

# *Actuar localmente en (drogo)dependencias*

*Pistas para la elaboración de  
estrategias, planes y  
programas municipales.*

*Alfonso Ramírez de Arellano Espadero*





# **ACTUAR LOCALMENTE EN (DROGO)DEPENDENCIAS**

**Pistas para la elaboración de estrategias,  
planes y programas municipales.**

Alfonso Ramirez de Arellano Espadero



Edita:  
Grupo Interdisciplinar sobre drogas  
Glorieta de Bilbao nº1, 28004 Madrid (2002)  
Teléfono: 914479997 Fax: 914478416

Autor: Alfonso Ramírez de Arellano Espadero

Diseño portada: Diego Cebrián Domínguez

Maquetación: Yolanda Manjón Dones

Impresión: DINCOLOR

Deposito Legal:

ISBN: 84-920617-6-6

*A mi padre, de quien heredé la pasión  
por la lectura y la escritura.... dos  
adicciones maravillosas.*



## **Agradecimientos**

---

Primero los agradecimientos institucionales: Este libro ha podido ver la luz gracias a la ayuda y a la confianza del Grupo Interdisciplinar sobre Drogas y a la Excelentísima Diputación Provincial de Huelva.

En segundo lugar, los agradecimientos personales: Gracias a Lola y Cristina, mis mas estrechas colaboradoras; al Grupo de Trabajo de Salazar por su estímulo y crítica constantes; a Domingo, padrino intelectual de la obra; a Pepe Carrón por su generosidad y su ayuda; a Cipri, él sabe por qué; a Diego, político de raza donde los haya; a Lola Velázquez por su amabilidad; a Pilar Muñoz por su confianza; a mis compañeras y compañeros de trabajo por la paciencia de que han hecho gala durante el periodo de incubación de este huevo.





# Índice

---

Prólogo.....	11
Introducción.....	13
1. Las (drogo)dependencias como fenómeno social de las últimas décadas.....	17
1.1. Algunos problemas y contradicciones que las drogodependencias pusieron de manifiesto.....	18
2. El Plan Municipal de (drogo)dependencias.....	31
2.1. Un mal día en el Ayuntamiento.....	31
2.2. Necesidad de un Plan Municipal de (drogo)- dependencias .....	35
2.3. Elaboración de un Plan Municipal.....	37
3. La metodología, el proceso y sus fases.....	45
3.1. Diferentes enfoques.....	45
3.2. Fases del proceso.....	46
4. El análisis de la realidad.....	53
4.1. Algunas características del fenómeno social de (drogodependencias) desde la óptica social.....	53
4.2. Análisis del posicionamiento interno.....	66
4.3. Análisis y pronóstico del entorno.....	81
5. El diagnóstico.....	107
5.1. Realización del diagnóstico.....	108
5.2. Análisis D.A.F.O.....	111
6. Selección de objetivos, formulación de estrategias y planificación.....	113
6.1. Planificar: pensar antes de actuar.....	116

7. La programación : los contenidos del PMD.....	125
7.1. Programar: comenzar por organizar la mente.....	132
8. Programación I: Los programas de prevención.....	133
8.1. Definiciones de prevención.....	135
8.2. Factores de riesgo y factores de protección.....	136
8.3. Estrategias preventivas.....	140
8.4. Las poblaciones destinatarias.....	144
8.5. Ámbitos de actuación.....	145
8.6. Características que deben cumplir los programas de prevención.....	158
9. Programación II: Preguntas y respuestas en torno a los programas de incorporación social.....	161
9.1. Estrategias para la incorporación social.....	167
9.2. La estrategia comunitaria.....	171
10. Programación III: La asistencia y la reducción de riesgos..	185
10.1. La evolución de la asistencia en drogodependencias	188
10.2. La estrategia de reducción de riesgos.....	191
10.3. La aportación del PMD en la asistencia.....	194
11. La Implementación de la teoría a la práctica.....	201
11.1. Proceso de aplicación del PMD.....	202
11.2. La implementación y la eficiencia creativa.....	203
11.3. Características de la implementación.....	205
11.4. Dificultades de la implementación.....	207
12. La evaluación. Conocer para cambiar.....	211
12.1. Estudio de la realidad (evaluación participativa)....	211
12.2. Evaluación del diseño.....	215
12.3. Evaluación del proceso.....	216
12.4. Evaluación de resultados (evaluación del impacto).	218
Comentarios finales.....	221
Bibliografía.....	225

## Prólogo

---

Hablar de drogodependencias en el comienzo de un libro tan interesante como este es reflexionar sobre un problema social y sanitario que ha existido siempre, pero que ha cambiado notablemente en los últimos veinticinco años. Sobre todo, las drogodependencias han experimentado cambios no sólo en el aumento del consumo sino también en el hecho de que existen más drogas a las que acceder y que la adicción se realiza tanto en los barrios de las grandes ciudades como en las ciudades y pueblos más pequeños y el uso y el abuso de estas sustancias se realiza en todos los estratos sociales.

Pero también afortunadamente en nuestra sociedad se han generado y se generan de forma continua una serie de respuestas por parte de investigadores y de profesionales que, como este libro, vienen a arrojar luz a un problema más que difícil.

Por eso este libro es un estímulo para aquellas personas que trabajan en este ámbito, y fundamentalmente para los familiares y amigos de aquellas personas que no ven la luz al final del túnel. Un libro eminentemente práctico, fundamentado en la experiencia de muchos años de trabajo, y hecho con la ilusión de aportar un granito de arena a este complejo mundo de la prevención y el tratamiento de las drogodependencias.

Como Alcalde y como médico he tenido que afrontar a veces situaciones muy complicadas relacionadas con este complejo mundo de las drogas. Personalmente creo que es más importante y más útil para nuestra sociedad invertir en prevención. Este libro es, de alguna manera, una inversión en prevención y en intervención.

Se han hecho muchos progresos en el tratamiento y hoy por hoy podemos decir que la mayoría de las personas pueden abandonar los hábitos de consumo de sustancias tóxicas. Nuestro deber es, por tanto, difundir y estimular la difusión de cuantos avances aparezcan en el ámbito sanitario y social para la prevención y el tratamiento.

En nuestra sociedad muchos valores sociales predominantes (la cultura del éxito, la competitividad, la búsqueda de nuevos placeres y sensaciones, etc.) favorecen también la extensión de este fenómeno, sobre todo en los más jóvenes. Por eso hemos de hacer un esfuerzo también desde las Instituciones y desde la sociedad en general por introducir nuevos valores más relacionados con el humanismo, con el respeto por los demás, con la conservación de nuestro entorno, etc.

Empujemos todos en la misma dirección –pacientes, familias, amigos, Instituciones y colectivos sociales- y obtendremos entonces mejor recompensa a nuestros esfuerzos. Este libro va en esta dirección. Enhorabuena a su autor.

José E. Moratalla Molina  
Alcalde de Granada y Presidente de la FAMP

# Introducción

---

¿Por qué (drogo)dependencias en vez de drogodependencias? Lo que pretendemos es llamar la atención sobre el segundo término de esta palabra compuesta, o sea, sobre dependencias. La dependencia es la constante de una gran variedad de problemas, trastornos y enfermedades. Es el núcleo común de las llamadas toxicomanías o dependencias de sustancias tóxicas ilegales, como la heroinomanía; de drogas legales, como el alcoholismo o el tabaquismo; y también, de las dependencias no tóxicas, es decir, de las llamadas adicciones conductuales tales como la ludopatía, la adicción a Internet o a las compras.

Sin negar las diferencias que existen entre los diversos tipos de adicciones y de drogodependencias, nos interesa destacar las similitudes psicosociales de todas ellas. Porque en última instancia todas las (drogo)dependencias son conductas. Este aspecto las aleja de muchas enfermedades convencionales que se contraen por infección, se padecen de modo pasivo y son tratadas por los médicos generalmente con fármacos; la voluntad y el comportamiento del individuo no intervienen, en sentido estricto, en el proceso de adquisición y de desarrollo de la enfermedad, aunque sí lo hagan en el cumplimiento de pautas preventivas y de tratamiento. En cambio, esta dimensión comportamental, las equipara a todo un conjunto de hábitos y prácticas de riesgo relacionados con la

conducción de vehículos, la alimentación, el ejercicio físico o determinadas formas de practicar el sexo que, siendo solamente conductas, no enfermedades, están en la base de los mayores problemas de salud pública que padecen los llamados países desarrollados en este momento.

La dependencia lo que pone de manifiesto como elemento común es una especie de compulsión a la repetición (no condicionada por una necesidad biológica o psicológica básica), que escapa al control del sujeto mermando su capacidad de elección. Desde un punto de vista ecológico las dependencias actúan en contra de la adaptación al medio. Se trata de un mecanismo rígido y empobrecedor que presiona al individuo para convertirlo en un ser unidimensional y poco flexible, en un organismo que progresivamente requiere que sea el medio quien se adapte a él. Dependiendo de la gravedad, puede tener consecuencias negativas sobre algunas dimensiones fundamentales de la vida del sujeto tales como la salud, el trabajo, la familia o la integración social, haciendo que disminuya su calidad de vida y, con frecuencia, su esperanza de vida. O sea, que invirtiendo un famoso mensaje sobre la salud positiva podemos decir que "restan años a la vida y, sobre todo, vida a los años".

Las diferencias que se ponen de manifiesto en el tratamiento individual de las diversas (drogo)dependencias tienden a difuminarse cuando adoptamos un punto de vista preventivo. El objetivo último de la prevención en esta materia es modificar ciertos estilos de vida y ciertos patrones de conducta. Eso es lo que pretende la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud con su política de promoción de la salud, uno de cuyos pilares maestros lo constituye su dimensión local. A ella, a la dimensión local de las (drogo)dependencias, vamos a dedicar este trabajo.

Como guía para el abordaje local de las (drogo)dependencias, este libro quiere ser un instrumento práctico para todas aquellas personas que, preocupadas por el problema en su municipio, están dispuestas a hacer algo individual y colectivamente por mejorar la situación. Está dirigido, pues, a actores sociales muy diversos: técnicos y políticos locales, ciudadanos interesados por el tema,

representantes de ONG que intervienen en la materia, profesionales de los medios de comunicación locales y otros mediadores sociales. No obstante, queremos advertir desde el primer momento que estamos más cerca del papel de los técnicos que de ningún otro. Nos resulta más fácil ponernos en el lugar de un trabajador social municipal, un educador o un sanitario, por ejemplo, que en el papel de presidente de una asociación que lucha contra la droga o de un concejal de Salud. Lo decimos porque reconocemos que, frente al fenómeno social de las (drogo)dependencias, el punto de vista de los técnicos es uno más.

La participación de tantos actores sociales nos obliga a plantearnos algunas cuestiones: ¿Debemos renunciar a hablar del estudio y tratamiento de las (drogo)dependencias como si se tratase de cualquier otra especialidad médica? ¿Tendremos que tener en cuenta las coyunturas sociales y políticas locales a la hora de planificar el trabajo? ¿Estamos condenados a contar con ese particular entramado de técnicos, organizaciones sociales, medios de comunicación y políticos de cada ciudad, sin los cuales es prácticamente imposible poner en marcha ningún programa que requiera un mínimo de colaboración intersectorial? Y, finalmente: ¿Tendremos que hacer hincapié en la siempre difícil, y a veces desprestigiada, participación social y comunitaria? Pues sí, la respuesta a todas estas preguntas es sí. Ya nos hacemos cargo de que esta afirmación puede desanimar a algunos lectores, pero creemos que en una materia como las (drogo)dependencias, sobre la que se han dicho cosas tan dispares y contradictorias, lo más honesto y práctico es mostrar el color del cristal con el que cada uno mira la realidad social, para así, al menos, no añadir más confusión al asunto.





## **1. Las (drogo)dependencias como fenómeno social de las últimas décadas**

---

Antes de entrar en el contenido específico de esta guía, que será eminentemente práctico, quisiéramos realizar algunas reflexiones en torno al problema de las (drogo)dependencias, como fenómeno social, que sirvan para contextualizar las propuestas que aquí se realizan.

