proporcionados por el INSALUD se integrarán o coordinarán en el modelo general de atención. Este modelo aproximativo se plasmaría en cada realidad autonómica, según sus peculiaridades epidemiológicas, desarrollo socio-sanitario, etc., en un Plan Autonómico que coordine niveles, competencias y servicios de las distintas administraciones así como la participación de las instituciones sociales sin fin de lucro. En dicho plan se contemplará el papel importante de desarrollar por las Administraciones Locales, especialmente en la red de servicios sociales y en todo lo que suponga programas de prevención y reinserción social.

Acciones propuestas

- Elaboración de un modelo de atención.
- Actuación del INSALUD: Urgencias, desintoxicación hospitalaria, analítica, asistencia ambulatoria.
- Convenios-programa con CC.AA. para el mantenimiento de servicios propios o concertados en régimen de internamiento y apoyo al desarrollo asociativo en el marco de los programas de acción social.
- Convenios-programa con CC.AA. para financiar a Ayuntamientos, Servicios de Información y Orientación y Centros especializados de Asistencia y Reinserción Social.
- Desarrollo de Programas Experimentales.
- Regulación y registro de los tratamientos con Metadona.
- Regulación de centros que presten servicios de asistencia a toxicómanos.

IV. ACTIVIDADES DE SOPORTE

Entre las deficiencias observadas en el abordaje a los problemas derivados del consumo de drogas destacan, por su repercusión, la formación del personal encargado de realizar las diferentes actividades y la exigencia de un sistema informativo que permita evaluar la situación actual y la eficacia de las medidas que se proponen, así como la investigación permanente que debe ser potenciada, tanto en lo que se refiere al conocimiento de la realidad de manera que facilite la planificación y desarrollo de acciones acordes con la misma, como en lo que corresponde a investigaciones aplicadas, que permitan delimitar nuevas experiencias de prevención y tratamiento. En el campo de la investigación urge —en nuestro país— desarrollar métodos normalizados que hagan posible comparar y completar los resultados obtenidos en diferentes trabajos y en diferentes épocas.

Formación del personal

Existe una deficiencia actual notable en la capacidad de los diferentes profesionales, para hacer frente dentro de sus res-

pensabilidades a la demanda generada por el consumo de drogas.

A pesar de ello, en los últimos dos años, aunque con escasa coordinación, diferentes iniciativas están haciendo frente a estas exigencias.

Procede asegurar la correcta formación en drogodependencias de los estudiantes universitarios de profesiones relacionadas con el tema (especialmente sanitarios, sociólogos, psicólogos, educadores, trabajadores sociales y profesionales del Derecho). A esta información universitaria se le debe conceder tanta o más importancia que al reciclaje de los ya titulados, que forzosamente ha de ser más minoritario.

Con vistas a asegurar la participación de la comunidad en el abordaje del problema, se sugiere elaborar programas de formación de los dirigentes de las asociaciones de ayuda mutua y de autocuidado relacionadas con el tema, así como establecer mecanismos que permitan asegurar su adecuada y efectiva participación.

El desarrollo de cursos de formación para profesionales de primera línea (maestros, médicos de familia, trabajadores sociales y otros líderes comunitarios) se presenta como necesidad de primer rango. Se recomienda organizar reuniones para formación de los profesionales de los medios de comunicación, de forma que se disminuyan los efectos contraproducentes de algunas informaciones.

El propósito de las actividades propuestas es coordinar y sistematizar una política formativa que garantice la formación y el reciclaje continuado.

Información-Investigación

En este epígrafe, la información se concibe, en términos generales, como soporte para la planificación. La información como actividad preventiva ha sido tratada en el epígrafe correspondiente.

Se estima necesario, con carácter prioritario, completar los indicadores que proporcionan los estudios longitudinales como elementos válidos que permitan conocer los problemas derivados del consumo de drogas en la sociedad española. Dentro de estos indicadores, se estiman como más relevantes los que proporcionan un conocimiento más preciso sobre oferta y demanda de servicios y sobre delincuencia vinculada, indirectamente, al consumo y tráfico de drogas.

Importa realizar bianualmente una encuesta global sobre el consumo de droga en España, con muestras representativas a nivel provincial y siempre con una metodología que permita comparar la tendencia del consumo de cada droga cada dos años. Entre otras cosas, este estudio periódico serviría para medir globalmente la eficacia de las diversas medidas que se adopten.

En orden a una racionalización a la hora de planificar la acción pública resulta urgente e imprescindible hacer un balance de los recursos existentes.

Acciones propuestas

En cuanto a la formación

- Formación académica de profesionales.

— Formación y perfeccionamiento del profesorado de EGB y BUP a través de la formación continuada.

— Inclusión de la atención a toxicómanos en los programas MIR.

— Fomento de la formación continuada de los profesionales vinculados a los problemas relacionados con la drogodependencia.

— Programa de formación, investigación y cooperación técnica, para la reinserción social.

— Investigación universitaria.

— Investigación a través del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISS).

En cuanto a información-investigación

— Estudio sobre validación de indicadores de prevalencia de consumo y demanda.

— Elaboración de un mapa de recursos de ámbito nacional.

— Evolución del consumo de medicamentos psicótrópicos en España.

— Estudio comparativo de la legislación internacional sobre consumo, tenencia y tráfico de drogas.

— Estudio sobre relación delincuencia y tráfico y consumo de drogas.

— Estudio bianual sobre consumo de drogas en España.

— Estudio e indicadores de eficacia del rendimiento de los dispositivos de rehabilitación y reinserción social.

— Desarrollo de programas bianuales de investigaciones básicas con participación de diferentes Departamentos ministeriales.

V. COLECTIVOS ESPECIFICOS

Por la especial significación y características que presenta el consumo de drogas y su tratamiento se contemplan en el Plan medidas particulares para tres colectivos de población: Menores de reforma, Reclusos y Fuerzas Armadas.

Consejo Superior de Protección de Menores

La prevalencia del consumo de drogas en los centros de menores se estima en un 20 por ciento (considerando los menores de protección y reforma) de los 6.000 menores asistidos; destaca, sin embargo, que casi el 90 por ciento de la población de reforma (4.250 menores) es consumidora.

Ante esta situación, los responsables se encuentran frecuentemente desbordados por la insuficiencia de recursos, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Entre las competencias generales que desarrollará el Consejo Superior se encuentra la realización de programas piloto o experimentales con población de reforma, ya que la población de protección la atenderán las distintas Comunidades Autónomas.

Las permanentes demandas de atención, tanto de los centros como de las distintas Administraciones y Tribunales Tutelares, exigen un plan de atención, en el que deberán incluirse:

— Programas de prevención en centros de menores.

— Formación de personal "específico" para trabajar con menores de reforma drogodependientes.

— Creación de centros de atención que desarrollen programas experimentales.

— Dotaciones presupuestarias mínimas de aplicación a este Plan.

Acciones a desarrollar

— Creación de un Centro Piloto en Guadarrama (Madrid).

— Formación de personal específico para el trabajo con menores consumidores de droga.

— Programas de prevención en centros de menores.

Instituciones Penitenciarias

En el terreno asistencial, tras la normativa publicada el 28 de marzo de 1983, se posibilita que los recursos clasificados en grado 3 se puedan beneficiar de seguir tratamiento extrapenitenciario en los servicios comunitarios. Esta normativa ha comenzado a ser aplicada, principalmente mediante convenio con las llamadas Comunidades Terapéuticas.

En conjunto, en estas Instituciones se plantean también problemas de insu-

ciencia de recursos para hacer frente a las necesidades creadas en el consumo de drogas.

En términos generales, esas necesidades tienen las siguientes vertientes: represión de tráfico en las Instituciones Penitenciarias y tratamiento de sujetos adictos.

Acciones a desarrollar

— Modificación del destino y contactos de internos vinculados al tráfico de drogas.

— Mejora de la vigilancia de entrada de las visitas a las prisiones.

— Creación de Unidades Especializadas para el tratamiento de entrada del colectivo de toxicómanos en las Instituciones Penitenciarias.

Fuerzas Armadas

Las Fuerzas Armadas consideran falta leve el consumo de sustancias psicotrópicas entre sus miembros y falta grave cuando se hace un acto de servicio.

De igual modo, el consumo de sustancias psicotrópicas sin finalidad terapéutica excluye de la prestación del servicio militar en voluntariado especial y en formación de mandos y especialistas, tanto

para las escalas de complemento como para la reserva naval.

Está sin delucidar la actitud referente a la incorporación al servicio militar obligatorio de los sujetos consumidores de drogas y de los drogodependientes que no presentan otra causa de exclusión total o temporal.

Los tres ejércitos consideran insuficiente los recursos materiales y humanos de que disponen para la atención a este problema en sus respectivas instalaciones.

Acciones a desarrollar

— Normativa que regule la incorporación al servicio militar de los consumidores de drogas y drogadictos.

— Colaboración con las instituciones civiles en el ámbito de la prevención y de la formación de personal.

— Ampliación de los recursos existentes.

VI. MEDIDAS PRIORITARIAS 1985-1986

Administración Central Ministerio de Asuntos Exteriores

CRITERIOS BASICOS

- Cooperación Internacional.
- Coordinación Interdepartamental.
- Facilitar información sobre el tratamiento del tráfico y consumo de drogas en otras Naciones y Organismos Internacionales.

MEDIDAS PRIORITARIAS

MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/1986 (En miles)		RESPONSABLE
Colaboración en programas de sustitución de cultivos en los países hispanoamericanos, a través de la contribución al Fondo de las Naciones Unidas contra el uso indevido de drogas (FNUFUID) (1985-1986)	6.160	10.000	Dirección General de Organismos y Conferencias Internacionales.
Nombramiento de Agregados Especializados en 6 Embajadas en régimen de acreditación múltiple	—	—	Ministerio de Asuntos Exteriores y Ministerio del Interior.
Negociación de Convenios contra el tráfico de drogas (1986)	—	—	Dirección General de Asuntos Consulares.
Negociación de acuerdos en los que se establezca el cumplimiento de las penas en España por delitos cometidos por los españoles en el extranjero (1986)	—	—	Ministerio de Asuntos Exteriores.
Estudio comparado de legislación internacional sobre consumo, tenencia y tráfico de drogas	—	—	Dirección General de Asuntos Consulares.
Asistencia, tanto en el plano sanitario como jurídico, al español detenido en el extranjero por razones de consumo, tenencia y tráfico de drogas (1985-86)	14.000	14.960	Ministerio de Asuntos Exteriores y Ministerio de Justicia.