Cualquiera que lleve un tiempo trabajando en este tema acaba tropezando con determinadas cuestiones de fondo sobre las que conviene reflexionar, aunque, como no son imprescindibles para entender el contenido de esta guía, quien lo desee puede pasar directamente al siguiente capítulo; mucho más práctico y centrado en lo local.

Si tuviéramos que contestar a la pregunta de cuál ha sido el elemento más destacado del fenómeno social de las (drogo)dependencias en los últimos veinte años, diríamos que la alarma social que desató y el eco que obtuvo en los medios de comunicación social, particularmente sus aspectos más dramáticos y cruentos que las relacionaban con la delincuencia, la cárcel, el SIDA y la muerte. A ningún otro problema social se le ha prestado tanta atención en las dos últimas décadas salvo al paro y al

terrorismo (recientemente también a la inmigración). Aunque hoy día el discurso sobre "las drogas" se va normalizando (aproximándose a una zona de invisibilidad social semejante al de otros problemas sociales), lo cierto es que aún sigue ocupando lugares preferentes entre las preocupaciones de los ciudadanos.

¿Por qué tanto revuelo en torno a las (drogo)dependencias? ¿Por qué la "Droga" nunca ha abandonado los primeros puestos entre las preocupaciones de los españoles según todas las encuestas en las dos últimas décadas? No es fácil responder a esta pregunta, pero nuestra opinión es que las drogodependencias se han comportado como síntomas o emergentes de otros problemas sociales.

### **1.1 Algunos problemas y contradicciones que las (drogo)dependencias pusieron de manifiesto**

*¿Cómo empezó todo?* Recurriendo a Domingo Comas, que ha descrito muy acertadamente la evolución del consumo de drogas en nuestro país en los últimos años, podemos resumir lo siguiente:

*"Hasta la década de los años sesenta, el consumo de drogas en España tenía unas características muy distintas a los países de nuestro entorno. El aislamiento político y cultural y el retraso socioeconómico, configuraban una barrera contra cierto tipo de drogas y ciertos hábitos de consumo, al tiempo que otras drogas y otros hábitos de consumo tomaban carta de naturaleza entre nosotros. Los tres fenómenos más típicamente españoles, aparte del alcohol y el tabaco, se situaban en el consumo generalizado de anfetaminas -"la española", como se la llamaba en el resto de Europa-, la presencia de cannabis, en forma de grifa, en ambientes delincuenciales marginales y un importante número de morfinómanos más o menos tolerados e institucionalizados.*

*...Durante la época de los sesenta se producen importantes cambios culturales y económicos (turismo, industrialización, urbanización, expansión universitaria, etc...) sobre los que comienza a articularse un*

*proceso de "normalización" en relación con nuestro entorno europeo, y este proceso, en relación con el tema drogas, supondrá una incorporación al tipo y hábitos de consumo del resto de los países...*

*...Hasta el 73 la única droga ilegal disponible en el mercado español, aparte del trío mencionado, es la cannabis, que en forma de hachís comenzaban a consumir, grupos aislados de jóvenes universitarios influidos por la imagen norteamericana de la contracultura. También era posible acceder, aunque no se trataba de un consumo habitual, a diferentes alucinógenos procedentes de Norteamérica... La aparición de la heroína en 1973 modificaría radicalmente el panorama. Desde una perspectiva sociológica la heroína ha articulado el proceso de "normalización", de incorporación a las pautas de la "modernidad" en lo que a consumo de drogas se refiere, para la sociedad española. Una transición que duró varias décadas en el resto de los países europeos, con altibajos y distintas drogas de referencia se produjo en España en menos de una década alrededor del consumo de heroína por vía intravenosa, lo que exacerbó todos los problemas y posibilitó una dramatización abusiva de todo el fenómeno. Fue una sociedad periférica que recibió repentinamente la visita del aspecto más implacable de un hábito que hasta entonces había desconocido...*

*...El 73 no sólo supuso la implantación del consumo de heroína, sino también la aparición de todo el complejo de las drogas ilegales... a principio de los años ochenta se había alcanzado un nivel similar al resto de los países europeos, cuyo proceso, en algunos casos (como Suecia, Inglaterra u Holanda), se había iniciado en los años cincuenta. Tras el salto de los setenta la situación tendió a la normalización, y los procesos serían más lentos y más equilibrados" (Comas, 1990).*

También hay que mencionar que contrariamente a lo que sucedió en los países de nuestro entorno, el consumo de drogas legales: alcohol y tabaco, no hizo más que incrementarse desde los años cincuenta, lo cual llevó al autor a afirmar (al menos en 1990) que *"España se ha incorporado a Europa en lo que se refiere al consumo de drogas ilegales, pero no en lo que se refiere al consumo de las legales,*

*cuya masiva presencia sería en términos comparativos un síntoma de tercermundismo" (Comas, 1990).*

La aparición en un breve espacio de tiempo de un gran mercado de drogas ilegales, el incremento del consumo de las sustancias legales y la dependencia de la heroína como fenómeno más visible de todo el conjunto, cogieron por sorpresa a la sociedad y a las instituciones, poniendo de manifiesto demasiados problemas y contradicciones.

Desde entonces algunos de esos problemas siguen sobre la mesa, otros, han dejado de interesar a los medios de comunicación y de ocupar lugares prioritarios en la agenda de los políticos y, finalmente, otros, se han resuelto satisfactoriamente. Veamos sucintamente algunos de ellos y juzguen ustedes mismos sobre su actualidad:

### ***Inadecuación de los sistemas de servicios sociales y sanitario.***

La irrupción masiva de jóvenes dependientes de la heroína en la escena española de finales de los setenta y principios de los años ochenta reveló la incapacidad de los servicios sociosanitarios de la época para ofrecer respuestas integradas a este problema y a otros de la misma índole. Cabe preguntarse si no estará ocurriendo hoy lo mismo con otros problemas cuya solución no depende exclusivamente de la biotecnología ya que sus raíces son, además de biológicas, de carácter social y psicológico, como en el caso de las anorexias o las ludopatías.

### ***Falta de referencias culturales.***

A la relativa incapacidad de los servicios sociosanitarios para ofrecer respuestas adecuadas hubo que sumar el estupor y la angustia de unos padres, de unas familias (ha habido muchos hermanos implicados), que no podían comprender ni aceptar semejantes comportamientos en sus hijos. ¿Cómo entender que un chico joven consuma drogas hasta enfermar o morir? Es algo parecido a lo que hoy puede ocurrir con la anorexia ¿Cómo

entender que una chica joven se niegue a comer con consecuencias tan desastrosas para su salud? ¿Protestar autolesionándose? ¿Huelga de hambre? La perplejidad alcanzó a todo el mundo: padres, profesores, profesionales sociosanitarios, miembros de asociaciones cívicas, políticos etc. Faltaban referencias culturales para afrontar un fenómeno tan nuevo como negativo. La sospecha de que nadie sabría cómo actuar si el problema le tocara de cerca corrió como la pólvora. Además el hecho de que en este tipo de "enfermedades" se advierta cierta influencia cultural, cierta presencia de la moda, hace que en la sociedad se filtre una sensación de fracaso colectivo. En estas circunstancias se desarrollaron tanto conductas y movimientos solidarios como reacciones sociales alarmistas que desembocaron en un activismo de dudosa eficacia.

Quizá convenga no olvidar los extremos de crispación y de absurdo que se alcanzaron en algunos lugares y en algunos momentos. Recordamos, por ejemplo, que a principio de los noventa participamos en unas jornadas organizadas por un colectivo de los denominados antidroga. Se celebraban en una zona muy castigada por el tráfico de drogas, el paro y la constante amenaza de desmantelamiento de su sector pesquero. En el espacio reservado a los paneles abundaban los testimonios gráficos de "lucha contra la droga". Recortes de prensa y fotografías daban cuenta de manifestaciones, algunas de las cuales terminaban incluso en enfrentamientos con la policía, y de acciones llevadas a cabo por grupos de ciudadanos para expulsar a los traficantes de las casas que ocupaban en la localidad. En un descanso se acercó un señor con aspecto de marinero ¿en "reconversión"? y mostró orgulosamente unas "heridas de guerra" en su brazo. No se sabe si consecuencia de un enfrentamiento con la policía o con algún traficante. Costaba entender todo aquello, pero también costaba entender qué habían estado haciendo durante los últimos años las autoridades locales. Al preguntar por la postura del alcalde, dijeron que asistía estupefacto al paso de los cortejos fúnebres de los muertos por sobredosis que la asociación hacía desfilar ante la puerta del Ayuntamiento. Respecto a la opinión que de los profesionales tenían estos ciudadanos aproximadamente era que no querían ni oír hablar del tema, que lo que querían era que les

trajeran a los drogodependientes ordenadamente a la puerta de sus despachos para poder "curarlos". De la misma época datan los cierres de algunos centros de atención a las drogodependencias en algunos barrios, por presión popular e incluso por decisión judicial, y el fenómeno de las "patrullas urbanas" contra los presuntos traficantes. ¡Así estaban las cosas!

De ese caldo de cultivo surgió una importante inversión pública en recursos asistenciales y se crearon entidades solidarias con el apoyo de muchas personas y personalidades, pero también ese clima emocional contribuyó a crear un drama en el que unos se han considerado a sí mismos "víctimas" de la sociedad y otros se han dedicado a reclamar y exigir soluciones no se sabe muy bien a quién. A veces se ha creado un círculo vicioso de acusaciones y de delegaciones en el que los familiares han reclamado la intervención de las autoridades, las autoridades han pedido respuestas a los técnicos, los profesionales han discutido entre sí los diversos grados de implicación en la materia, para finalmente terminar reclamando mayor responsabilidad por parte de las familias.

Durante el periodo al que nos venimos refiriendo el asociacionismo cívico entró en franco declive (salvo el deportivo), pero se creó en nuestro país un potente movimiento asociativo reivindicativo en torno a los problemas derivados de las drogas que aún hoy perdura (aunque ya no es tan reivindicativo). Quizá el movimiento social contra las drogas haya sido la última gran protesta cívica o al menos el último gran signo de malestar social no capitaneado por los partidos políticos, ante el que el Estado postmoderno se ha sentido conmovido.

### ***Contradicciones respecto a las sustancias y a los consumidores.***

La crisis desatada en torno al consumo de heroína puso al descubierto contradicciones relativas a la legalidad de unas drogas frente a otras y al grado de tolerancia social de unos consumos respecto a otros. Por una parte, objetivamente el alcohol y el tabaco son las dos drogas que producían más daño en nuestro país,

tanto hace dos décadas como hoy mismo, están involucradas en un altísimo número de enfermedades y de muertes al año, muchas más de las que provocan ninguna otra droga, pero ambas son legales y socialmente bastante aceptables, a pesar de las restricciones impuestas al tabaco y a la creciente preocupación por el consumo infanto-juvenil de alcohol; por otra parte, la ilegalidad y la falta de aceptación de otras drogas inducen a la clandestinidad y a veces a la marginación obligando a quienes las consumen a moverse en los límites de la ley. Esto no es un alegato a favor de la legalización sólo es la constatación de una contradicción más de las que jalonan el tema. Incluso en lo relativo al consumo de drogas específicamente ilegales existe un grado de tolerancia diferente dependiendo de la clase social del consumidor, o dicho en términos urbanos, no es lo mismo consumir cocaína en los servicios de un hotel de lujo donde se celebra una boda del barrio alto que en las esquinas de los suburbios. Otra molesta contradicción que se puso sobre la mesa fue la manifiesta impotencia del Estado para acabar con el narcotráfico de drogas que él mismo prohibía.

### ***Dudas respecto a la familia y la escuela.***

La eclosión de las drogodependencias sembró dudas sobre la capacidad de las dos principales instancias socializadoras, la familia y la escuela, para educar en la nueva sociedad hiperconsumista previniendo eficazmente estos y otros problemas del comportamiento juvenil.

En la actualidad las acusaciones entre ambas instituciones son muy frecuentes. Desde el sector educativo las críticas a los padres van desde el reproche por una excesiva tolerancia en el establecimiento de normas y límites (quizá herencia de una etapa anterior que idealizó la tolerancia y rechazó la obediencia), hasta la acusación de haber dimitido de sus auténticas funciones educativas como padres pretendiendo delegarlas en el colegio, en los abuelos y en el servicio doméstico. Respecto a las críticas sobre el sistema educativo se pueden resumir en unas declaraciones del mismísimo Director de Bureau de l'Education de la UNESCO, J.C. Tedesco en las que afirma que la actual crisis de la educación es más grave que las



anteriores porque ahora "*no sabemos qué tenemos que enseñar, quién tiene que enseñarlo, qué se puede exigir y si hay algún valor que se pueda transmitir*" (Marina, 1997).

### ***Crisis de valores.***

Las drogodependencias juveniles han llamado la atención sobre los valores en los que estamos educando a niños y jóvenes. En nuestro país la cuestión adquiere características específicas por la proximidad histórica de la Transición que supuso no sólo un cambio político sino también una profunda transformación cultural y de valores.

Si desde el final de la guerra civil hasta los sesenta, el modelo de transmisión y adquisición de normas y valores culturales se basó en un tipo de relación entre padres e hijos en la que primaba la **obediencia** como valor central, configurando un tipo de aprendizaje en el que los hijos aprendían de los padres y miraban la realidad a través de ellos, durante el periodo posterior (60-80) se invirtieron los términos, dando lugar a un modo de relación en la que los padres miraban la nueva realidad a través de los ojos de sus hijos, ya que parecían mejor preparados para adaptarse a los cambios socioculturales que se sucedían a una velocidad de vértigo, y en la que la tolerancia sustituyó a la obediencia como eje de las relaciones padre/hijo. El primer modelo se puede identificar con lo que Margaret Mead denominaba cultura **postfigurativa** y el segundo con lo que denominaba cultura **prefigurativa**, que suele producirse en periodos de intensos cambios culturales. El modelo dominante a partir de los noventa es el denominado **configurativo** y se corresponde con el tipo de sociedad en la que el aprendizaje de los cambios se produce conjuntamente. La tesis de Domingo Comas es que la eclosión del fenómeno de las drogodependencias en nuestro país hay que entenderlo en el marco de una relación entre padres e hijos de carácter prefigurativa (Comas, 1994).

En España se ha pasado en poco tiempo de una sociedad tradicional muy apoyada en lo cultural por la Iglesia Católica a un sistema moderno de sociedad de consumo, en el que la Iglesia ha

perdido su influencia como referente de valores en los que educar a los hijos. Con la Reforma Democrática se abandonó un sistema de valores que se percibía relacionado con el "Antiguo Régimen" y con la Iglesia Católica, pero no ha sido sustituido claramente por otro. En la historia reciente de este país ha habido un periodo de vacío, de temor incluso a afirmar ningún valor con decisión por miedo a ser tildado de doctrinario. El único gran valor que se ha esgrimido como universal ha sido la Tolerancia con mayúsculas, pero la tolerancia es un término demasiado equívoco: ¿Qué es lo que hay que tolerar: las opiniones o las conductas? ¿Lo malo? ¿Lo bueno? ¿Los derechos de los demás?. Además, ¿Quién desea ser (condescendientemente) tolerado?. Cuando se relaciona ese término con la prevención del racismo, por ejemplo, nos quedamos perplejos tratando de adivinar qué hay que tolerar: ¿Que existan seres de otra raza, su presencia, su proximidad...? Es un valor que se muestra mucho más eficaz para evitar la confrontación y la violencia que para fomentar colaboración, amistad, solidaridad; éstas se basan en el respeto pero también en algo más. La cuestión no consiste simplemente en tolerar lo que no nos gusta del otro, ni tampoco en equiparar, desde un pensamiento débil y postmoderno, todas las opiniones o creencias, que es a lo que ha contribuido el exceso de tolerancia en los últimos tiempos según J.A. Marina. La tolerancia emergió como valor dominante en una época -La Transición- en la que había que evitar a toda costa el recuerdo del enfrentamiento civil, pero resulta muy pobre para cimentar todo un nuevo sistema de valores.

La excesiva tolerancia, que a veces ronda la negligencia, ha sido uno de los factores de los modelos educativos en que han sido socializados muchos drogodependientes.

Para Fernando Savater ... "*la educación es, entre otras cosas, pero muy principalmente, educación para la razón y educar para la razón es educar para la autonomía, para la independencia*" (Savater, 1998). No es un simple juego de palabras que educar en y para la independencia y la autonomía es el mejor antídoto, la mejor prevención, contra las (drogo)dependencias, pero según estamos viendo, en los últimos tiempos, se han conjugado demasiados

elementos que tienden hacia la configuración de jóvenes dependientes, particularmente del consumo. Ya en los años cuarenta Erich Fromm (Fromm, 1988) nos advertía de los peligros de confundir ser con tener o poseer en una sociedad crecientemente capitalista, hoy la confusión gira en torno a algo más burdo y efímero: el consumo; dime qué consumes y te diré quien eres. Un drogodependiente es un esperpento del consumidor cautivo, alguien que se define básicamente por lo que consume: Alcohólico, heroinómano, etc.

La independencia no es un valor en alza en tiempos de globalización y uniformidad. También en esto acertó Fromm titulado uno de sus libros como "El miedo a la Libertad".

Otro aspecto interesante de la cuestión es que la preocupación por las (drogo)dependencias ha fomentado el estudio sobre los valores y sobre la educación afectiva. Un ejemplo sobre esta última, podemos encontrarlo precisamente en un texto sobre valores de J.A. Marina: "Educación en valores". Lo interesante de la cuestión es que el texto no tiene que ver directamente con (drogo)dependencias, pero cuando el autor necesita un modelo de educación afectiva básica donde sustentar posteriormente los valores, recurre a un proyecto de la W.T. Grant Foundation para la prevención de las (drogo)dependencias. El resumen de los elementos que debería cuidar la educación afectiva, según esa fundación, son los siguientes:

**Habilidades emocionales:** Identificar y etiquetar los sentimientos, expresarlos, evaluar su intensidad, manejarlos, aplazar la gratificación, controlar los impulsos, reducir el estrés, conocer la diferencia entre sentimientos y acciones.

**Habilidades cognitivas:** Hablarse a uno mismo, conduciendo un diálogo interior como método para enfrentarse con un asunto o un reto, y para reforzar la propia conducta. Leer e interpretar las claves sociales; por ejemplo, reconocer las influencias sociales en la conducta y verse a uno mismo en la perspectiva de una comunidad. Usar métodos para resolver

problemas y tomar decisiones, controlando impulsos, proponiéndose metas, identificando acciones alternativas, anticipando consecuencias. Comprender las perspectivas de los demás. Entender las normas conductuales (la conducta que es aceptable y la que no). Adoptar una actitud positiva ante la vida. Educar la autoconciencia, por ejemplo, desarrollando expectativas realistas acerca de uno mismo.

**Habilidades conductuales:** Comunicación no verbal: a través de contacto ocular, expresiones faciales, tono de voz, etc. Comunicación verbal: hacer preguntas claras, responder efectivamente a las críticas, resistir la influencias negativas, escuchar a los otros, ayudarles, participar en grupos de personas positivas (Marina, 1997)

### **Crisis de la incorporación social y de la emancipación juveniles.**

Uno de los enfoques psicoterapéuticos que ha recibido mayor impulso en las últimas décadas, en gran parte motivado por su buena adaptación a las toxicomanías, ha sido la llamada terapia (relacional-sistémica) de familia. Desde esta perspectiva se contempla la familia como un sistema con su propia dinámica y su propia historia, por lo que es muy importante tener en cuenta la etapa del ciclo vital que atraviesa una familia cuando uno de sus miembros desarrolla un síntoma o una enfermedad de estas características. Las toxicomanías juveniles son consideradas como una dificultad de maduración de la familia en el momento del ciclo en que el joven debería hacerse más independiente y la familia ayudarle a ello en vez de frenarlo, significan por tanto un fracaso relativo de los objetivos de esta etapa vital de la familia. Por eso son consideradas como un "trastorno de la emancipación juvenil" (Coletti, 1987), al igual que las anorexias nerviosas, otro trastorno de la emancipación juvenil, sólo que, contrariamente a lo que ocurre con las toxicomanías, afecta más a las chicas. Por otra parte, de todos son conocidas las especiales dificultades que tienen los drogodependientes para su plena incorporación social, dificultades que con frecuencia se convierten además en motivo de recaídas.

Dificultades para la emancipación y dificultades para la integración social y laboral como características de las toxicomanías juveniles. Da qué pensar, porque en verdad la mayoría de los jóvenes españoles tienen dificultades para emanciparse de la familia (el 77% del total de los jóvenes y el 53% de los que tienen entre 25 y 29 años viven con su familia de origen) y tienen dificultades para incorporarse al mercado de trabajo aunque pertenezcan a la generación mejor preparada de nuestra historia. ¿Qué podemos contar sobre masters, postgrados y contratos basura que ustedes no sepan?...Bueno, tal vez sí una anécdota: ¿Sabían que en los primeros años de andadura de nuestros Parlamentos Autonómicos, el cuerpo de ujieres de al menos uno de ellos, tenía un nivel académico medio superior al de sus señorías? Pero, ¿a qué no nos asombra? Pues eso es lo determinante.

Tal y como se recoge en el "Plan de acción global en materia de juventud 2000/2003" elaborado por la Comisión Interministerial para la Juventud y la Infancia, éste es uno de los cambios más importantes que se han operado en los últimos veinticinco años sobre la juventud española.

*"El tiempo que dura el tránsito desde que concluye la formación hasta que se produce la inserción se ha prolongado, sin que se sepa muy bien en que ocuparlo. La divisoria entre el mundo juvenil y el de los adultos ya no es una línea sino un territorio, para el que ahora el imaginario social no dispone de ningún nombre. Las condiciones de vida de estas personas les hace simbólicamente jóvenes. Pero al tiempo, la edad es lo bastante cumplida para que necesiten ejercitar la autonomía de los adultos. Por ejemplo cuando se trata de la ocupación del tiempo; o de tener un espacio donde estar a solas con la pareja"* (INJUVE, 2001).

O sea, que en cierto modo, los toxicómanos jóvenes pueden considerarse como los emergentes fracasados de una realidad mucho más amplia. Una realidad familiar y social amable y dura a la vez. Jóvenes que han dispuesto de mayores ventajas y oportunidades materiales, hasta cierto punto mimados, al menos comparados con la situación de la generación anterior, pero con

serias dificultades para alcanzar una independencia afectiva y efectiva.

### **Una forma de hacer política.**

La conjunción de la alarma social, su repercusión en los medios de comunicación sociales y el fuerte activismo reivindicativo de los movimientos sociales nucleados alrededor de la droga crearon un clima social en el que, si bien es verdad que se pagaban caros algunos errores, también resultaba barato hacer determinado tipo de política. Durante años ha tenido más repercusión en la opinión pública, local o nacional, decomisar un alijo de hachís, jugar un "Partido contra la Droga" -aunque personalmente aún hoy no sé como se juega contra la droga-, o simplemente, hacer unas declaraciones "contra"... que inaugurar un nuevo centro de salud, construir un polideportivo o poner en marcha un programa preventivo. Se ha llegado al extremo absurdo de hacer campañas contra las drogas, cuyo único contenido consistía en carteles con el eslogan: "Campaña contra la droga", acompañada del nombre y marca de la institución patrocinadora de semejante acción preventiva. La verdad es que el principio de que había que normalizar el fenómeno y que modificar la percepción social del mismo, ha servido de coartada para mucha propaganda institucional.



## **2. El Plan Municipal de Drogodependencias**

---

### **2.1 *Un mal día en el Ayuntamiento***

Si tuviésemos la oportunidad de estar reunidos con ustedes ahora mismo compartiendo, por ejemplo, un seminario sobre intervención local en (drogo)dependencias, les pediríamos que contasen las respectivas experiencias de sus municipios en esta materia. Qué tipos de problemas han tenido, qué soluciones han ensayado, con qué dificultades se han encontrado para ponerlas en práctica. Procuraríamos, en suma, que entre todos fuésemos describiendo el panorama actual de la intervención de los municipios frente al problema. En su defecto, permítannos la licencia de narrarles lo que podría ser el resumen de una jornada en la que todos los problemas relacionados con las (drogo)dependencias parecen haberse dado cita en el municipio. Lo hemos titulado: "Un mal día en el Ayuntamiento".