Ministerio de Educación y Ciencia

CRITERIOS BASICOS

- Desarrollo de programas para la salud y la educación integral en la escuela.
- Formación del profesorado.
- Reforma y mejora del sistema educativo.
- Edición y evaluación de material didáctico.
- Colaboración y coordinación interdepartamental e interterritorial.

MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/1986 (1) (En miles)		RESPONSABLE
Cursos ocupacionales por Comunidades Autónomas o por provincias para jóvenes de catorce-quince años, con problemas de drogodependencia (1985-86)	80.000		Subdirección General de Educación Compensatoria.
Reforma de las enseñanzas no universitarias en general (EGB, EE.MM. y EPA)	—		Dirección General correspondiente.
Utilización de Centros de Profesores (1985-86)	—		Subdirección General de Perfeccionamiento del profesorado.
Diez cursos de cuarenta horas para profesores de EGB, Centros de Recursos, Educación Compensatoria, Orientadores, CEPS, MRP (1985-86)	12.000		Idem.
Cursos en Escuelas de Verano, Centros de Profesores, Seminarios permanentes (Orden Ministerial: prioridad cursos sobre drogodependencia) (1985-86)	—		Ministerio de Educación y Ciencia (ayudas a los MRP).
Formación de padres a nivel estatal y provincial (prioridad cursos APAS sobre drogodependencias) (1985-86)	105.000		Subsecretaría (ayudas a Asociaciones).
Intercambios escolares, coloquios de verano, convivencia asociativa y vida cultural, recuperación pueblos abandonados, escuelas viajeras, granjas escuelas... (1985-86) .	150.000		Programa de alumnos de MEC.
Programa deportivo (1985-86)	—		Convenio-Programa de alumnos (MEC) y Dirección General de Deportes (Ministerio de Cultura).
Programa de apoyo al asociacionismo juvenil en los Centros (1985-86)	—		Convenio-Programa de alumnos (MEC) y Dirección General de la Juventud (Ministerio de Cultura).
Publicaciones (distribución de material, ficheros para el profesorado y padres, dossier sobre "Comunidad Escolar")	4.200		Subdirección de perfeccionamiento del profesorado y Servicio de Publicaciones.
Inclusión de Ordenes Ministeriales dedicadas a innovaciones educativas ante la drogodependencia (financiación de 10 experiencias anuales) (1985-86)	5.000		Ministerio de Educación y Ciencia (subvenciones a Claustros de Profesores y Centros).
Inclusión de temas específicos de Educación para la salud en los "currícula" de enseñanzas no universitarias (1985-1986)	—		Direcciones Generales correspondientes.
Material didáctico y audiovisuales dirigido a los centros (1985-86)	15.000		Servicio de Publicaciones.

(1) El presupuesto presentado por el Ministerio de Educación y Ciencia hace referencia al curso escolar 1985-86.

Ministerio de Cultura

CRITERIOS BASICOS

- Facilitar una línea de información y orientación a través de los Centros de Información para la Juventud.
- Promoción de Casas a la Juventud.
- Apoyo a programas promovidos por las Asociaciones Juveniles.
- Colaboración con otros departamentos para el desarrollo de actividades diversificadas de ocio y tiempo libre.

MEDIDAS PRIORITARIAS

MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/1986 (En miles)		RESPONSABLE
Emanadas de los Centros de Información de las Administraciones Públicas	1.600	—	Instituto de la Juventud.
Revistas especializadas, vídeo-documental quincenal "Guía"	2.500	—	Idem.
Monográfico sobre "Juventud y Drogas, una política de prevención"	1.800	—	Idem.
"Juventud y Drogas", con responsabilizaciones y colectivos juveniles, XII Encuentros de Juventud Ca	2.000	—	Idem.
Creación de Casas de Juventud. Juventud de las Administraciones (1985-1986)	—	500.000	Convenio Programa Instituto de la Juventud y Comunidades Autónomas.
Técnica y respaldo financiero a problemas planteados por Asociaciones Juveniles (1985-1986)	25.000	100.000	Instituto de la Juventud.

Ministerio del Interior

CRITERIOS BASICOS

- Actuaciones contra el tráfico ilícito.
- Coordinación con las policías autonómicas y locales.
- Formación de personal.
- Cooperación Internacional.

MEDIDAS PRIORITARIAS

MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/1986 (1) (En miles)		RESPONSABLE
Proyecto de Real Decreto por el que se regulan las funciones de la Brigada Central de Estupefacientes como Oficina Central Nacional para la lucha contra el tráfico ilícito ..	—		Ministerio del Interior.
Ampliación de las dotaciones en personal y medios a la Brigada Central de Estupefacientes (1985-86)	263.200		Dirección General de la Policía.
Agregados en Embajadas (1985-86)	39.000		Ministerio de Asuntos Exteriores y Ministerio del Interior.
Dotación personal y medios Secciones Regionales y Especiales	308.762		Dirección General de la Policía.
Dotación medios Grupos Locales	4.160		Idem.
Coordinación con secciones y Grupos Regionales de Estupefacientes (1985-86)	—		Idem.
Cursos especializados para personal de la Dirección General de la Policía, coloquios interprofesionales. Becas de Estudio (1985-86)	2.000		Idem.
Colaboración hispanoamericana formación de policías (1985-86)	—		Idem.

(1) Los presupuestos relativos a este Ministerio corresponden a los años 1985 y 1986.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

CRITERIOS BASICOS

- Desarrollo de la cooperación con las organizaciones sociales de ámbito estatal e internacional.
- Cooperación con las Comunidades Autónomas para el desarrollo de programas y servicios de asistencia para la inserción social.
- Facilitar la rehabilitación laboral del toxicómano especialmente a través de las medidas generales de fomento del empleo juvenil.

MEDIDAS PRIORITARIAS

MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/1986 (En miles)		RESPONSABLE
Programas de cooperación social con organizaciones sociales de ámbito estatal e internacional	150.000	200.000	Dirección General de Acción Social.
Programa nacional de formación, investigación y cooperación técnica para la inserción social	52.000	52.000	Idem.
Convenio-Programa con las Comunidades Autónomas para:			
— Desarrollo de programas o servicios municipales de información y orientación (1985-86)	20.000	150.000	Dirección General de Acción Social y Comunidades Autónomas.
— Servicios de asistencia y inserción social municipal (1986)	—	540.000	Idem.
— Servicios de asistencia y inserción social autonómicos propios o concertados y apoyo al movimiento asociativo (1986) (Anexo 1.1.3)	—	534.000	Idem.
Estudio sobre "El consumo de drogas en España: epidemiología, motivaciones y Factores de Riesgo" (marzo 1985)	8.820	—	Dirección General de Acción Social. Convenio con Cruz Roja Española.
Colección "Cuadernos Técnicos de Toxicomanía" (cuatro números anuales) (1985-86)	10.600	12.000	
Utilización de los recursos generales de fomento del empleo juvenil para: ajuste personal, iniciación y orientación profesional, readaptación profesional (1985-86)	—	—	INEM concierto con entidades y servicios.

Ministerio de Sanidad y Consumo

CRITERIOS BASICOS

- Promoción de la utilización racional del uso de fármacos.
- Intensificación del control sobre el uso de medicamentos psicoactivos.
- Desarrollo de la normativa que facilite la disminución de la oferta.
- Apoyo al desarrollo de una red asistencial de carácter público, a través del INS.
- Apoyo y evaluación de programas experimentales.
- Programas generales de promoción de la salud, desarrollando la participación ciudadana y cooperando a la sensibilización social.
- Formación de personal.
- Desarrollo de programas de investigación socio-epidemiológica.
- Coordinación y colaboración interdepartamental e interautonómica.

MEDIDAS PRIORITARIAS

MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/1986 (En miles)		RESPONSABLE
Programa selectivo de revisión de medicamentos (PROSE-REME) y su repercusión en el consumo terapéutico de psicótropos y adopción progresiva de las medidas correspondientes (Anexo 1.1.1) (1985-86)	—	—	Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
Medidas de control para evitar la sustracción de productos farmacéuticos en farmacias, almacenes y Centros Sanitarios (1985-86)	—	—	Idem.
Real Decreto por el que se desarrolla lo dispuesto en el capítulo IX del Código Alimentario Español sobre condiciones generales que, para uso doméstico y de población infantil, deben reunir los disolventes, colas, pegamentos, pinturas, tintas, barnices y otros materiales análogos. (1)	—	—	Ministerios de Sanidad y Consumo, Economía y Hacienda, Industria y Energía, y Agricultura, Pesca y Alimentación.
Modificación de la Orden Ministerial de 20 de mayo de 1983, sobre tratamientos con Metadona (1985)	—	—	Dirección General de Salud Pública y Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
Desarrollo y evaluación de programas de deshabituación de dependientes de opiáceos, para toxicómanos graves, especialmente en zonas de alto riesgo (1986)	—	120.000	Dirección General de Salud Pública en colaboración con las Comunidades Autónomas.
126 camas de hospitalización (segundo semestre 1985-86) (Anexo 1.1.2)	315.000	630.000	INSALUD.
Desarrollo de programas de atención a toxicómanos en Centros de Salud Mental —30 programas— (1985-86) (1)	300.000	—	INSALUD en colaboración con las Comunidades Autónomas.
Programas experimentales de prevención. Convenios nacionales e internacionales (1986)	—	80.000	Dirección General de Salud Pública.
Programas de investigación, formación y colaboración técnica (1985-86)	—	60.000	Idem.
Campaña general de sensibilización social (1985-86)	290.000	—	Instituto Nacional del Consumo.
Encuentros para el desarrollo de la participación ciudadana y sensibilización social (1985-86)	2.000	—	Instituto Nacional del Consumo.
Estudios sobre el estereotipo de la drogodependencia en los contenidos de la comunicación social (mayo-noviembre 1985)	2.500	—	Idem.
Incorporación como programa prioritario al FISS, de la investigación sobre toxicomanías ("B.O.E.", 25 de mayo de 1985/1986)	—	—	Ministerio de Sanidad y Consumo.
Formación continuada a través de publicaciones periódicas y no periódicas	—	—	Ministerio de Sanidad y Consumo (FISS).
Incorporación al programa MIR (atención primaria, medicina interna, psiquiatría) de formación de drogodependientes	—	—	Dirección General de Salud Pública.