*A media mañana se habían suspendido las clases en el Instituto y en el Colegio de la zona. Desde temprano habían comenzado a concentrarse en el patio del Instituto -punto de reunión de ambos centros educativos- algunos padres y abuelos, pero sobre todo muchas madres. La hora prevista para que diese comienzo la manifestación eran las once de la mañana, y el motivo: protestar por el establecimiento*



de un punto de venta de drogas ilegales -litronas sí que se venden sin problemas en el quiosco de chucherías- en una calle del barrio próxima a los centros escolares. Efectivamente a esa hora salió el claustro de profesores en pleno portando una pancarta en la que se podía leer: "Camellos al desierto -se notaba la colaboración de los alumnos en la confección de los carteles- y Fuera los traficantes del Barrio". A ellos se unieron los padres y las madres, y detrás de todos formaron los alumnos (es un decir) que disponían de autorización familiar.

En la sede de la Policía Local se habían recibido avisos contradictorios: Por una parte, algunos familiares de traficantes de hachís reclamaban protección ya que "no nos fiamos de la actitud violenta y provocadora de algunos padres, sobre todo de uno de ellos que bebe y está enganchado a las "maquinitas", con el que ya hemos tenido algún problema y, por qué no decirlo, estamos preocupadas por la forma en que se puedan defender nuestros maridos"; por otra, algunos de los organizadores de la manifestación también reclamaban la presencia de la policía ya que "habrá muchos niños y nunca se sabe lo que puede pasar". El jefe de la Policía Local pedía instrucciones al concejal de Seguridad Ciudadana, y éste, a su vez, trataba de localizar al Alcalde.

A la sazón, el Ilustrísimo señor Alcalde se encontraba presidiendo una comisión extraordinaria de Turismo en relación con un evento internacional que se celebraría próximamente en la ciudad. Al Alcalde le costó entender a que se referían tanto el Concejal Delegado del Área de Turismo como el representante de los empresarios del ramo allí presente, cuando hablaban de "limpiar la imagen" o de "operación cosmética de la ciudad", ya que acababan de invertirse varios millones en limpieza y embellecimiento del casco antiguo. Finalmente comprendió que los circunloquios obedecían al deseo de desalojar a los drogodependientes que deambulan por la zona histórica y " que tanto afean la imagen de la ciudad", además de que en ocasiones "espantan a la clientela de honrados empresarios que pagan sus impuestos".

Como quiera que el Alcalde ya imaginaba el motivo de la insistencia del Concejal de Seguridad (el móvil no dejaba de emitir señales vibratoras) y aún no tenía una respuesta preparada para los manifestantes si lo exigía la ocasión, agarró por el brazo al Concejal de

*Educación y Servicios Sociales que se disponía a contestarle a su colega de Turismo para decirle:*

*- "Deja eso ahora. Dime, ¿qué hay de lo de las drogas en el Colegio y en el Instituto?. ¿No estábamos trabajando en ello desde hace un par de años?"*

*- "Bueno, verás, tú te refieres al programa de Educación para la Salud y de Prevención de las Drogodependencias. Pues la verdad es que no va nada mal, aunque ya nos gustaría disfrutar de una participación tan masiva de padres y profesores en nuestros talleres como en esa manifestación".*

*- "¡Vale!, pero ¿hay droga o no hay droga en nuestros centros escolares?"*

*- "Se trata de una gran confusión. Los padres y profesores protestan por el establecimiento de unos traficantes de heroína y cocaína en una calle próxima a los centros escolares, pero la única droga que ha aparecido en los bolsillos de algún chaval alguna vez, es hachís o alguna pastilla de las que venden algunos "niños pijos" alrededor de la discoteca los fines de semana. Para colmo, a algunos padres les ha dado por identificar a todos los traficantes con los gitanos, a los que culpan de todo. ¿Entiendes?"*

*- "Más o menos. Gracias. Ya veré cómo me las apaño. No, mejor ven conmigo. No quiero que me recuerden promesas que no he hecho".*

*Esa tarde se celebraba Pleno municipal. Aunque no estaba previsto, las circunstancias obligaron a que se convirtiera en monográfico sobre drogodependencias. Allí se dieron cita todos los asuntos mencionados, aderezados con las críticas de la oposición y condimentados con la amenaza de la asociación de vecinos del barrio de formar patrullas callejeras si el Ayuntamiento o la autoridad competente no tomaban inmediatamente cartas en el asunto. Paradójicamente, el orden del día recogía una petición de la asociación de familiares de drogodependientes en la que se solicitaba el apoyo del Pleno para el*

*indulto de dos drogodependientes, rehabilitados, extraticantes de la localidad, así como medidas de fomento de empleo para la reinserción de drogodependientes elaboradas por los técnicos de los Servicios sociales municipales. También había una petición de la asociación de jugadores de azar rehabilitados para que el Ayuntamiento les cediera un local. El concejal de Servicio Sociales, que era el encargado de defender las propuestas, dudó. No sabía si era el momento apropiado. Comenzó recordándoles a los señores concejales de todos los grupos el pacto para no utilizar política, partidariamente, el tema de la droga, suscrito unos años atrás por todos ellos y recordándoles a los ciudadanos pertenecientes a la asociación allí presentes, las nefastas consecuencias que tuvieron esas patrullas en otros puntos de la geografía española hace algunos años:*

*"Aquellas patrullas no sirvieron de nada. En unas ocasiones, se equivocaron de culpables y la emprendieron a palos con ciudadanos de raza gitana inocentes y en otras, cuando acertaron con algún auténtico culpable, éste se defendió a tiros. La función de los ciudadanos no es..." El concejal no pudo terminar su discurso por el ruido de las protestas que desencadenaron su discurso. El alboroto que se armó obligó a realizar una pausa. El Alcalde visiblemente molesto llamó al concejal de S.S. y al responsable técnico de drogodependencias a su despacho.*

*(En el despacho del Alcalde) "¿Alguien me puede explicar por qué todo el mundo protesta? ¿Sabéis que ya recibo quejas hasta del nuevo centro para drogodependientes por el que tanto hemos luchado? Ahora resulta que hay lista de espera y no sé que más problemas con la metadona. Por cierto y ¿con los traficantes qué? Sí, ya sé, no digáis nada, vosotros sólo os ocupáis de la reducción de la demanda".*

## **2.2. Necesidad de un Plan Municipal de (drogo)dependencias)**

Por supuesto, esta crónica es una exageración. Afortunadamente, los problemas no se suelen presentar de esa manera (tantos y tan seguidos), pero puede servirnos para aterrizar sobre el escenario de nuestro trabajo y para visualizar la variedad y complejidad de los problemas relacionados con las (drogo)dependencias tal y como se manifiestan en el ámbito local. Siendo una de sus características, precisamente, que con frecuencia, las dificultades que se presentan no están provocadas directamente por las drogas, sino que enmascaran otros problemas de convivencia, de carencias sociales o de mal funcionamiento de las instituciones.

Intentar hacer frente de forma racional a tal cantidad de aspectos exige planificación. Sin un plan global es probable que las circunstancias nos desborden en cualquier momento aunque hayamos puesto en marcha buenas iniciativas parciales en la materia. Hay que tener una política municipal muy clara sobre (drogo)dependencias aunque no se disponga de medios más que para desarrollar algunos programas. Es cierto que las competencias en esta materia no son prioritariamente municipales, pero no debemos olvidar que será al Ayuntamiento hacia donde muchos ciudadanos volverán sus ojos, en primer lugar, y que el Ayuntamiento puede ejercer una función de coordinación en la ejecución de las políticas que se desarrollan en su municipio. Es mejor disponer de una respuesta planificada que simplemente de una buena excusa (falta de presupuesto o de competencias, por ejemplo). Además, planificar, básicamente, es pensar con un cierto orden y coherencia antes de actuar para conseguir determinados objetivos, y eso, en principio, no tiene por qué resultar demasiado costoso. En conclusión lo mejor es disponer de un Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias (PMD).

Una de las características de un Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias es que se trata de un trabajo colectivo que implica a muchísimos actores. Las áreas de reducción de riesgos,

asistencia, prevención e incorporación social y reducción de la oferta implican a multitud de sectores, de servicios, de profesionales, de organizaciones ciudadanas, etc. Esto no quiere decir en absoluto que el plan tenga que ocuparse de todo, pero sí ha de ser capaz de tener una visión panorámica del conjunto. El PMD debe ser el responsable de la visión global de los problemas relacionados con las (drogo)dependencias y de las intervenciones relacionadas con la materia en su territorio, sean éstas iniciativas municipales o no.

Un Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias puede incluirse perfectamente en la filosofía del "**Proyecto de Ciudades Saludables**" que la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud propone "*como estrategia para promover la salud en y desde las ciudades con la participación de la comunidad y el concurso de la acción intersectorial*" (FAMP, 1995). Se trata de un proyecto que se aparta deliberadamente de una visión estrechamente médica para englobar los aspectos sociales de la salud en su más amplio sentido, de un proyecto que cree en la influencia de las opciones concretas de política local (también autonómica y nacional) sobre los problemas de salud y por lo tanto en la posibilidad de modificarlos desde los gobiernos municipales. Cualquier proyecto de "Ciudad Saludable" debería contemplar la prevención de las (drogo)dependencias como una de sus prioridades, y cualquier proyecto de prevención local de las drogodependencias, como el impulsado por el Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía con el nombre de "Ciudades ante las drogas" (Castillo, 1997) debe estar basado en los principios de promoción de la salud defendidos por la OMS.

Los Planes Municipales sobre (Drogo)dependencias deben ser una oportunidad para el encuentro entre la especialización asistencial desarrollada en los últimos años en esta materia y el enfoque basado en la prevención y la promoción de la salud, entre el enfoque sanitario y el de bienestar social en el territorio.

### **2.3. Elaboración de un Plan Municipal**

La elaboración de un plan de actuación local sobre (drogo)dependencias será el hilo conductor de todo el texto. A medida que avancemos en su desarrollo, empezando por la motivación misma de intervenir y terminando por el sistema de evaluación, intentaremos describir algunas de las dificultades típicas que se pueden presentar y algunas de las soluciones prácticas que se pueden aplicar. ¿Recetas? Bueno, tampoco hay que despreciarlas, si a uno le gusta la cocina y quiere aprender platos nuevos, un libro de recetas le puede ayudar. También procuraremos remitir al lector a fuentes documentales específicas sobre asuntos específicos.

Una idea que puede ser útil para representar el proceso de construcción de un proyecto de este tipo es la de la **PUESTA EN ESCENA DE UNA OBRA COLECTIVA**. Lo es por la cantidad de participantes diferentes a los que da cabida, por los distintos tipos de lenguaje que se emplean, por la importancia que adquieren la capacidad de organización y de improvisación, y por el proceso de construcción colectiva que implica.

#### **¿Cuáles son sus elementos esenciales?**

**LA OBRA.** El argumento y el desenlace están previstos de antemano, pero se trata de una idea-guión que admite varias posibilidades de desarrollo. El texto versa sobre la colaboración entre diversos personajes sociales -ciudadanos, técnicos, empresarios, profesionales de los medios de comunicación, políticos- para reducir la oferta y la demanda de drogas y los riesgos añadidos a su consumo (así como los derivados de otras actividades potencialmente adictivas) en una ciudad.

El elemento desencadenante de todo el proceso es la demanda por parte de un **PRODUCTOR** a un **PROMOTOR O COORDINADOR** de un proyecto de actuación relacionado con las (drogo)dependencias para un escenario concreto. En realidad todo comienza antes: con

los problemas reales, con las demandas, con las quejas y/o las protestas concretas de ciudadanos más o menos directamente afectados, pero el proyecto no podrá comenzar hasta que no exista un encargo expreso por parte de alguna institución, que en nuestro caso será el Ayuntamiento. Eso sí, el encargo estará marcado por la forma en que hayan sido percibidas las demandas y los problemas sociales por parte de la institución patrocinadora. Esto, que puede parecer demasiado obvio a primera vista, posteriormente en la práctica puede tener importantes consecuencias, porque con frecuencia el patrocinador reproducirá no sólo una demanda sino también un diagnóstico. Se trata de un mecanismo que se repite en todos los niveles en esta materia. Por ejemplo, un padre puede decirnos: *"Doctor, aquí le traigo a mi hijo que tiene problemas con las drogas por culpa de las compañías y de lo blanda que es su madre, para que lo ingrese en un centro. Esa es su única solución"*. Aquí el padre no sólo expone un problema, sino que también realiza un diagnóstico y hasta propone una terapéutica. En un plano diferente, un concejal nos puede decir que el problema con las (drogo)dependencias en su ciudad se circunscribe al tráfico de drogas en un barrio concreto y a los problemas de convivencia que se han generado con los vecinos de las zonas colindantes, que a la sazón pertenecen a un nivel social diferente (más alto, claro).

En ambos casos, como en la mayoría hay que comenzar por desmontar los prejuicios y los diagnósticos demasiado apresurados y parciales para construir uno más amplio y compartido. O sea, siempre hay que comenzar por un **análisis de la demanda**, ya que en las relaciones humanas los problemas siempre dependen en alguna medida de cómo están definidos y por quién. Un ejemplo reciente nos lo brinda Domingo Comas en "La evaluación de programas de ocio alternativo de fin de semana". Según el estudio, la concentración de jóvenes durante el fin de semana en determinados territorios urbanos es valorado de forma diferente en distintas ciudades independientemente de las molestias objetivas que ocasionen: *"En Madrid los vecinos los perciben como enemigos que vienen a turbar su descanso y a destruir el mobiliario urbano, en Barcelona, los vecinos se aguantan porque desean para su ciudad esta*

*proyección de modernidad... Haciendo lo mismo, en un caso son vándalos y en otro usuarios de recursos" (Comas, 2001).*

Hay que saber **quién dice (o pide) qué, de quién, para qué, en qué circunstancias**, etc. En estos asuntos nunca hay una sola verdad. Por otra parte, lo que pretendemos no es descubrir la verdad como si se tratase de una investigación policial, sino alcanzar una formulación suficientemente compartida que nos permita intervenir sobre el problema.

**EL ESCENARIO.** Cualquiera que haya trabajado en los servicios centrales o haya tenido que negociar con ellos, se percata enseguida de que identifican escenario con territorio. Desde un punto de vista centralista -hay muchos centros y periferias- los municipios, las comarcas, los distritos, se convierten en simples extensiones territoriales, soportes materiales de las políticas generales diseñadas en el centro. Pero la realidad es que estos escenarios son algo más: el contexto de la vida cotidiana, el ámbito de la convivencia, historia, señas de identidad, el lugar donde las conductas cobran un significado u otro, incluidas las conductas adictivas y de consumo de drogas.

El escenario natural de este tipo de proyecto es el municipio, la ciudad, pero en ocasiones habrá que recurrir a unidades mayores (comarcas) o menores (barrio, distrito) en aras de una mayor eficacia.

Por otra parte, no quisiéramos dejar pasar la ocasión de mencionar que también desde este ámbito, el territorial, se puede hacer prevención. También aquí vamos a encontrar modelos urbanísticos más o menos sanos o enfermos, modelos de ordenación del territorio más o menos ecológicos. Luis Racionero, en su ya clásico "Del paro al ocio", apunta a modelos de ciudades, de barrios y de ecorregiones saludables de dimensiones humanas que inviertan la tendencia del gigantismo urbano. El autor nos recuerda que, durante determinados periodos de la historia de la humanidad, se han alcanzado elevados grados de desarrollo en ciudades de dimensiones medianas como las polis griegas o las ciudades estado italianas del renacimiento.



*"La alternativa, que la hay, requeriría una concepción de la ciudad en el sentido mediterráneo, es decir, como ágora de encuentro a escala humana, en vez de la ciudad como campamento industrial y pasillo de negocios que han propiciado los bárbaros del Norte" (Racionero, 1988).*

Lamentablemente el proceso de descentralización de la administración española aún está incompleto, concentrando demasiadas competencias y recursos en el nivel central y autonómico, lo que dificulta el desarrollo de muchas buenas iniciativas locales como veremos más adelante. Aunque no es descartable que a medio plazo haya una vuelta a lo local como reacción a tanta homogeneidad y globalización, no en forma de cantonalismos trasnochados, sino como modo de mejorar la calidad de vida en aquello que más cerca está y más afecta al ciudadano en su vida cotidiana.

**EL PRODUCTOR/PATROCINADOR** Para poner en escena cualquier obra hay que contar con una entidad patrocinadora que acoja y aliente la iniciativa. Aunque pueda realizarse como una coproducción, o pueda delegarse la producción ejecutiva en otra entidad, el protagonismo del proyecto recaerá sobre el Ayuntamiento por varias razones:

- Cuenta con la legitimidad de la representación territorial.
- Tiene asignadas competencias en prevención y reinserción, y en control de la oferta sobre todo de drogas legales a menores.
- Tiene capacidad potencial de coordinar políticas sectoriales.
- Dispone de una posición privilegiada para la interlocución social.

**EL (EQUIPO) COORDINADOR O PROMOTOR.** Generalmente, por modesto que sea el proyecto, dispondrá de un equipo y un coordinador. Como se trata de una obra colectiva sus funciones estarán relacionadas fundamentalmente con la coordinación y la

animación, y sus habilidades estarán relacionadas con la comunicación, la capacidad de organización y de improvisación. Los buenos promotores se parecen a los biocatalizadores naturales como las hormonas, que son capaces de desencadenar, modular o inhibir procesos que dependen de otros órganos y sistemas; o sea, son algo así como sociocatalizadores comunitarios. Preferimos la metáfora que identifica al equipo promotor con el sistema endocrino que la que lo hace con el cerebro, teniendo en cuenta que la mayoría poseemos una concepción bastante cefalócrata del cuerpo humano. El equipo promotor no manda en el proyecto; lo coordina, lo facilita y anima.

**EL REPARTO.** En el reparto hay que distinguir entre actores ciudadanos, políticos y técnicos, y, entre los dos últimos, a los que dependen de la administración local y de otras administraciones o entidades. Cada grupo de actores puede estar vinculado a una o más áreas. Algunos de ellos son los siguientes:

**TÉCNICOS Y RESPONSABLES DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES**

**TÉCNICOS Y RESPONSABLES DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

**TÉCNICOS Y RESPONSABLES DE LOS SERVICIOS ECONÓMICO  
SOCIALES**

**EMPRESARIOS**

**TÉCNICOS Y RESPONSABLES DE LOS SERVICIOS CULTURALES Y  
DEPORTIVOS**

**PROFESIONALES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

**ENTIDADES COLABORADORAS**

**VOLUNTARIADO INDIVIDUAL**

**ASOCIACIONES ESPECÍFICAS**

**CIUDADANOS AFECTADOS POR EL PROBLEMA**

**PÚBLICO.** También hay que ser realistas y dejar un espacio para el público ya que por más participativa que sea la obra nunca todos querrán o podrán ser actores. Si la representación social de cualquier problema siempre es importante a la hora de comprenderlo y de buscar soluciones, en el caso de las (drogo)dependencias lo es más si cabe, porque la percepción social del fenómeno se ha alejado demasiado de la realidad condicionando las respuestas sociales e institucionales. Por ello habrá que ser muy cuidadosos con la imagen pública del proyecto, con la coherencia de sus mensajes y, en suma, con su puesta en escena, ya que ésta será la única que llegará a gran parte del público. ¿Hemos de recordar aquí que nuestro público lo constituye el conjunto de los ciudadanos que con sus impuestos hacen posible la obra?

**LA PUESTA EN ESCENA** implica obtener la colaboración de cada grupo de actores y establecer conjuntamente los contenidos y el sistema de trabajo. Para conseguirlo hay que tener en cuenta todos los aspectos relacionados con la comunicación, particularmente la presentación y la capacidad de escucha.

Respecto a la presentación, dada la importancia de la primera toma de contacto para establecer una impresión favorable y despejar algunos prejuicios, debemos idear un sistema de acercamiento adecuado para cada grupo de actores. En cuanto a la escucha, resulta imprescindible si queremos integrar en el proyecto objetivos de nuestros interlocutores. Es seguro que los profesionales de atención primaria, los educadores, las asociaciones específicas tienen objetivos compatibles con los nuestros o complementarios.

No se trata tanto de convencer, persuadir o manipular a los otros como de descubrir puntos de encuentro. En el trabajo de promoción social y de salud se corre permanentemente el riesgo de creer que sabemos mejor que los otros qué es lo que les conviene, consecuentemente los programas se elaboran teniendo en cuenta sólo nuestros objetivos pretendiendo que los otros los asuman. Nos parece tan razonable que se usen preservativos o se deje de fumar, que nos cuesta entender qué es lo que hay que escuchar y negociar con las personas que han de adoptar esas conductas, o con los que

sirven de intermediarios entre los diseñadores del programa y los usuarios del mismo como los profesionales de atención primaria.

Para sortear este tipo de peligro recomendamos tener siempre a mano "Allegro ma non troppo", un librito donde C.M. Cipolla desarrolla sus famosas "Leyes fundamentales de la estupidez humana" (Cipolla, 2001). Allí encontramos un esquema que podemos aplicar "como un algodón" a nuestros programas, para descubrir el grado de estupidez en el que podemos estar incurriendo con nuestros programas.

Según Cipolla podemos clasificar el resultado de nuestras acciones sobre los demás como el tanteo de una partida de manera que en ocasiones YO GANO Y TÚ PIERDES, lo que representa una opción MALÉVOLA; en otras YO PIERDO Y TÚ GANAS, lo que representa una opción INGENUA; otras veces TODOS GANAMOS lo que demuestra que estamos jugando de manera INTELIGENTE; y, finalmente, otras veces, nos empeñamos en opciones cuyo resultado es que TODOS PERDEMOS siendo calificadas por el autor como opción ESTÚPIDA.

Inteligente  TODOS GANAN	Malévola  YO GANO Y TÚ PIERDES
Ingenua  YO PIERDO TÚ GANAS	Estúpida  TODOS PIERDEN



## 3. La metodología, el proceso y sus fases

---

### 3.1 *Diferentes enfoques*

En drogodependencias se suele hablar del enfoque biopsicosocial como marco de referencia general aceptado en el que se dan cita conocimientos y técnicas muy diversas. No existe ninguna disciplina que, por sí sola, ofrezca todos los elementos necesarios para abordar el diseño y la ejecución de un plan de estas características. Por tanto tendremos que recurrir a varias de ellas o a varios de sus elementos. Además las exigencias de cada una de las fases del proyecto son distintas, por lo que también se requieren técnicas y habilidades diferentes.

Veamos a continuación algunos de los enfoques y elementos metodológicos que caracterizan el modo de intervenir en esta materia: El enfoque **psicosocial**, la **investigación/acción**, el enfoque **promocional** y el enfoque **estratégico**.

El enfoque **psicosocial** se adapta muy bien a la necesidad del equipo promotor de poder ejercer su función practicando una mediación entre partes. Digamos que es un enfoque dialéctico, al menos tal y como lo define Silverio Barriga. Las características fundamentales de la intervención psicosocial son las siguientes:

\*La *mediación* del interventor entre dos elementos o sistemas: el cliente y el medio comunitario.

\*La *participación activa* del sistema-cliente en la interacción apareciendo como agente de cambio.

\*El *alcance sistémico* de la interacción resaltando, pues, la importancia del contexto y la comunidad.

\*La *implicación personal* del interventor que no puede parapetarse bajo una supuesta neutralidad ideológica.

\*La *concepción democrática* de las relaciones sociales y humanas.

\*La *visión optimista* en las posibilidades del hombre y los grupos sociales para orientar y optimizar su propio destino (Barriga, 1987).