(1) Real Decreto 842/1985, de 25 de mayo.

(2) Incluido en presupuesto correspondiente a Reforma Psiquiátrica.

(1) Incluido en presupuesto correspondiente a Reforma Psiquiátrica.

(2)

Ministerio de Justicia

CRITERIOS BASICOS

- Desarrollo de la normativa y de las medidas precisas para facilitar la reducción de la oferta.
- Atención de Colectivos específicos.
- Cooperación Internacional.
- Coordinación y colaboración con otros Departamentos.

MEDIDAS PRIORITARIAS

MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/1986 (En miles)	RESPONSABLE
Anteproyecto de Ley de Estupefacientes y Psicotrópicos .	—	Ministerio de Justicia en colaboración con Sanidad e Interior.
Anteproyecto de Real Decreto sobre control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas decomisadas	—	Ministerio de Justicia.
Anteproyecto de Ley de Creación de la Fiscalía Especial para la prevención y represión del tráfico ilegal de Drogas	—	Idem.
Anteproyecto de Ley Orgánica de modificación del artículo 344 del Código Penal	—	Idem.
Creación de un Centro Piloto en Guadarrama para menores de reforma (primer trimestre 1986) (¹)	150.000	Consejo Superior de Protección de Menores.
Formación de Personal (1985-86)	20.000	Idem.
Instituciones Penitenciarias	—	

(¹) Este presupuesto para el año 1986 se desglosa en 80 millones para investigación y 70 para mantenimiento.

Coordinación Interdepartamental e Interautonómica

CRITERIOS BASICOS

- Constitución a nivel estatal de un órgano de coordinación que facilite la colaboración entre las diversas Administraciones Públicas (Central, Autonómica y Local).
- Desarrollar un sistema claro y transparente de información y cooperación técnica.
- Facilitar los sistemas de diseño, seguimiento y evaluación de programas.
- Proponer las medidas o programas que por sus características requieren una intervención de ámbito nacional.

MEDIDAS PRIORITARIAS (¹)

MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/1986 (En miles)	RESPONSABLE
Coordinación Interministerial (Anexo 1.1.4)		
Constitución formal del Grupo de Trabajo Interministerial integrado por los Ministros de Sanidad y Consumo, Justicia, Trabajo y Seguridad Social e Interior (julio 1985)	—	A designar por el Presidente del Gobierno entre los Ministros miembros del Grupo de Trabajo.
Nombramiento de un Delegado del Presidente del Gobierno para el seguimiento y evaluación del Plan Nacional	—	Idem.
Designación en cada Departamento implicado en el Plan Nacional de un responsable coordinador de las acciones de cada Ministerio en este ámbito (julio-septiembre 1985)	—	Departamentos Ministeriales correspondientes.
Constitución del Grupo Técnico de coordinación Interministerial integrado por los coordinadores designados por los Ministerios de Sanidad y Consumo, Justicia, Trabajo y Seguridad Social, Interior, Educación y Ciencia, Cultura, Asuntos Exteriores y Delegado de la Presidencia del Gobierno	—	Departamento en que recaiga la coordinación del Plan Nacional.
Creación de un Gabinete Técnico cuyas funciones se recogen en el punto 1.1.4 (septiembre-octubre 1985)	100.000	Idem.
Coordinación Interautonómica		
Conferencia Sectorial para la elaboración de criterios, establecimiento de prioridades y evaluación del Plan Nacional (1985-1986)	—	Idem.
Comisión Técnica Interautonómica integrada por técnicos designados por las Comunidades Autónomas que sumarán las acciones que le sean encomendadas por la Conferencia Sectorial y que aparecen en su primera fase reseñadas en el Anexo 1.1.4	—	Idem.

(¹) Se recogen en este epígrafe las medidas cuya instrumentalización corresponde a la Administración Central, ya que las correspondientes a la Administración Autonómica quedan reflejadas en los cuadros de prioridades de cada una de ellas.

Programa selectivo de revisión de medicamentos y su repercusión en el consumo terapéutico de psicótopos (Ministerio de Sanidad y Consumo)

Fase 1:

— Grupo de medicamentos afectados: Anfetaminicos en asociaciones como antiobesidad.

— Principios activos afectados: 12 (Etilanfetamina, Dexanfetamina, Fentermina, Clorfenoxiacetato de Anfetamina, Metanfetamina, Fenmetracina, Clorfentermina, Anfepiramina o Dietilpropina, Fenflumina, Benzfetamina y Mazidol, todos ellos incluidos en las listas anexas al Convenio de Psicótopos de 1971).

— Medida adoptada: Anulación de la inscripción en el Registro de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Fase 3:

— Grupo de medicamentos afectados: Especialidades farmacéuticas en cuya composición figuran psicofármacos en asociación; especialidades en cuya composición figuran anfetaminas.

— Principios activos afectados: Barbitúricos asociados a analgésicos; barbitúricos asociados a medicamentos con actividad sobre el aparato respiratorio, sobre el aparato digestivo, sobre el metabolismo; benzodiacepinas asociadas; asociaciones de antidiabéticos con medicamentos hipnosedantes; anfetaminas con indicaciones distintas a narcolepsia y a hiperkinesia infantil.

— Medidas adoptadas: Anular la inscripción en el Registro Farmacéutico de los psicofármacos en asociaciones no justificadas y de los asociados a medicamentos destinados a la terapia de los aparatos digestivo y respiratorio; adecuar la composición de las especialidades farmacéuticas del resto de los grupos eliminando el psicofármaco.

— Especialidades afectadas: 138.

— Especialidades adecuadas: 7.

Camas de hospitalización-INSALUD (Ministerio de Sanidad y Consumo)

Criterios Generales (Reforma Psiquiátrica Atención Hospitalaria):

— Una cama por cada 200.000 habitantes.

— Un hospital por cada Comunidad Autónoma (primera fase).

— Preferencia de los hospitales que ya tengan atención psiquiátrica.

— Desarrollarán las siguientes funciones: Atención de urgencias, camas para desintoxicación a disposición de enfermos remitidos por Centros de atención ambulatoria.

— Consulta externa.

— Analítica precisa.

Relación de hospitales donde se crean camas psiquiátricas:

— Zaragoza (Hospital Miguel Servet: 6 camas).

— Asturias (Hospital Nuestra Señora de Covadonga: 6 camas).

— Baleares (Hospital Virgen del Lluç: 3 camas).

— Canarias (Hospital Nuestra Señora del Pino de Las Palmas: 4 camas, y Hospital Candelaria de Tenerife: 3 camas).

Distribución por Comunidades Autónomas:

Comunidad Autónoma	Población	Camas 200.000 habitantes
Aragón	1.213.099	6
Asturias	1.127.007	6
Baleares	685.088	3
Canarias	1.444.626	7
Cantabria	510.816	3
Castilla-León	2.577.105	14
Castilla-La Mancha	1.628.005	8
Extremadura	1.050.119	5
Galicia	2.753.836	13
Madrid	4.726.986	23
Murcia	957.903	5
Navarra	507.367	3
País Valenciano	3.646.765	18
País Vasco	2.134.967	11
La Rioja	253.295	1
Número total camas psiquiátricas		126

— Valladolid (Hospital Río Ortega: 14 camas).

— Castilla-La Mancha (Hospital Virgen de la Salud de Toledo: 8 camas).

— Badajoz (Hospital de Badajoz: 5 camas).

— La Coruña (Hospital Juan Canalejo: 13 camas).

— Madrid (Hospital La Paz: 10 camas; Primero de Octubre: 7 camas; Ramón y Cajal: 6 camas).

— Murcia (Hospital Virgen de la Arrixaca: 5 camas).

— Navarra (Hospital Virgen del Camino: 3 camas).

— Valencia (Hospital La Fe: 12 camas; Hospital de Alicante: 6 camas).

— Vizcaya (Hospital de Cruces: 11 camas).

— La Rioja (Hospital Antonio Coello: una cama).

Costo aproximado de una cama: 5.000.000/año.

Costo aproximado de 126 camas: 630.000.000/año.

Desarrollo de servicios de asistencia y reinserción social (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social)

Modelo de atención a toxicómanos por los Servicios Sociales

Servicio de información y orientación:

— Estos servicios o programas de información y orientación al toxicómano y sus familiares se desarrollarán en el marco de los servicios comunitarios.

— Los servicios sociales comunitarios o de primer nivel, gestionados por las Corporaciones Locales, realizan para toda la población las siguientes funciones: información, orientación y valoración; ayuda a domicilio; prevención y cooperación técnica.

— Las unidades de toxicómanos llevan a cabo estas funciones, específicamente con el colectivo de toxicómanos y sus familiares (información, valoración y orientación hacia el tratamiento), con las Asociaciones de padres o de ex toxicómanos (cooperación) y con la Comunidad en general (prevención).

— Su ámbito de actuación se prevé en las Corporaciones Locales singular o mancomunadamente.

Servicio de asistencia y reinserción social Régimen ambulatorio (atención especializada):

— Son unidades especializadas de tratamiento psicosocial y reinserción social. — Constan de un equipo multiprofesional formado por psicólogos, asistentes sociales y educadores de calle.

— Podría estar ubicado en centros de servicios sociales donde se atiendan otros colectivos marginales en el mismo régimen o bien en centros específicos únicamente para toxicómanos.

Con internamiento

Aparte de las funciones de asistencia y reinserción social, estos servicios tienen por objeto proporcionar a aquellos toxicómanos que por sus necesidades específicas lo precisen, alojamiento y manutención, y en general, servicios que faciliten la convivencia como instrumento de rehabilitación y preparación para la reinserción social.

Criterios básicos de coordinación interdepartamental e interautonómica

Propuesta de la Conferencia Sectorial y Comisión Técnica Interautonómica:

— Para desarrollar un Plan eficaz es imprescindible establecer un sistema preciso, claro y transparente de coordinación vertical y horizontal, entre las diversas Administraciones Públicas (Central Autonómica y Local).