### **3.2 Fases del proceso**

La **investigación/acción**, como afirma Ander-Egg, es una metodología de investigación participada, en la que la investigación se incorpora a la acción y, por otra parte, la práctica constituye una forma de conocer y diagnosticar la realidad (Ander-Egg, 1997).

A veces, para aprender algo nuevo, para cambiar, primero hay que actuar. La acción exploradora puede preceder al descubrimiento, al conocimiento. Piaget (Richmond, 1984) explicaba como el niño construye literalmente su realidad de la siguiente manera: El niño no se forma una idea del mundo y después actúa; se forma una idea del mundo interviniendo sobre él. ¿Sólo los niños actúan así? En el fondo, este enfoque pretende ser fiel al carácter dialéctico (pensamiento/acción) del proceso del conocimiento humano.

Desde un enfoque que prime la investigación/acción, será difícil separar las fases investigadoras de las ejecutivas. De hecho, debemos ser muy conscientes de que cuando en la fase de estudio de la realidad estemos preguntando a la gente, a los profesionales, a los responsables, sobre cómo ven el problema, cómo les afecta, qué creen que se podría hacer, quién tiene que hacerlo etc., estaremos interviniendo de hecho sobre la realidad. El alcance de la intervención será aún mayor si incluimos entre las técnicas de análisis la posibilidad del debate y la negociación entre sectores diferentes.

Imaginemos, por ejemplo, que analizando la asistencia en el centro local de drogodependencias hemos reunido a usuarios, personal técnico, administrativo y familiares en varias sesiones de trabajo en las que han aparecido determinados aspectos en los que todos se muestran de acuerdo, como modificar determinadas reglas o pautas de actuación (horarios, citas, información en la sala de espera, etc.), que mejorarían la asistencia, y cuya modificación está al alcance de los presentes. En ese caso, nada impide que lo que se había planteado como un instrumento para la investigación se transforme en un modo de intervención.

En general las consecuencias de estas prácticas serán mayores mientras el municipio sea menor o el número de personas encuestadas participantes sea mayor.

Un aspecto fundamental de este enfoque es que tiene en cuenta la definición que los interesados hacen de su propia situación, de sus problemas y de sus recursos, no basándose el análisis exclusivamente en los criterios técnicos de los profesionales que han de interpretar lo dicho por los demás. Como afirmaba Deleuze refiriéndose a Foucault: *"Tú has sido el primero en enseñarnos algo fundamental: la indignidad de hablar por los otros... La teoría exigía que la gente involucrada hablase por fin prácticamente por su cuenta"* (Foucault, 1994).



Este esfuerzo por descolonizar el saber, por hacer preguntas que no lleven implícitas las respuestas, es quizá lo más original y difícil de aplicar.

El **enfoque promocional**. La Oficina Europea de la OMS define la Promoción de la Salud como el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para aumentar el control sobre los determinantes de la salud y, por tanto, mejoren su salud. La Promoción de la Salud también incluye la intervención sobre aquellos factores estructurales que están condicionando determinados estilos de vida. Cabe hablar en este sentido de una lucha política por la salud que reconozca que la clave de muchos problemas de salud residen en la comunidad y no en el sector sanitario, que incluya medidas económicas, sociales y de reorientación de los servicios de salud, desde el modelo actual basado en la gestión de la enfermedad hacia otro orientado hacia la salud positiva.

Los mayores problemas a la hora de promover cambios que no están motivados por una demanda explícita basada en la enfermedad, como ocurre en la medicina tradicional, o por el sufrimiento, como en la consulta psicológica, son los de la legitimidad y la resistencia al cambio. Este enfoque trata de garantizar la legitimidad mediante la participación de la comunidad y de todos los sectores implicados, y trata de reducir las resistencias a cambiar mediante una tecnología que combina motivaciones, elementos cognitivos y pragmáticos. Sus métodos no pasan por presionar, manipular o culpabilizar a nadie, sino por facilitar las cosas, por adoptar una estrategia que haga "QUE SEAN MÁS FÁCILES LAS OPCIONES MÁS SANAS".

El **enfoque estratégico** es una línea de pensamiento y también una escuela de terapia relacional específica que se relaciona con el constructivismo.

*"Por pensamiento estratégico entendemos no una escuela filosófica específica, sino un enfoque de pensamiento liberal (liberal thinking) basado en una irreductible elasticidad que niega cualquier forma de*

*absoluto o de verdad indiscutible y que, partiendo de aquí se interesa por el funcionamiento de las cosas con una actitud desengañada y pragmática" (Nardone, 1992).*

El enfoque estratégico es muy útil para la fase de aplicación, que es donde algunos autores sitúan los mayores problemas de los programas de prevención. No podemos resumir en cuatro líneas este enfoque que Nardone y Watzlawick desarrollan en "El arte del cambio", sólo mencionar algunos de sus postulados:

En la realización de un programa no hay sólo que controlar, también hay que improvisar. La adaptación a la realidad de los programas exige una actitud creativa. Ni se puede pedir a la realidad que se adapte a nuestro programa, ni podemos prever todo lo que va a pasar.

No solamente hay que prestar atención al largo plazo, también al corto plazo, al aquí y ahora. Las razones que sostienen los problemas no tienen por qué estar en el pasado y todos los objetivos no hay que colocarlos en el futuro remoto.

Para modificar determinados problemas a veces es mejor preguntarse por el "cómo" suceden que por el "por qué" suceden.

La teoría y la práctica son inseparables.

La secuencia correcta no siempre es primero conocer y después actuar, hay veces que "para conocer hay que actuar". Cambiar de punto de vista puede ser un acto físico antes que mental. Así lo hacen habitualmente el escultor o el fotógrafo: moviéndose, explorando físicamente. Precisamente éste es uno de los principios estratégicos: "Si quieres ver aprende a obrar".

En el mundo de las relaciones humanas las leyes estrictas de causa/efecto tienen poca cabida, es mejor buscar relaciones de interdependencia y de correspondencia.

Un problema depende en gran medida de la forma en que lo definen quiénes lo definen como problema, de cómo emergió como problema, de cómo se sostiene, y del tipo de soluciones que se han ensayado hasta ahora, ya que si no han dado resultado, a lo peor significa que los intentos de solución están consolidando el problema.

Finalmente, el elemento que garantiza la apertura de nuestra propuesta es la participación. Dar cabida a los sectores implicados en cada una de las cuestiones que abordemos durante el proceso de análisis, de definición de los problemas y de las soluciones y en el proceso de evaluación, es la mejor forma de no alejarse de la realidad. Además, resulta que cuando se trabaja con los interesados o incluso se los pone a debatir juntos, se pasa del análisis a la práctica, y viceversa, con una rapidez y una fecundidad asombrosas. Eso sí, los resultados no son programables. Pero para que este proceso sea posible sin que se convierta en una sucesión interminable de reuniones y pequeñas asambleas, hay que realizar una enorme labor invisible de producción técnica. En este sentido el trabajo se parece al de los productores técnicos de radio, cine o teatro. Para que la escena salga perfecta o la entrevista sea brillante, alguien ha tenido que dedicar muchas horas de trabajo. En mi opinión ahí está la clave del tema de la participación. La participación es un bien escaso que hay que cuidar, no es un procedimiento del que convenga abusar. Ellos (los participantes), y no nosotros, son ahora las estrellas, los expertos invitados, y nosotros debemos conformarnos con tenerlo todo dispuesto para aprovechar al máximo sus aportaciones.

Los cuatro enfoques confluyen en un intento de superar las programaciones demasiado cerradas y rígidas. También se basan en la complementariedad de distintos enfoques y en cierto optimismo social que cree posible la adopción de medidas inteligentes del tipo TODOS GANAN.

Sea cual sea la disciplina de la que partamos para la realización de un proyecto social de estas características supondrá un proceso con una serie de fases. El nombre y la importancia de cada una de ellas

variará según el enfoque metodológico que empleemos, pero generalmente podremos agruparlas en cuatro o cinco categorías:

- Estudio de la realidad.
- Evaluación de los datos: diagnóstico.
- Diseño de estrategias, planes y programas.
- Realización.
- Control y evaluación.

En nuestro caso, siguiendo las recomendaciones de E. Bueno Campos (Bueno, 1993) sobre la dirección estratégica de organizaciones, hemos subdividido algunas fases en otras más.

El análisis de la realidad lo hemos dividido en **análisis interno** y **análisis externo** y además hemos añadido un apartado sobre algunas características de las **(drogo)dependencias como fenómeno social** que pueden distorsionar el estudio de la realidad.

El análisis externo coincide bastante aproximadamente con lo que otros autores incluyen en el análisis de necesidades y de recursos.

El análisis interno se centra en el estudio del patrocinador, el Ayuntamiento, y el equipo promotor. Estamos convencidos de que ahí residen parte de los problemas que hacen fracasar proyectos y programas que en principio parecen bien diseñados. Son todos aquellos aspectos que hacen referencia a las condiciones en que debe ser realizado el trabajo, a la cualificación de unos y de otros (técnicos y políticos), al talante dialogante imprescindible para este tipo de tarea, al apoyo político real del proyecto, a la capacidad de coordinación interna y externa del Ayuntamiento, a las resistencias institucionales, a los problemas con el presupuesto, a la confianza/desconfianza entre políticos y técnicos, etc.

Todo el mundo se tropieza con ellos cuando intenta poner en marcha un proyecto de esta índole, pero en ningún lugar se estudian con cierta sistematización, sino que más bien parecen atribuirse a la suerte. Éste es sólo un primer paso. Esperamos que en el futuro se puedan especificar mucho más cuales son las condiciones en las que se puede realizar una intervención de este tipo con ciertas garantías de éxito, y en las que no se debe ni siquiera intentar, porque supondrán un fracaso con la consiguiente pérdida de energías, recursos y crédito. Aún estamos lejos de poder comparar el diseño y la realización de proyectos psicosociales con los de construcción, por ejemplo. En ese campo todos admitimos que las obras pueden realizarse con distintos presupuestos y patrones de calidad, pero que por debajo de un mínimo el edificio se puede caer.

Respecto a las características formales de las (drogo)dependencias seleccionadas son aquellas que más pueden influir en la percepción social confundiendo a ciudadanos, políticos e incluso a los técnicos.

La evaluación de los datos y la realización del diagnóstico la hemos conservado como una sola fase.

El **diseño de estrategias, planes y programas** lo hemos dividido en: **Selección de objetivos y formulación de estrategias, planificación y programación**. La programación la hemos realizado en las siguientes áreas: **Prevención** (en el medio escolar, familiar, laboral, ocio y tiempo libre, medios de comunicación locales y comunitaria), **Incorporación/ reinserción social** y **Asistencia y reducción de riesgos**.

**La realización y la evaluación** (de la realidad, de diseño, de proceso, de resultados y de impacto) quedan como fases independientes.

## **4. El análisis de la realidad**

---

### ***4.1. Algunas características del fenómeno social de las (drogo)dependencias desde la óptica local***

Existen una serie de características que acompañan al fenómeno social de las (drogo)dependencias, y particularmente a las toxicomanías, que debemos conocer porque pueden distorsionar, con frecuencia lo hacen, la percepción que del problema tienen la comunidad local y también los representantes locales municipales. Son, por tanto, elementos que debemos tener en cuenta tanto a la hora de realizar un análisis interno como externo.

Hemos agrupado estas características en cuatro apartados:

1º) Como ha ocurrido con otros problemas sociales también aquí se ha prestado más atención a la voz de terceros implicados que a la de los propios protagonistas/víctimas. Este apartado lo hemos denominado: Ausencia de voz de los protagonistas.

2º) El segundo aspecto a destacar como deformador de la percepción social del problema es la imagen social de los drogodependientes, que casi nunca se ha correspondido con la

realidad de su situación. Lo hemos agrupado bajo el epígrafe de: Evolución de la imagen social de los drogodependientes.

3º) El tercer apartado se refiere al hecho de que con frecuencia las (drogo)dependencias se comportan como síntomas de otros problemas. El título que lo engloba es: Las (drogo)dependencias como emergentes de otros problemas sociales e institucionales.

4º) Finalmente, el último elemento que contribuye a la confusión en la percepción del problema y a la consiguiente dificultad para la toma de decisiones de los profesionales y los políticos es el modo en que se producen las demandas en drogodependencias, tanto a nivel particular en los servicios de atención y en los despachos de los representantes locales, como a nivel comunitario en la localidad a través de representantes de sectores más o menos implicados.

En el caso de las demandas, quejas o protestas relacionadas con las drogas ilegales suelen estar marcadas por: **La urgencia, la exigencia, el desafío, el victimismo, la delegación, el chantaje**, etc. Respecto a la dependencia de drogas legales y de adicciones comportamentales, la verdad es que ha despertado muy poca demanda social de atención en comparación con las otras. Parece como si se consideraran vicios o enfermedades particulares que cada uno debe resolver por su cuenta -a ser posible con la máxima discreción- sin implicar al resto de la sociedad. A nivel clínico sí que presenta semejanzas con las otras dependencias, pero ése es otro asunto. Este apartado lo hemos denominado: **Morfología de las demandas en drogodependencias.**

Todos estos elementos se dan cita para construir un discurso social sobre las (drogo)dependencias que se ha alejado peligrosamente de la realidad condicionando las políticas y las decisiones también a nivel local.

Tal y como nos recuerda Domingo Comas, el conocimiento del discurso social sobre la droga tiene diversas funciones:

- Si conocemos bien la estructura del consumo de drogas y su complementario discurso social podremos afinar más en el diagnóstico y en las intervenciones.
- La hegemonía del discurso social imposibilita muchas veces la toma de decisiones racionales.
- La eliminación de los estereotipos es por sí mismo un objetivo preventivo (Comas, 1992).

En este caso, como en muchos otros, está mejor estudiado el fenómeno de la representación social de las dependencias de las drogas ilegales que el de las dependencias de las legales o las adicciones comportamentales. Si nuestra intención es la de intervenir sobre todas desde el nivel local, tendremos que hacer un esfuerzo por conocer también cómo son las representaciones sociales de todas ellas en el municipio.

### ***1º) Ausencia de voz de los protagonistas***

Un primer elemento a tener en cuenta a la hora de analizar el fenómeno en el territorio es que, como en otros muchos problemas sociales, la voz de los protagonistas directos, o de las víctimas según se entienda, suele brillar por su ausencia, con más motivo si están relacionados con una actividad ilegal como es el caso de las toxicomanías. Serán otras personas, grupos o entidades las que aportarán su voz, su representación y su definición del problema en el territorio. Salvo casos excepcionales, como algunos comités anti-sida, compuestos mayoritariamente por toxicómanos o ex-toxicómanos y algunas, pocas, asociaciones de ex-toxicómanos, la mayoría de las veces son otros los que se aventuran a definir lo que a éstos les ocurre y lo que necesitan.

Conviene no olvidarlo: serán las voces de los otros afectados (familiares, asociaciones ciudadanas, entidades religiosas, comerciantes, algún profesional, etc.) las que en primer lugar y con



mayor fuerza llegarán a los oídos de los representantes locales, y por tanto, también, pueden impregnar su visión del problema y su demanda de intervención.

### ***2º) Evolución de la imagen social de los drogodependientes***

Por otra parte, aunque carezcan de voz no carecen de imagen. También en este sentido ha habido una evolución en los últimos años, desde la aparición en la escena española de la heroína (1973), con todo su poder simbólico, hasta nuestros días.

Hasta la fecha de su aparición, el universo de la droga en España lo ocupaban el hachís, el LSD y las anfetaminas o "la española", como era conocida en el resto de Europa. O sea, hablar de droga era referirse a estas sustancias. Pero una vez que se desencadenó la "epidemia" de heroína, hablar de la droga significaba referirse a ella. Por eso, la evolución de la imagen de los drogodependientes en España durante dos décadas ha estado determinada por esta droga, así como en EEUU, por ejemplo, ha estado condicionada por el crack. Cada época y cada sociedad parecen poseer una droga que ejerce un poder simbólico que consiste, entre otras cosas, en conseguir que socialmente se exageren sus efectos y consecuencias y se minimicen las de las demás.

Podemos decir que hubo una primera etapa en la que la imagen de los toxicómanos estuvo muy ligada a la delincuencia y al descontrol de la conducta, incluso a la locura ("es que con el mono se ponen como locos"). Es un periodo en que los ciudadanos disponían de poca información y una gran dosis de alarma social. La reacción que despertó en la población fue la de miedo y las medidas que se reclamaban de forma mayoritaria eran consecuentemente de seguridad, control e incluso represión.

La segunda etapa se caracteriza porque comienza a considerarse a los toxicómanos como enfermos. Pero el modelo de enfermedad con la que se identifica es del tipo de las infecciones graves, en las que una vez que el agente agresor (el virus o la bacteria) ha entrado en

el organismo desencadena inevitablemente la enfermedad. Consecuentemente se solicitan medidas sanitarias, preferentemente de aislamiento. Los centros y granjas, muy solicitados por esa época, cumplen varios papeles simultáneamente: ofrecen seguridad, aíslan los focos de contagio y curan.

Finalmente, en tercer lugar, la imagen social de los drogodependientes evoluciona aproximándose a la de los marginados. En la medida en que los drogodependientes se sumergen en las categorías de la pobreza y la marginación tradicionales se hacen un poco invisibles, pierden parte de ese oscuro brillo social que los hacía potencialmente peligrosos, para ser contemplados como víctimas sociales (con la incómoda resignación que las sociedades desarrolladas miran a sus miembros excluidos).

En definitiva el miedo cede ante la piedad y consecuentemente se reclaman medidas sociales. En cualquier caso, en la actualidad, siguen activos socialmente elementos de los tres estereotipos: DELINCUENTE, ENFERMO Y MARGINADO.

<b>ESTEREOTIPO</b>	<b>IMAGEN SOCIAL</b>	<b>RESPUESTA SOCIAL</b>	<b>MODELO</b>
El drogodependiente es un DELINCUENTE	Transgresión normativa Inseguridad.	Medidas legislativas y punitivas.	Modelo ético-jurídico
El drogodependiente es un ENFERMO	Capacidad de las sustancias que afectan al funcionamiento del organismo y dificultad de hacer frente a la agresión	Medidas sanitarias	Modelo médico-sanitario.
El drogodependiente es una VÍCTIMA de las desigualdades sociales.	Influencia de factores sociales que intervienen en la adquisición y mantenimiento de la drogodependencia. Vulnerabilidad en función de la desigualdad social.	Medidas de integración y apoyo social	Modelo socio-cultural.

(Castanyer, 1998)

En este cuadro aparecen relacionados los estereotipos, las imágenes y las respuestas sociales ante el fenómeno social de las drogodependencias, recogido en la publicación del Plan Nacional: "Servicios sociales y drogodependencias".

Por otra parte, hay que reconocer que el discurso de los profesionales no ha sabido corregir la situación como hubiera sido deseable. Ha habido acusaciones mutuas entre técnicos, políticos y medios de comunicación por no haber sabido transmitir una imagen más realista del problema. A los técnicos se les ha reprochado a veces "no dar la cara" en los medios de comunicación refugiándose en sus despachos y sus foros profesionales. Otras veces, con la intención de desmentir los estereotipos relacionados con el vicio y la delincuencia, han insistido en conceptos tales como enfermedad o los condicionantes sociales de la conducta, contribuyendo a configurar el estereotipo de "víctima" a la que no se puede exigir responsabilidad por sus actos. A los enfermos y a las víctimas sociales no hay que culparles sino que hay que ayudarles. Claro que luego esos mismos profesionales han reclamado la libre voluntad del (drogo)dependiente para iniciar un tratamiento con ciertas garantías de éxito.

Pero entonces ¿en qué quedamos? ¿Tienen o no tienen voluntad y por tanto son o no responsables de su comportamiento? Pues, desgraciadamente, las respuestas a estas preguntas no son tan simples como a veces parecen desear los medios de comunicación: Es verdad que las sustancias provocan cambios neuronales que escapan a la voluntad de los sujetos, pero igualmente cierto es que los drogodependientes pueden dejar de serlo, a diferencia de los enfermos no "padecen pasivamente" su drogodependencia como una enfermedad convencional. También es cierto que determinadas circunstancias sociales y familiares facilitan la aparición de conductas dependientes, pero no las determinan.

La respuesta, pues, no es blanco ni negro, digamos que lo que hay es una autonomía mermada, una responsabilidad limitada. Pero, en nuestra opinión, el problema se sitúa en un debate social mucho más amplio que supera el ámbito de las (drogo)dependencias y es

lo que Marina denomina irónicamente como "el misterio de la voluntad perdida", que está en la base de todas las enfermedades comportamentales, pero también en la crisis de valores que se padece actualmente en la educación tanto familiar como en la escuela, y que podría resumirse sumariamente con las preguntas: ¿Existe la voluntad? y, en caso afirmativo, ¿Puede educarse la voluntad? En este caso ni siquiera la Psicología puede acudir en nuestra ayuda, ya que, como nos ilustra Marina, hasta de sus manuales ha desaparecido la voluntad como concepto (Marina, 95). Hasta hace unas décadas la voluntad constituía uno de los capítulos tradicionales de la Psicología junto a la percepción, las actitudes o la memoria, pero actualmente se lo considera un concepto poco operativo, poco científico, lo que no contribuye a aclarar la confusión que parece reinar en la sociedad en torno a este tema.

### ***3º) Emergente de otros problemas sociales e institucionales***

Este aspecto ya ha sido desarrollado de manera general anteriormente, por lo que ahora nos vamos a ceñir a mencionar algunas de las implicaciones prácticas que tiene en el nivel local el hecho de que problemas sociales relacionados con las drogas apunten a otros problemas sociales e institucionales.

Un ejemplo muy ilustrativo es el fenómeno ya mencionado de las "patrullas ciudadanas" que proliferaron durante una época en algunos barrios de las ciudades españolas y que en algunos casos emplearon la violencia contra simples "camellos". Resumimos, a continuación, las conclusiones del profesor Rodríguez Cabrero que estudió el fenómeno en su día:

*"La lucha contra la droga aparece como un fenómeno de cohesión ideológica, no tanto frente al problema de la droga, cuanto al deterioro del modo de vida urbano, en determinados sectores de la sociedad, del que la droga es efecto y también problema. En los últimos años se ha producido una profundización en la fragmentación social de diversas zonas urbanas, no en el sentido tradicional de las clases sociales, sino*

*en el de una mayor diferenciación entre grupos de ciudadanos: INTEGRADOS. VULNERABLES Y MARGINALES, correspondiéndose con una moderna división del Estado del Bienestar.... Entre los ciudadanos integrados los consumos adictivos apenas si son visibles socialmente, contrariamente a lo que ocurre entre la población marginal. Es en el grupo de los vulnerables -entendiendo por vulnerabilidad la suma de una situación económica objetiva más el fracaso cultural en el proceso de modernización- que generalmente vive en el espacio físico o simbólico, añadimos nosotros limítrofe entre la ciudad central y la ciudad marginada y que en España alcanza a un 25% de la población, donde han cristalizado los movimientos antidroga de signo violento. Este grupo social vive con temor la posibilidad de caer en la marginación, cuyo mayor exponente es la droga, superando incluso al paro o a la enfermedad y observan con rencor la mayor calidad de vida de los integrados, así como su desinterés por los problemas de la droga y de la vida urbana" (Rodríguez, 1992).*

Por otra parte las (drogo)dependencias, más concretamente las dependencias de drogas ilegales, pueden poner de manifiesto determinados dificultades de funcionamiento en las instituciones, comenzando por la más básica que es la familia, siguiendo por la escuela y finalizando por los servicios que en teoría deben atender a los (drogo)dependientes.

Estos problemas o dificultades suelen repetirse independientemente de la institución de que se trate, quizá porque suponen una transgresión y por tanto un desafío a lo instituido, porque como sugieren algunos autores: En un contexto institucional el consumo de drogas hay que analizarlo en relación con la transgresión que implica y el tanteo que supone a la respuesta institucional.