— Por cada Comunidad Autónoma se establecerá un plan territorial, en el que se articularán las acciones a realizar en el ámbito de la comunidad por las distintas Administraciones o entidades públicas, estableciendo, asimismo, sistemas de cooperación con las entidades privadas sin fin de lucro que actúen con subvención del sector público.

— Por los Gobiernos Autonómicos se constituirá una Comisión de Coordinación, a través de la cual desarrollará la coordinación, seguimiento y evaluación del Plan Territorial.

— La Comisión de Coordinación estará integrada exclusivamente por representantes de las Administraciones Públicas, Comunidades Autónomas y Entes Locales con competencia directa en este tema. Por razones de eficacia se procurará que el número de miembros de la misma sea el adecuado a un funcionamiento ágil y operativo. Esta Comisión funcionará en el seno de la Consejería que por cada Gobierno Autónomo se designe como responsable de la referida coordinación, que será, a su vez, el interlocutor con el que se establezcan las relaciones y se articulen las acciones que el Plan Nacional prevé en el ámbito territorial de la Comunidad correspondiente.

— La Comisión de Coordinación tendrá también como funciones propias las de proponer al órgano de coordinación del Plan Nacional aquellos programas de actuación que por sus características requieren la adopción de medidas que escapan de sus competencias y posibilidades de actuación.

Así mismo, será el cauce a través del cual se emitirán los informes que sobre las

materias propias del Plan Nacional de Drogas le sean sometidas a su consideración por los Departamentos competentes, tanto nacionales como autonómicos o locales.

— Por el Gobierno de la Nación se creará un Grupo de Trabajo Interministerial integrado por los Ministros con competencia directa en el tema, correspondiendo la responsabilidad de su coordinación al Ministro que por el Gobierno se designe entre otros, que contará, para el adecuado desarrollo de estas funciones, con un Gabinete Técnico de Coordinación.

En tal sentido, se consideran, fundamentalmente, funciones propias de este Gabinete, entre otras, las siguientes:

— Seguimiento y evaluación de la ejecución del Plan Nacional y de los Programas que lo integren, así como de la situación del tráfico y consumo de drogas y elaboración de una memoria anual.

— Crear un servicio de información y documentación que sirva de referencia y colaboración a las Instituciones públicas y privadas.

— Instrumentar la coordinación y ejecutar los acuerdos del grupo Interministerial y de la conferencia sectorial (Subcomisiones Técnicas).

— Participar, de acuerdo con el Ministerio de Asuntos Exteriores, en la representación española, en los Organismos Internacionales, en los temas que competen.

Su estructura orgánica y funcional podría ser la siguiente:

— Director Técnico.

— Unidad de Evolución y Seguimiento del Plan Nacional que integrada por tres o cuatro técnicos asumirá las funciones de: Instrumentación de acuerdos de Grupo Interministerial y Conferencia; coordinación de órganos técnicos de coordinación del Plan Nacional y dirección de subcomisiones técnicas; Memoria anual, relaciones institucionales.

— Unidad de Información y Cooperación Técnica. Que integrada por tres o cuatro técnicos asumirá los programas generales de Investigación, Formación y Publicaciones directamente y en colaboración con otros Departamentos de la Administración Central y Autonómica, Información general, elaboración de informes y dictámenes, Instrumentar el intercambio de información entre los distintos Departamentos y Comunidades Autónomas.

— Unidad de Documentación. Por sus características, complejidad y necesaria racionalidad y optimización de recursos, debería quedar integrada en la Unidad General de Documentación del Departamento en que se delegue la coordinación del Plan Nacional.

Propuesta del Grupo Técnico Interministerial:

— Creación de un Grupo de Trabajo específico con cierto nivel ejecutivo, en sustitución de la existente Comisión Interministerial para el Estudio de los problemas derivados del Consumo de Drogas.

Sus funciones se centrarían en las siguientes áreas:

— Coordinar y evaluar la ejecución del

Plan Nacional y de los Programas que lo integren.

— Seguimiento y evaluación de los problemas derivados del consumo de drogas.

— Mantener un amplio servicio de información y documentación que sirva de referencia a las Instituciones relacionadas con esta temática.

— Informar y, en su caso, proponer programas de actuación a los diferentes Ministerios y al Gobierno.

— Coordinar las relaciones con las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos.

— Elaborar una Memoria anual de actividades.

— Participar de acuerdo con el Ministerio de Asuntos Exteriores en la representación española, en los foros internacionales, en los temas que la competen.

En lo que a su composición se refiere, se recomienda que esta estructura de coordinación debe estar dotada del suficiente respaldo político y rango administrativo. La propuesta que sintetizará estas dos premisas será la de una Dirección General o Secretaría de Estado dependiente de la Presidencia del Gobierno y su composición aproximada sería: un responsable, diez miembros técnicos, diez miembros administrativos.

Este Gabinete estaría complementado por: una Comisión Plenaria de responsables de los diferentes Ministerios y Comisiones Técnicas temporales para la elaboración de actividades específicas compuestas por los sujetos responsables de cada programa de los diferentes Departamentos y expertos consultados para este fin.

Subcomisiones Técnicas propuestas por la Conferencia Sectorial a instrumentar por la Coordinación Técnica del Plan Nacional

— Completar la relación de informes técnicos prioritarios (junio 1985).

— Normalización de indicadores de estudios epidemiológicos (octubre-diciembre 1985).

— Definición de las funciones a desarrollar por las áreas de salud y servicios sociales de los sistemas de coordinación correspondientes (septiembre-octubre 1985).

— Coordinación Comunidades Autónomas-Entidades Locales (octubre-diciembre 1985).

— Servicios de asistencia y rehabilitación de Toxicómanos.

— Mapa de recursos asistenciales (octubre-diciembre 1985).

— Normativa básica o protocolo para la creación y/o financiación de Servicios (octubre 1985).

— Informe valoración y propuesta sobre las Comunidades Terapéuticas en España (abril 1986).

— Elaboración indicadores de seguimiento y evaluación de programas (1985-86).

— Investigación, definición y valoración de fórmulas de reinserción social normalizadoras. Propuestas alternativas (1.ª fase septiembre-diciembre 1985-2.ª fase 1986).

— Coordinación entre policía del Estado, Autonómica y Local para acciones

preventivas y de disuasión (1985).

En lo que a este punto se refiere, se incorpora el documento elaborado por el Ministerio del Interior y la Federación Española de Municipios.

— Menores de Reforma Propuestas Alternativas (octubre-diciembre 1985).

— Toxicómanos en régimen penitenciario (enero-marzo 1986).

— Revisión, evaluación y propuesta relativa al material didáctico) existentes (enero-abril 1986).

Comisión Técnica de Interior del Plan Nacional Anti-droga

Filosofía del papel de las áreas de seguridad en el Plan Nacional Antidroga

Las Administraciones Policiales del Estado, coordinadas por el Ministerio del Interior, cubrirían un papel centrado, fundamentalmente, en operaciones de prevención-disuasión del narcotráfico (aparte de la responsabilidad de represión del tráfico de drogas, señalada por la Ley y que compete a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y muy especialmente a la Brigada de Estupefacientes) en articulación con todo el programa sanitario cultural y social del Plan.

Consideramos que los operadores de índole sanitaria, cultural y social que intervienen en el presente programa constituyen elementos fundamentales para una política nacional de actuación sobre las drogodependencias. Sin embargo, pensamos también que este programa quedaría de alguna manera incompleto si no se articulan sobre el mismo operadores policiales que actúen, fundamentalmente, sobre el pequeño narcotráfico, de manera fundamentalmente disuasoria y preventiva e incidiendo, por tanto, en el amplio entramado de distribución del mercado de la droga.

Por otra parte, pensamos también de cualquier operación policial de estas características debe de ser coordinada también con las operaciones de tipo social, sanitario, cultural, de promoción de empleo, etc. En definitiva, lo que intentamos es completar el programa de actuación desde el área de nuestras competencias, pero centrándonos exclusivamente en tareas de prevención y disuasión de lo que puede ser el pequeño narcotráfico urbano en la medida en que la acción de represión del narcotráfico constituye una tarea continua de la seguridad del Estado independiente del actual programa antidroga (aunque, sin duda, este Plan enriquecerá la coordinación entre todas las Administraciones que se ocupan del tema).

Teniendo en cuenta que en la actuación del Plan dirigida al pequeño tráfico juegan un papel indispensable y esencial las Policías Locales tanto por la información directa que tienen como por su relación de cercanía a los colectivos de ciudadanos donde se va a actuar. Es indispensable plantearse como un elemento funda-

mental del mismo la colaboración y coordinación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y estas Policías Locales, para superar solapamientos funcionales, lagunas en la formación y eficacia y, por tanto, para conseguir una mayor productividad en el control y en la prevención del narcotráfico a nivel primario.

Desarrollo del programa de Interior

1. Formación

Para el desarrollo del Plan de Formación de Agentes por parte del Ministerio del Interior y la Federación Española de Municipios y Provincias se llega al acuerdo de firmar un Convenio entre ambas Instituciones para la elaboración del citado Plan. Se organizarán, conjuntamente, en los principales núcleos de población cursillos que dirigidos por miembros de la Brigada de Estupefacientes formarían una serie de Agentes y Técnicos de las Policías Locales.

Para una correcta actuación de las patrullas, es necesaria una información mínima a sus componentes, para lo que será preciso:

1.1. Elaborar un programa elemental a recibir por todos los policías, de acuerdo con los objetivos a cumplir.

1.2. La información a impartir será eminentemente práctica, enfocada a la identificación de los productos, operativa en la vía pública, normas legales, etc., así como objetivo de la campaña.

1.3. Elaborar un manual elemental (o aprovechar lo existente).

1.4. Formar equipos a nivel regional para impartir esas enseñanzas, y conseguir una uniformidad en la información impartida.

2. Cooperación y coordinación

Sobre la base de coordinación y la centralización de información por parte de la Brigada de Estupefacientes para un estricto control del tráfico de drogas se hace necesaria una coordinación de las diferentes Policías Locales y Policías del Estado que sería tanto la fuente receptora de información como la de actuación en el hecho concreto de la prevención en la disuasión y en la represión del tráfico. Esta actividad de presencia, de control de puntos de venta del pequeño comercio y de recogida de información determinaría una estrecha colaboración de los Cuerpos uniformados en su trabajo policial en la calle.

Para garantizar una buena coordinación de todos los medios policiales se propone la creación de Juntas Locales de Seguridad Antidroga que presididas por los Alcaldes de la localidad estarían constituidas por técnicos tanto de la Policía del Estado como de la Policía Local y, en su caso autonómica si la hubiese, así como la posibilidad de que se incorporaran representantes de Asociaciones de Vecinos, Comerciantes y Profesionales. Esta Junta de Seguridad Antidroga celebraría reuniones periódicas, teniendo una dinámica

de funcionamiento propia en función de sus necesidades.

Los Ayuntamientos especializarían a un número de Agentes en el tratamiento de la problemática antidroga que teniendo en cuenta la función polivalente que en todo momento desarrolla la Policía Municipal permitiría que un número determinado de sus miembros siempre en función del componente global de la plantilla tuvieran una mayor especialización y fueran los encargados de la actuación y la coordinación dentro de su campo para el desarrollo de este Plan.

3. Atención logística

Es necesario prever dentro del Plan Nacional Antidroga las dotaciones de medios que es preciso poner en marcha para un mejor desarrollo de dicho Plan, fundamentalmente para la adaptación de Dependencias Policiales, adaptación de calabozos municipales (acolchonamiento) y de otra serie de medios técnicos y asistenciales para aquellas ocasiones de intervención inmediata por parte de la Policía, tanto estatal como local, así como del posible tratamiento de determinados detenidos hasta su presentación al Juez.

Por otra parte, tanto las patrullas como los propios Agentes para la realización de sus servicios necesitan de toda una serie de medios que garantizarán el eficaz cumplimiento de su función en un proyecto de intervención de un programa tan específico que requiere de medios muy especializados. En definitiva, garantizar respuestas válidas al tratamiento y manejo de situaciones policiales relacionadas con los ciudadanos cuya conducta y situación personal se encuentra condicionada psicológica, física y socialmente por la acción de las drogas.

Por parte de la subcomisión de Interior se irían evaluando estos recursos, que habría de poner a disposición tanto de los Agentes como de las Dependencias Policiales y Calabozos, que necesariamente deberá requerir una importante aportación económica.

Plan de trabajo

Se establecerán claramente los objetivos perseguidos, tendentes a un único fin: control del pequeño tráfico y consumo en lugares públicos, para contrarrestar el sentimiento de impunidad con que actúan ciertos grupos y, al mismo tiempo, coadyuvar a la mejora de un aspecto importante de la seguridad ciudadana.

Para la consecución de estos fines se habrá de proceder a:

a) Puesta en común de los medios humanos y materiales disponibles.

b) Conocimiento aproximado de la situación mediante:

— Datos de la actuado hasta ese momento.

— Determinación de las zonas de la ciudad donde es mayor la incidencia de las actividades a controlar (plazas, parques, etc.).

— Determinación del número de far-

macias, turnos de guardia, etc., para una especial atención hacia las mismas, por parte de las patrullas, según se desprenda de los datos disponibles (incidencia total de atracos, zonas más afectadas, horas y días, etc.).

— Control de establecimientos públicos, en cuanto a la normativa de cierres, dispensación de alcohol a menores, irregularidades en su documentación, etc., cuando se sospeche que son centros de tráfico o consumo. Facilitar, si es necesario incluso con medidas de modificación de la legislación actual, el control municipal sobre establecimientos públicos donde se expensa alcohol, y que su actividad esté centrada en locales de juego o que de alguna manera pueda concentrar a menores o a una población fácilmente accesible para el tráfico de drogas, incrementando, incluso, las actuales sanciones administrativas en los casos en que se sospeche que son centros de tráfico o consumo.

— Identificación de los elementos conocidos a nivel local, por supuesto tráfico, para su difusión entre las patrullas.

c) Establecer un cauce único y permanente de comunicación entre las fuerzas actuantes, para la resolución de cualquier incidente que se produzca.

d) Mantener informados de las actuaciones y planes previstos a las Autoridades Judiciales.

e) Solicitar la colaboración ciudadana, mediante la difusión de la campaña en marcha, facilitando teléfonos directos donde se reciban las denuncias, con carácter anónimo.

f) Solicitar la colaboración de los medios de comunicación.

Subcomisión técnica de interior: funciones y dinámica

Dependiente de la Comisión Nacional del Plan Antidroga en donde estarían presentes, además de los Ministerios que componen la Comisión Interministerial, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales representadas por la Federación Española de Municipios y Provincias, se crearía una Subcomisión Técnica de Interior, que sería la encargada de poner en práctica el Plan establecido anteriormente y mantener la coordinación entre los diferentes niveles de Administración afectados por el Plan y de vigilar el desarrollo del mismo y proponer todas aquellas medidas que estime oportunas en cada caso para un fiel desarrollo de los objetivos propuestos.

Esta Subcomisión estaría integrada por representantes del Ministerio del Interior y de la Federación Española de Municipios y Provincias y tendría dos niveles. Un primer nivel de carácter político en donde estarían representados responsables políticos del Ministerio del Interior y Alcaldes o Concejales y un segundo nivel técnico, que contaría con la presencia de técnicos de la Seguridad del Estado (Brigada de Estupefacientes) y de los técnicos policiales de las Policías Locales encargados del desarrollo del Plan.

VII. ADMINISTRACION AUTONOMICA (Datos Provisionales)

Junta de Andalucía

CRITERIOS BASICOS

- Los toxicómanos constituyen un problema social y su responsabilidad recae en el área de Bienestar Social.
- Constituye su objetivo prioritario la atención primaria en Centros de Salud de carácter generalista.
- La coordinación básica a todos los niveles debe facilitar en el ámbito provincial la participación de las Administraciones Públicas e Instituciones Sociales.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)		RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Grupo de Trabajo de educación para la salud en centros docentes no universitarios (marzo-septiembre 1985)	2.000	—	Consejería de Educación y Ciencia, Salud y Consumo.
	Desarrollo del programa (octubre-diciembre 1985) ...	—	—	Consejería de Educación y Ciencia, Salud y Consumo.
	Utilización de centros docentes para actividades culturales y deportivas (horarios extraescolares)	—	—	Consejería de Educación y Ciencia.
	Concurso de ayudas a equipos de educación para la salud (junio 1985)	5.000	2.000	Consejería de Salud y Consumo.
	Divulgación a través de la Revista "Salud" (1985-1986)	—	—	Consejería de Salud y Consumo.
	Divulgación a través del "Boletín" para educadores (1985-1986)	—	—	Consejería de Educación y Ciencia.
	Material divulgativo para educadores, jóvenes y niños (septiembre-noviembre 1985)	—	—	Consejería de Educación y Ciencia y Salud.
	Formación de monitores de clubs juveniles, centros culturales, etc., y promoción del asociacionismo juvenil y de actividades diversas	—	—	Consejería de Cultura.
	Plan Especial de trabajo en las cárceles	—	—	Consejería de Gobernación.
	Formación de Educadores (septiembre-diciembre 1985)	—	—	Consejería de Educación y Ciencia y Salud y Consumo.
	Promoción del Asociacionismo Juvenil (1985-86)	—	—	Consejería de Cultura.
	Promoción de actividades juveniles y culturales diversas	—	—	Idem.
	Elaboración de un plan especial de trabajo sobre las drogas en las cárceles	—	—	Consejería de Gobernación.
	Colaboración con el Ministerio del Interior y/o la Delegación del Gobierno en Andalucía en la represión del tráfico ilegal	—	—	Idem.
	Plan Alternativo de menores. LEAC	—	—	Consejería de Gobernación.
ASISTENCIA	Participación en los Centros Provinciales de drogodependencias	—	—	Idem.
	Plan de formación en drogodependencias para el personal sanitario de los Centros de Salud de atención primaria	—	—	Idem.
	Integración de la atención en drogodependencias en los Centros de Salud	—	—	Idem.
	Creación de dos unidades hospitalarias de desintoxicación	—	—	Idem.
	Subvenciones en Centros privados sin fin de lucro y evaluarlos	—	—	Idem.
COORDINACION	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	—	Consejería de Gobernación.
	Comisión Delegada de Bienestar Social que aprueba el Plan Interconsejerías	—	—	Consejería de Bienestar.
	Nombramiento de un Comisionado para la lucha contra la Droga (1985)	—	—	Consejería de Gobernación.
	Creación de los Patronatos Provinciales (Decreto 73/1985, de 3 de abril): 4 en 1985 y 4 en 1986	—	—	Consejería de Gobernación.
	Coordinación con el Ministerio del Interior y Delegación del Gobierno en Andalucía para la represión del tráfico ilegal	—	—	Idem.
	Creación de un Centro de Datos unificados para toda Andalucía	—	—	Idem.

Diputación General de Aragón

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación de cara a la elaboración de un plan global.
- Intensificar la acción preventiva procurando la disminución del consumo de todo tipo de drogas. Esta acción se desarrollará principalmente a través de cursos de formación a profesionales.
- Fomentar la creación de recursos para la rehabilitación y reinserción social.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Folletos y videos (1985)	—	Diputación General y Ayuntamientos.
	Formación de trabajadores sociales y sanitarios, educadores, animadores socioculturales, asociaciones, etc. (1985-1986)	—	Idem.
	Estudio epidemiológico	3.600	Diputación General.
ASISTENCIA	Creación de un centro de asistencia (1985)	13.000	Entidades Locales.
	Creación de 2 Comunidades Terapéuticas (1985/86)	70.000	Diputación General y Provincial.
	Recursos para rehabilitación y reinserción social (1985/86)	—	Diputación Provincial y General.
COORDINACIÓN	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.
	Convenio Diputación General, Diputación Provincial y Ayuntamiento de Zaragoza	—	Diputación General.
	Incorporación al Convenio de Huesca y Teruel (1985-1986)	—	Diputación General.

Principado de Asturias

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación interterritorial.
- Desarrollo de un modelo integrado que opera en los ámbitos preventivo, asistencial y de reinserción social a través de las redes de servicios sanitarios y sociales existentes.
- Potenciar y desarrollar la acción preventiva.
- Promoción del movimiento asociativo entre familiares de toxicómanos.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Cooperación técnica en los Entes Locales y material didáctico (1985-1986)	11.000	Consejería de Trabajo y Seguridad Social.
	Seminarios de formación de Agentes Sociales	—	Idem.
ASISTENCIA	Programas de deshabituación y desintoxicación en régimen hospitalario y ambulatorio (1985-86)	—	Comunidad Autónoma.
	Dispositivos diversificados para la reinserción (1985-1986)	11.000	Subvenciones.
COORDINACIÓN	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	Consejería Sanidad.
	Comisión Interterritorial (1985)	—	Gobierno Civil.

Comunidad Autónoma de las Islas Baleares

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación Interinstitucional (Administración Central, Autonómica y Local).
- Colaboración con las entidades privadas sin fin de lucro.
- Las acciones prioritariamente se centrarán en la problemática de los heroinómanos.
- Potenciación de programas de formación e información.
- Concesión de subvenciones a programas o servicios siempre que se cumplan unos requisitos mínimos y se sometan a los criterios de seguimiento y control técnico de la Comunidad Autónoma.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)		RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Actualización estudio epidemiológico (1985)	—	—	Comunidad Autónoma.
	Mapa-inventario de recursos (1985)	—	—	Comunidad Autónoma.
	Cursos y conferencias a educadores, familias y jóvenes (EGB, BUP, F.P.) (1985)	760	—	Comunidad Autónoma, Consells Insulars y Ayuntamientos.
	Material didáctico de EGB, BUP y FP (1985)	4.300	—	Consell Insular de Mallorca.
	Campaña general de prevención (1985)	6.200	—	Comunidad Autónoma.
ASISTENCIA	Centro Coordinador de Prevención, tratamiento y reinserción y Centro de Acogida en Mallorca (1985) ...	16.000	—	Comunidad Autónoma.
	2 Centros de Acogida en Menorca e Ibiza (1986)	—	20.000	Comunidad Autónoma y Consells Insulars.
	3 Comunidades Terapéuticas rurales:			
	(1985) 1 en Mallorca	40.000	—	Comunidad Autónoma.
	(1986) 1 en Menorca	—	40.000	Comunidad Autónoma y Consell.
	(1986) 1 en Ibiza	—	40.000	Comunidad Autónoma y Consell.
	25 Becas de tratamiento (1985)	9.000	—	Comunidad Autónoma.
	Subvenciones para Asociaciones	—	—	Ayuntamiento de Palma.
	Seguimiento y control de tratamiento con Metadona (1985-86)	—	—	
COORDINACIÓN	Acreditación de Comunidades Terapéuticas	—	—	
	2 Pisos de Apoyo en Palma e Ibiza (1986)	—	20.000	Comunidad Autónoma.
	Coordinador Plan Nacional (1985)	—	—	Consejería de Sanidad y Seguridad Social.
	Comisión Política Administrativa de Coordinación Interinstitucional (1985)	—	—	Comunidad Autónoma.
	Comisión de expertos para seguimiento del Plan (1985)	—	—	Comunidad Autónoma.
	Convenio entre Comunidad Autónoma, Consells y Ayuntamiento (1985)	—	—	Comunidad Autónoma.
	Coordinación con el INSALUD, Justicia, Interior y Educación (1985)	—	—	Comunidad Autónoma y Departamento correspondiente.
	Convenio con el Obispado de Mallorca (1985)	12.000	—	Comunidad Autónoma y Obispado.

Comunidad Autónoma de Canarias

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación y cooperación en un marco abierto a nuevas técnicas y a un diseño adaptado de prioridades según la realidad.
- Se inserta en el marco general de promoción de la salud y del bienestar social, siguiendo las recomendaciones de las Organizaciones Internacionales y del propio Plan Nacional.
- Facilitar la participación ciudadana y la cooperación interprofesional.
- Descentralización de la actuación y equilibrio de recursos entre las islas.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)		RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Proyecto piloto de las Remudas (1985-1986)	3.500		Cabildo Insular de Gran Canaria.
	Proyecto piloto de La Laguna (1985-86)	3.500		Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.
	Programa preventivo escolar (EGB, BUP, COU, FP) y población juvenil en paro (1985-86)	—		Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, Educación y Cultura.
	Programa de formación para educadores, sanitarios, funcionarios judiciales, policías, animadores sociales (1985-86)	—		Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.
	Actualización estudio epidemiológico (1985-86)	—		Idem.
	Educadores de calle (1985-86)	—		Idem.
ASISTENCIA	Normalización e integración de la atención primaria en la red sanitaria general (unidades básica de salud) 1985-86	—		Consejería de Trabajo y Seguridad Social e INSALUD.
	Desarrollo del servicio de Familias de Acogida (1985-86)	—		Consejería de Trabajo y Seguridad Social, Cabildos y Ayuntamiento.
	Promoción de programas de desintoxicación domiciliaria (1985-86)	—		Consejería de Trabajo y Seguridad Social e INEM.
	Cooperativas de trabajo asociada (1985-86)	—		
	Comunidades Terapéuticas en Las Palmas y Tenerife (1985)	46.000 (inversión)		
COORDINACIÓN	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—		Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.
	Comisión Interdepartamental (octubre-diciembre 1985)	—		Comunidad Autónoma.
	Consejos de Centros	—		Consejería de Trabajo y Seguridad Social.

Diputación Regional de Cantabria

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación interinstitucional.
- Estructura asistencial básica, integrada en el Servicio de Salud Mental.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)		RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Tres cursos para profesionales, APAS y medios de comunicación (1985-86)	1.000	2.000	Diputación Regional.
ASISTENCIA	Tres servicios de información y acogida (primera fase) para montar posteriormente los correspondientes dispensarios en Santander, Laredo y Torrelavega (1986)	—	30.000	Diputación Regional.
	Becas de protección social (1985-86)	2.000	5.000	Diputación Regional.
COORDINACIÓN	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	—	Consejería de Sanidad, Trabajo y Seguridad Social.
	Comisión Interinstitucional de coordinación (octubre 1984)	—	—	Diputación Regional.
	Equipo Técnico de coordinación (junio 1985)	3.000	6.000	Idem.

Junta de Castilla y León

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación Interterritorial.
- Red Integral para la prevención, asistencia y reinserción, en la que se englobe los servicios sanitarios y sociales, dentro de un modelo de actuación diversificado y abierto a la experimentación.
- La asistencia se impartirá con carácter estrictamente voluntario.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Plan de prevención primaria y secundaria (1985)	—	Comunidad Autónoma.
	Plan de formación y reciclaje de personal en diversos niveles (1985)	15.000	Idem.
	Investigación Epidemiológica (factores causales, asistencia, reinserción social)	—	Idem.
ASISTENCIA	Creación de cinco dispositivos de coordinación del programa, cubriendo en una primera fase funciones de recepción, valoración y orientación terapéutica en los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de Valladolid, Salamanca, Burgos, León y Palencia (1985)	—	Comunidad Autónoma.
	Aprovechamiento de recursos intermedios (Hospitales de Día, talleres, INSERSO...) (1985)	—	—
	Subvenciones Instituciones Públicas y privadas (1985)	20.000	Comunidad Autónoma.
COORDI- NACION	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	Consejería de Bienestar Social.
	Comité Regional de Expertos (marzo 1985)	—	—
	Comisión Regional Interdepartamental de Bienestar Social (1986-Ley de Drogodependencias)	—	Consejería de Bienestar Social.

Junta de Castilla-La Mancha

CRITERIOS BASICOS

- Desarrollo de una política de coordinación con las áreas de Salud Mental, Ayuntamientos, Diputaciones e INSALUD.
- Intervención en la prevención y asistencia desde los procesos educativos y las áreas de salud.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Vigilancia Epidemiológica (iniciar en enero 1986)	—	CC.AA.
	Contratación personal Unidades Infante-Juveniles. Salud Mental (mayo-junio 1985)	6.900	Idem.
	Ciclo de charlas profesionales y APAS (13 ciclos) (octubre-diciembre 1985)	975	Idem.
	Edición Guía del Educador sobre educación de la salud para adolescentes y jóvenes	5.400	Idem.
	Diagnóstico de necesidades sociales en Castilla-La Mancha efectuado por EDIS (Equipo de Investigación Sociológica). Ya está elaborado el avance de resultados, donde se incluyen varios ítems sobre drogodependencias. Están elaborándose los resultados definitivos	6.800	Idem.
	Otras actividades de prevención	1.725	Idem.
ASISTENCIA	Creación de una Comunidad Terapéutica rural en Toledo (enero 1986)	13.500	Ayuntamiento de Toledo y Comunidad Autónoma.
	Creación de Servicios de rehabilitación en Ciudad Real	22.400	Comunidad Autónoma.
	Financiación de Asociaciones privadas sin ánimo de lucro	11.000	Idem.
	Ayudas individuales	1.000	Idem.
COORDINACION	Contratación experto para la Dirección General de Salud Pública (mayo-junio 85)	2.000	Comunidad Autónoma.
	Constitución Grupo de Investigación y Documentación dentro de la Comisión Regional para el estudio de la Salud Mental (junio 1985)	150	Idem.
	Firma del Proyecto de Coordinación con todas las Instituciones con responsabilidad en Salud Mental (junio 1985)	—	Comunidad Autónoma, Diputaciones, Ayuntamientos, INSALUD, AISNA.

Generalidad de Cataluña

CRITERIOS BASICOS

- Configuración de un Plan General a partir de la "Ley de Prevención y Asistencia de sustancias que generan dependencia".
- Integración de las acciones correspondientes a los Servicios Sanitarios y Sociales asumiendo éstos la profilaxis, detección de casos y tratamiento socio-psicológico y de reinserción social y los primeros la atención especializada a través de equipos multidisciplinarios, dentro de la red general.
- Atención preventiva específica niños y jóvenes, para promover hábitos de salud saludable y para la protección de grupos sociales vulnerables.
- Desarrollo de mecanismos que faciliten la participación de toda la población.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Encuesta epidemiológica	7.000	Generalidad.
	Programas preventivos (Campaña de Educación sanitaria en las escuelas y en población general)	30.000	Generalidad.
	Programas de formación de personal asistencial	7.000	Generalidad, Administración Local y otros...
ASISTENCIA	Subvención a programa DROSS-Asistencia en Servicios Comunitarios Sociales	25.000	Generalidad.
	Subvenciones otros Ayuntamientos y Diputaciones .	23.000	Generalidad.
	Subvenciones a centros sin ánimo de lucro	31.000	Generalidad.
	Subvenciones para el desarrollo de Unidades de Hospitales red de utilización pública y Centros Asistenciales Comunitarios	50.000	Generalidad.
COORDI- NACIÓN	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
	Oficina Técnica de Coordinación (1985)	—	Comunidad Autónoma.

Junta de Extremadura

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación Interinstitucional.
- Promoción y desarrollo de acciones de formación e información.
- Desarrollo de un modelo integrado de prevención, asistencia y reinserción a través de los servicios existentes o aquellos que se adecuen a esta finalidad.
- Fomento de asociaciones entre familiares de toxicómanos.
- Establecer sistemas de colaboración con las Entidades Locales.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Cursos de Educación para la Salud de profesores de EGB, BUP y FP (9 cursos) (1986)	4.000	Comunidad Autónoma.
	Estudio epidemiológico de uso de sustancias susceptibles de provocar dependencia (1986)	3.000	Idem.
	Información de las Asociaciones de Padres de Alumnos (APAS), Padres de Drogodependientes y población general (1986)	—	Idem.
	Determinación analítica contra Hepatitis B en esta población de riesgo (1985)	—	Comunidad Autónoma e INSALUD.
	Cursos para médicos generales y médicos familiares (1986)	7.000	Comunidad Autónoma.
ASISTENCIA	Puesta en marcha en un centro de atención ambulatoria en Badajoz, que funcionaría a través del Centro de Diagnóstico y Orientación (AISN) (1986)	—	
	Dos comunidades terapéuticas, una en Cáceres y otra en Badajoz, en coordinación con la Diputaciones, Ayuntamientos, etc. (1986)	20.000	Comunidad Autónoma, Diputación y Ayuntamiento.
	Ayuda a drogadictos en programas de deshabituación (1985-86)	4.000	Comunidad Autónoma.
COORDI- NACIÓN	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	Consejería de Sanidad y Consumo.
	Coordinación con Ayuntamientos, Diputaciones, INSALUD y con profesionales sanitarios y no sanitarios (1986)	—	Comunidad Autónoma.

Junta de Galicia

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación Interinstitucional.
- Planificación, seguimiento y evaluación de programas.
- Impulso a la prevención social, facilitando la investigación y asistencia técnica.
- Desarrollo de planes de personal especializado y de programas de reinserción social y laboral.
- Apoyo y colaboración con la iniciativa privada sin fin de lucro.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Estudio epidemiológico de salud mental y de consumo y tráfico de drogas (1985)	—	Comunidad Autónoma.
	Plan Piloto de prevención (1985)	—	Idem.
	Publicaciones (1985)	—	Idem.
	Formación de educadores, consultores, familias y población general (1985)	—	Idem.
	Centro de documentación e información (1985)	—	Idem.
ASISTENCIA	Concierto con 11 asociaciones (1985)	—	Comunidad Autónoma y Asociaciones.
	Comunidades Terapéuticas rurales (1985)	—	Comunidad Autónoma y Asociaciones.
	Servicios Generales (1985)	—	Administraciones varias.
	50 Servicios Sociales de Base (1985)	—	Comunidad Autónoma y Ayuntamiento.
	Centros de Salud (1985)	—	Idem.
	23 Centros Sociales (1985)	—	Comunidad Autónoma.
	Programa de Metadona (seguimiento y control)	—	Idem.
COORDINACIÓN	Becas de tratamiento (1985)	—	Idem.
	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	Consejería de Sanidad y Consumo.
	Comisión Gallega de prevención y lucha contra la drogodependencia (21-3-85)	—	Comunidad Autónoma.
	Ley de Servicios Sociales 1985	—	Idem.

Comunidad de Madrid

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación interinstitucional.
- Red de atención general e integrada.
- Integración de servicios sanitarios y sociales.
- Potenciar la formación de personal y los programas de prevención de la marginación de zonas de alto riesgo.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Determinación estrategias (1985)	—	Comunidad Autónoma.
	Acciones dentro del Plan de Prevención de la Delincuencia (1985-86)	—	Comunidad Autónoma/Autonomía Madrid.
	Formación personal atención primaria (1985-1996) ..	6.975	Comunidad Autónoma.
	Estudio epidemiología-drogadicción (1985-86)	—	Idem.
ASISTENCIA	2 unidades Dextoxicación Hospitalaria (1985)	59.872	Comunidad Autónoma.
	2 Comunidades Terapéuticas Rurales (1985-86)	57.244	Idem.
	Refuerzos Equipos de Salud Mental y Servicios Sociales de Base (1985-86)	82.797	Idem.
	3 centros de día (1986)	37.899	Idem.
	4 talleres ocupacionales (1986)	47.490	Idem.
COORDINACIÓN	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	Consejería de Salud y Bienestar Social.
	Protocolo de constitución de la Comisión Regional y de la Comisión Técnica Interinstitucional (11 de abril de 1985)	—	Comunidad Autónoma, Entidades Locales, Administración Central e Instituciones Sociales.
	Estructura de coordinación, planificación, evaluación e investigación epidemiológica (1985)	30.000	Comunidad Autónoma.

Región de Murcia

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación interinstitucional.
- Elaboración de un programa regional de lucha contra la drogodependencia.
- Potenciar las acciones de prevención e información general.
- Desarrollo de programas piloto de reinserción social.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Campaña sobre drogodependencia (44 cursos de educación para la salud para profesores de EGB, 4 cursos para profesores de BUP y FP, 2 cursos a médicos de familia y generales (1985)	33.250	Dirección Regional de Salud.
	Conferencias y mesas redondas	—	—
	Distribución de documentación (1985)	—	—
ASISTENCIA	2 Centros de Atención integral en Cartagena y Murcia (1 junio 1985)	100.000	Dirección Regional Asistencia Sanitaria.
	1 Comunidad Terapéutica (1 noviembre 1985)	15.000	Idem.
	Una unidad de desintoxicación (Cruz Roja) (1 junio 1985)	—	Idem.
	Colaboración con Ayuntamientos y Asociaciones para el equipamiento y mantenimiento de centros (1985) ..	25.000	—
COORDI- NACION	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	Consejería de Sanidad, Consumo y Servicio Social.
	Comisión Regional de lucha contra la drogodependencia (13 mayo 1985)	—	Comunidad Autónoma.

Diputación Foral de Navarra

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación interinstitucional.
- Integración en los programas generales de salud y servicios sociales.
- Atención especial a la prevención en sectores juveniles.
- Apoyo, mediante concierto, a instituciones privadas sin fin de lucro.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	Programas específicos de promoción de la salud en centros escolares (1985)	—	Diputación Foral en colaboración con el Ayuntamiento de Pamplona.
	Programas para comunidades (barrios, pueblos...) (1985)	—	Idem.
	Participación coordinada de la comunidad (1985) ...	—	Idem.
	Formación sistemática de profesores y padres (1985) ..	10.500	Idem.
	Programas especiales para médicos generales, de familia, ATS, psicólogos, trabajadores sociales... (1985) ..	—	Idem.
	Investigación epidemiológica (1985)	—	Idem.
ASISTENCIA	Convenio con comunidades terapéuticas (1985)	21.000	Diputación Foral.
	Servicios de asistencia (1985). (Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías del Instituto de Salud Pública en Pamplona y en Tudela)	46.500	Diputación Foral.
COORDI- NACION	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Comunidad Autónoma de La Rioja

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación interinstitucional.
- Atención prioritaria a las acciones de prevención primaria.
- Apoyo, mediante concierto a instituciones privadas, sin fin de lucro.
- Programas experimentales de educadores de calle y de mantenimiento con Metadona.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)	RESPONSABLE
COORDI- NACION	Coordinador Plan Nacional (mayo 1985)	—	Consejero de Trabajo y Bienestar Social.
	Comisión interdepartamental	—	Comunidad Autónoma.

Generalidad Valenciana

CRITERIOS BASICOS

- Coordinación Interinstitucional.
- Promoción de acciones preventivas.
- Desarrollo de una red pública de asistencia, teniendo como objetivo último del tratamiento la "reinserción social normalizada y voluntaria".
- Estimular la participación de la comunidad.
- Apoyo a la iniciativa privada sin fin de lucro en el marco de unos criterios de valoración y control.

MEDIDAS PRIORITARIAS

AREA	MEDIDAS Y CALENDARIO	PRESUPUESTO 1985/86 (En miles)		RESPONSABLE
PREVENCIÓN Y MEDIDAS DE APOYO	50 cursos comarcales para educadores (1985)	2.000	—	Consejería de Sanidad y Educación.
	Cursos de formación de personal (1985)	—	—	Comunidad Autónoma.
	Concursos sobre actividades escolares (carteles, comics, redacciones...) (1985)	—	—	Idem.
	Material pedagógico y guía de recursos (1985)	—	—	Idem.
	Publicación de una revista (anual)	—	—	Diputación Provincial de Valencia.
	Estudios epidemiológicos sobre población escolar y población general	—	—	Comunidad Autónoma.
	Centros provinciales de información (1985-86)	9.000	18.000	Diputaciones.
ASISTENCIA	Red de servicios sociales de salud de atención primaria (1985)	24.000	—	Comunidad Autónoma y Ayuntamiento.
	Centros rurales en Alicante y Castellón (1985)	55.000	—	Comunidad Autónoma, Ayuntamiento y Diputación.
	Centros rurales en Valencia y Requena (1985)	—	—	Dirección General de Acción Social (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social).
	Centros urbanos de rehabilitación y reinserción en áreas de alto riesgo (Alicante y Sagunto) (1985) .	12.500	—	Comunidad Autónoma y Ayuntamiento.
	Unidades de desintoxicación en hospitales generales y psiquiátricos	—	—	Diputaciones.
	Convenios para la aplicación de recursos públicos .	—	—	Idem.
	Evaluación de resultados de los programas de reinserción social, 61 equipos de servicios sociales de base (1985)	—	—	Idem.
COORDINACIÓN	Coordinación Plan Nacional (mayo 1985)	—	—	Consejero de Sanidad, Seguridad Social y Trabajo.
	Remodelación del área de drogodependencia (comisión Entes Locales, Coordinación horizontal, Delegaciones Territoriales)	—	—	Comunidad Autónoma.

Comunidad Autónoma del País Vasco

CRITERIOS BASICOS

- Enfoque y medidas interdepartamentales y coordinadas que permitan una acción global.
- Atención prioritaria a la problemática juvenil.
- Planificación de la asistencia, englobando todas las ofertas terapéuticas.
- Adopción de un sistema de información y registro de datos.
- Acreditación, control y evaluación de instituciones.
- Promover la sensibilización y movilización de toda la población.
- Actuación permanente en prevención.

MEDIDAS PRIORITARIAS

PSICOLOGOS

OPOSICIONES

INFORMACION

CASH FLOW

C/ GOYA, 39, 3º
TEL. 431 95 32
28001 MADRID

DOCUMENTOS QUE ES PRECISO PRESENTAR PARA COLEGIARSE

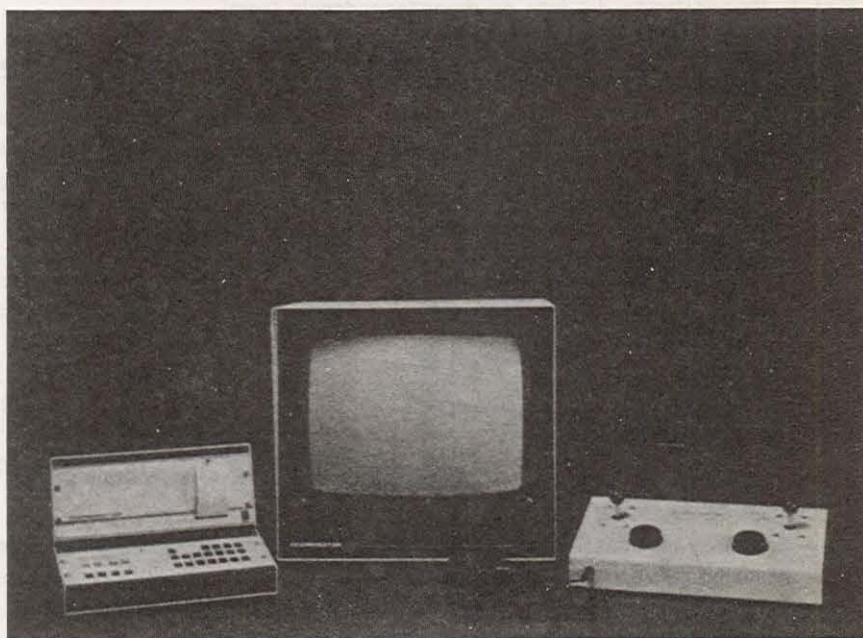
- 3 Fotos tamaño carnet.
- Póliza de 25 Ptas.
- Carnet de Identidad.
- Título original (o fotocopia compulsada).
- Para los que aún no les hayan entregado su título deberán traer los resguardos del mismo (siempre y cuando estos no tengan más de un año desde la fecha de solicitud).
- Traer el n.º de cuenta, n.º de Agencia y domicilio completo de la Entidad Bancaria o Caja de Ahorros donde se desee que se pasen los recibos del Colegio.

BARNI, S.A.

Aragón, 115
Tel. (93) 223 14 37
08015 BARCELONA

- Un sólo equipo para todas las pruebas psicomotoras.
- Batería de tests con baremos y estudios de Fiabilidad, Validez de constructo y Validez predictiva respecto a la accidentabilidad.
- Diseño e investigación psicométrica realizada por psicólogos especialistas en estudio psicológico de conductores.
- Resultados impresos.
- 12 meses de garantía.

COORDINATOR "2.000"



EXAMENES PARA TESTS PSICOTECNICOS
EXAMENES DE CONDUCIR

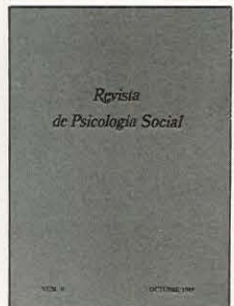
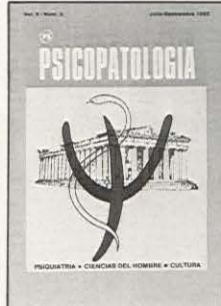
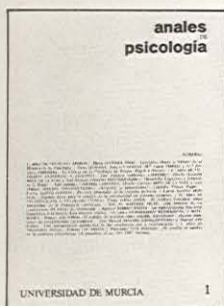


Artículos:
El enfoque sistémico del enriquecimiento del trabajo. María Lourdes Munduate.
La evaluación organizacional. Víctor M. Velasco y Manuel Fernández Ríos.
Experiencias:
Estudio de un grupo de conductores de autobuses con alto índice de accidentabilidad. Ricardo D. Blasco y Roser Casas.
Acción de desarrollo organizacional en grupos funcionales de trabajo. Antonio Jiménez Oñate.
Supuestos ideológicos de directivos de empresas frente a diversos modelos organizativos. Samuel Husenman.
La auto evaluación en el desarrollo profesional de la mujer dentro del ámbito de la empresa. Charo Huete Sardon.

Peiró, J.M. y Salvador, A.: La incidencia del positivismo lógico y el operacionalismo en la concepción de la psicología como ciencia.
Moreno, R.: Formulación teórica sobre la motivación de las actividades exploratorias: Problemas y perspectivas.
Carranza, J.A.; Pérez López, J. y Brito, A.G.: Noción de intermediario y actos comunicativos intencionales en niños prelingüísticos.
Ramírez, J.D.: Influencia de la socialización en el desarrollo de la representación del mundo.
Pérez, J.A.; Mugny, G.: Categorización e influencia minoritaria.
Forns, M.; Aznar, J.A. y Fogued, M.T.: Estudio del estilo cognitivo DIC en el test de Rorschach.
Villegas, M.: Significación de la obra de Martín Santos para la Historia de la psicología y psiquiatría españolas.

R. Fernández Ballesteros: Evaluación Psicológica y Evaluación Valorativa.
W. Mischel: Assessment from a Cognitive Social Learning Perspective.
J.L. Pinillos: El uso científico de la experiencia interna.
J.L. Cronbach: Abilities and ability Testing: Recent lines of Thought.
H.J. Eysenck: Revolution in the theory and Measurement of Intelligence.

Crisis económica y atención a la salud mental en USA. A. Fernández Liria y E. García Bernardo.
Neurología del fracaso escolar. F. Mateos Beato y G. Ozaita Arteche.
Consulta de enlace en el hospital general. J.L. Vázquez Barquero, J.F. Díez Manrique y C. Mirapeix.
¿Existe una personalidad jaquecosa?. C. Ramó y cols.
Suposición del sujeto en el psicoanálisis de niños. Vicente Mira.
Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas. M. González de Chávez.
Debate: Formación en psiquiatría infantil y del adolescente. J.L. Pedreira Massa.



I. Area de psicología general:
Elena Quiñones Vidal: Concepto, objeto y método de la historia de la Psicología.
Elena Quiñones, Julia G.ª Sevilla, M.ª Josefa Pedraja y M.ª Antonia Fernández: La Ciencia en la Psicología de Popper, Piaget y Merani.
II. Area de Psicología diferencial y evolutiva:
José Antonio Carranza Carnicero, Alfredo Gustavo Brito de la Nuez y José Manuel Serrano González-Tejero: Desarrollo Cognitivo y lenguaje en J. Piaget.
José Antonio Carranza Carnicero, Alfredo Gustavo Brito de la Nuez y José Manuel Serrano González-Tejero: ¿Lenguaje o pensamiento?: Vygotsky Versus Piaget.
Carlos Alonso Monreal: Procesos personales de la creación pictórica.
Carlos Alonso Monreal: Algunos datos para el estudio de la personalidad de pintores creativos.
III. Area de Psicofisiología y Psicología Clínica:

Un intento para resituar la contribución de R. Gjessing a la psiquiatría, por F.A. Jenner y B. Vicente Parada.
La educación especial ante la delincuencia juvenil, por A. Beristain.
Diversidades del trabajo, diversidades del paro, por Y. Pelicier.
Técnicas de autocontrol y programas multimodales en el tratamiento del tabaquismo, por E. Echeburúa Odriozola.
Trastornos alimentarios en la adolescencia, por J. Ingelmo Fernández y F.J. Vaz Leal.
La terapia con familias emigrantes, por J.A. Serrano.
El síndrome de "El Licenciado Vidriera" (caso mixto de hipocondrias cutánea y dermatitis artefacta), por E. Suárez Martín.
Aspectos psicopatológicos de la personalidad en el tatuado, por A. de los Santos Sánchez-Barbudo.
Actualidades:
Estampas de estigmatizados contemporáneos en el campo de la mística, por F. Alonso-Fernández.

Psicología social y de la personalidad.
Development of Portuguese-and Spanish-Language Measures of Self-Concept. Suellen L. Crano and William D. Crano.
Una escala de Locus de Control para Niños Mexicanos. Rolando Díaz-Loving y Patricia Andrade-Palos.
Umbral Sensorial y Tiempo de Tolerancia a Diferentes Estímulos Aversivos y su Relación con Factores de Personalidad. Francisco J. Labrador y Miguel A. Vallejo.
Psicología transcultural.
Ethnic Differences in the Measurement of Hostility in Forensic Patients. Robert C. Reinehr, Jon D. Swartz, and Harold K. Dudley, Jr.
Self-Efficacy Theory Applied to a Case of School Phobia. Lázaro García and Angel Martínez Urrutia.

Erika Apfelbaum: La Psicología Social y sus trabas: el cómo y el porqué.
Florencio Jiménez Burillo: Sobre la perspectiva sociopsicológica de la alienación.
Gerardo Marín: Atribuciones relacionadas con la puntualidad.
Ignacio Martín-Baró: El hacimiento residencial: ideologización y verdad de un problema real.
Klaus R. Scherer: The vocal expression of emotion: A progress report.
José Ramón Torregrosa: Ortega y la Psicología Social histórica.
Tema de discusión: la falacia de grupo.
Amalio Blanco: Introducción.
Floyd H. Allport: La falacia de grupo en relación con la ciencia social.
Isidoro Delclaux, Fernando Peláez, Francisco Peñarubia y Luis Rodríguez Zúñiga: Comentarios al artículo de Floyd Allport.