Los problemas más frecuentes que ponen de manifiesto son relativos a la descoordinación, la excesiva delegación y la dificultad para el ejercicio de una autoridad racional capaz de establecer límites y normas claros, y unas sanciones previsibles en caso de incumplimiento.

Cuando tratamos con la familia del drogodependiente vamos a encontrar con mucha frecuencia falta de coordinación en la labor educativa de los padres, alianzas entre uno de los progenitores y el drogodependiente, dificultades para ejercer la autoridad, falta de coherencia y consistencia en las normas, contradicciones entre los padres, etc.

Por otro lado, muchos de los drogodependientes que acuden a los servicios de drogodependencias son especialistas en poner de manifiesto las dificultades que pueda haber de coordinación entre servicios y de cooperación entre los profesionales o con la dirección del servicio. También saben descubrir las incoherencias o inconsistencias de algunas normas y las distintas formas de aplicarlas de los diferentes profesionales, así como la falta de autoridad o la excesiva delegación de la misma. No es extraño si consideramos que son especialistas en la materia. Muchos de estos problemas se reproducen entre los servicios que han de atenderlos.

También, a veces, el movimiento asociativo específico relacionado con las (drogo)dependencias reproduce algunos de estos mecanismos, sobre todo en relación con la Administración como símbolo de la autoridad. Se critica desproporcionadamente la falta de autoridad de la Administración, en parte porque previamente se ha delegado también en ella excesivamente la solución de los problemas. Si la dependencia es absoluta la crítica también es masiva e indiscriminada.

Finalmente, cuando un Ayuntamiento intenta poner en marcha un Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias, no debe extrañarnos que deba lidiar con las mismas dificultades aunque a otro nivel: descoordinación de los servicios, falta de una autoridad única que dicte normas en determinadas materias (como salud pública), poca coherencia y consistencia en la aplicación de las reglas de juego y la lamentable rueda de delegaciones de responsabilidades que se produce entre todos los sectores implicados.

#### **4ª) Morfología de las demandas sociales en (drogo)dependencias**

Además del número y variedad de protestas, quejas y demandas, y del tipo de portavoces que pueden hacerlas oír en el municipio, podemos detenernos unos instantes en las características formales más sobresalientes que suelen adoptar. También en este caso podremos establecer un paralelismo entre el modo en que las presentan el toxicómano y su familia ante los servicios que los atienden y el modo en que se presentan como demandas sociales en el municipio.

En el artículo titulado Los sistemas en la demanda del toxicómano, J. A. Abeijón, describe desde el punto de vista clínico las siguientes características de la demanda asistencial en drogodependencias: **Urgencia, dramatización, delegación, pseudoacuerdo y poder del ausente** (Abeijón, 1987); en la publicación del GID *Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes*. J. Carrón y L. Sanchez y otros, describen desde el punto de vista de los Servicios Sociales las siguientes: **Urgencia, manipulación, delegación, victimismo, paternalismo, parcialidad y chantaje** (Carrón, 1995); y en el ensayo *Drogodrama y dramadependencia* se describe cómo entran en juego estas características en determinadas escenas prototípicas que se repiten todos los días entre profesionales y (drogo)dependientes en las consultas y en el escenario social (Ramírez de Arellano, 1996). En las publicaciones citadas encontramos descripciones como las siguientes:

*"Las demandas que se dirigen a la búsqueda de una solución para un problema de drogodependencias se producirán habitualmente en forma de urgencia y con la pretensión de que un problema que se arrastra desde hace años sea resuelto en un instante. Esta urgencia está reforzada por un sentimiento de angustia y ansiedad, por una tremenda desorientación y desinformación"*(Carrón, 1995). La misma urgencia con que se desarrolla la búsqueda de una nueva dosis impregna también la petición de ayuda a nivel particular y a nivel social.

*"Muchos autores han calificado de dramático el discurso de la droga en España, tanto desde una perspectiva social como terapéutica. Si, como suponemos, a lo que estos autores se refieren es a que la representación social del fenómeno es tremendista, desmesurada e histriónica, y a que, en los relatos que las familias desarrollan en la consulta abundan la exageración verbal y gestual, la acentuación de los aspectos emotivos, trágicos y sentimentales, encadenados en una trama básicamente paranoica (donde todo se confabula contra el protagonista), quizá la palabra más adecuada para describir estos discursos sea el calificativo MELODRAMÁTICO"* (Ramírez de Arellano, 1996).

*"Es muy frecuente que el drogodependiente, y especialmente su familia, depositen en el profesional la responsabilidad de la solución del problema y consecuentemente de la toma de decisiones. El primero piensa que con sólo formular la demanda ya ha cumplido"* (Abejón, 1987). Con demasiada frecuencia las quejas, las protestas y las demandas sociales de intervención tienden a delegar en otro toda la responsabilidad y la capacidad de intervención, autoexcluyéndose de la búsqueda de soluciones.

*"El drogodependiente deposita el origen y la responsabilidad de sus problemas en todo y en todos, salvo en él. Amparado habitualmente en su familia, está convencido de ser producto de un deficiente funcionamiento de la sociedad y pide por ello que la sociedad, las instituciones, los profesionales y su propia familia sean condescendientes... El paternalismo se concreta en la presión que el drogodependiente y su familia dirigen al profesional en el sentido de que éste debe responder de forma condescendiente y tolerante a sus peticiones"* (Carrón, 1995). Si, por otra parte, el profesional sintoniza con la versión de un drama social en la que los drogodependientes son las víctimas, no le queda más remedio que refugiarse en posturas defensivas, dos de las cuales son la del **activista** y la del **burócrata** que todos conocemos: *"El personaje activista se identifica con las víctimas sociales haciéndose cargo de su desvalimiento e indefensión, mediante el procedimiento de culpar a los otros: la sociedad, la Administración, los compañeros de otros servicios, etc. El personaje burócrata, aceptando más o menos cínicamente la definición que de él hacen las "víctimas", se identifica*



*a sí mismo como un apéndice de la Administración, como alguien que cumple con los aspectos formales y reglamentistas de su contexto de trabajo" (Ramírez de Arellano, 1996).*

El pseudoacuerdo se basa en la negación de que la (drogo)dependencia sea síntoma de ninguna otra cosa y por lo tanto haya que comprometer en el acuerdo de cambio a otros actores familiares o sociales. Es una petición imposible de cambio sin cambio o de cambio para que todo quede igual, que en ocasiones implica mantener al margen a alguna persona significativa o entidad significativa (Abeijón, 1987).

*"Para lograr sus fines el drogodependiente desarrolla una serie de estrategias de manipulación. Con ellas realiza un despliegue de un sorprendente repertorio de recursos para la persuasión, mostrando una gran habilidad para argumentar, justificar, mentir, negar y fabular...*

*Del mismo modo que el drogodependiente puede utilizar estrategias de seducción para la consecución de sus fines, recurrirá al uso de amenazas si falla la estrategia anterior" (Carrón, 1995).*

No resulta precisamente fácil lidiar con esos *"prestidigitadores de las dependencias, urdidores de falsos retos, expertos manipuladores de la realidad y hábiles burladores de las normas que encarnan los drogodependientes" (Ramírez de Arellano, 1996).*

Todas estas características configuran lo que podríamos denominar el estilo relacional de la demanda en (drogo)dependencias, por lo que le resultará imprescindible conocerlas y manejarlas a quien vaya a trabajar directamente con (drogo)dependientes, pero a los efectos que aquí nos ocupan, desde la óptica municipal, quizá baste con que prestemos atención a los aspectos más sobresalientes y que estemos, por decirlo así, sobre aviso.

Desde el punto de vista práctico es importante conocer esas características generales, ya que pueden condicionar la forma de expresión de las demandas sociales de intervención sobre el tema, y también pueden contaminar a los responsables municipales cuando adopten la decisión de intervenir sobre el problema. Es evidente que no resulta una tarea muy recomendable intentar diseñar un plan

desde la urgencia, la exigencia, la parcialidad, la exageración melodramática y la delegación.

Por otra parte, si prestamos un poco de atención al conjunto de características mencionadas, comprobaremos que la mayoría de ellas parecen una exageración de rasgos propios de una determinada etapa de la vida: la adolescencia.

Considerado desde este punto de vista, las únicas características que podrán oponer, tanto los profesionales que pretendan trabajar directamente con (drogo)dependientes, como cualquier plan que se proponga hacer frente al problema en el territorio, son las propias de la madurez: paciencia, tolerancia a la frustración, realismo, responsabilidad, colaboración, capacidad de ponerse en el lugar del otro, etc.

RESUMIENDO, las consecuencias más probables de esta cuestión en el nivel local serán las siguientes:

- Las demandas urgentes de intervención sobre cualquier problema derivado de las (drogo)dependencias en la localidad estarán vinculadas a otros problemas sociales e institucionales.
- Las demandas estarán con toda probabilidad centradas en una o varias drogas ilegales.
- Los problemas sociales y de salud pública derivados del consumo de drogas legales y conductas adictivas serán relativamente opacos a la opinión pública, y puede despertar muchas resistencias tratar de abordarlos en la misma línea que los derivados de drogas ilegales.
- Las demandas pueden estar contaminadas por una o varias de las características mencionadas en la MORFOLOGÍA de las demandas.
- Los responsables municipales tendrán que lidiar con alguna entidad social y/o algún sector profesional hegemónicos

localmente, que traten de imponer su particular punto de vista, tanto sobre la forma de entender el problema como en la forma de abordarlo.

- El propio patrocinador puede interpretar erróneamente el problema proponiendo soluciones básicamente cosméticas o represivas.

Además no debemos olvidar que a los problemas derivados de las distorsiones de la percepción social del fenómeno se añaden los relativos a los distintos grados de legitimidad de diversas entidades para representar los problemas de los ciudadanos (drogo)dependientes. Las diversas entidades y asociaciones que intervienen en la materia no siempre se limitan a representar a una parte del sector, sino que actúan como si estuvieran en posesión de la verdad absoluta sobre la realidad el fenómeno o se arrogan una competencia hegemónica sobre la materia.

Como en otros órdenes de la vida social también en este asunto de las (drogo)dependencias hay muchos intereses en juego.

## **4.2. *Análisis del posicionamiento interno***

Tal como propone la Dirección Estratégica de Empresa (Bueno, 1993) resulta enormemente útil distinguir en la primera fase de análisis de la realidad entre un ANÁLISIS DEL POSICIONAMIENTO INTERNO y un ANÁLISIS Y PRONÓSTICO DEL ENTORNO. Aunque ambos análisis son complementarios, hemos de hacer hincapié en el primero por ser el que con más frecuencia tiende a obviarse y, por tanto, también es causa del fracaso de muchos proyectos interesantes. Si repasamos la literatura al uso encontraremos muchas más sugerencias sobre como acometer la primera fase del proyecto desde el punto de vista externo que interno. Vamos a encontrar, por ejemplo, muchas propuestas sobre como estudiar aspectos demográficos, económicos, territoriales, de necesidades, de recursos, etc., y

bastante menos sobre cómo determinar la posición de partida, sobre cómo caracterizar el tipo de organización en que nos encontramos y desde la que queremos poner en marcha el proyecto.

La D.E.E. nos recuerda que para poder dirigir el trabajo hacia un objetivo estratégico primero debemos contestar a la pregunta: ¿En que tipo de empresa estamos? En nuestro caso las preguntas harán referencia al tipo de entidad local de la que partimos y a algunas otras cosas tales como: ¿Cuál es la propuesta inicial?, ¿Quién formula la demanda?, ¿Con qué recursos contamos...?

Para hablar de análisis y determinación del posicionamiento interno lo primero que debemos hacer es identificar a los actores principales, el escenario de su relación y la trama que los relaciona. Por una parte tendremos al PATROCINADOR que en nuestro caso será un representante del Ayuntamiento.

Por otra parte, tendremos al sistema profesional demandado, que es a quien se le hace el encargo o la petición de intervenir, y que en nuestro caso, es el que hemos denominado como PROMOTOR/COORDINADOR. En cuanto al GUIÓN inicial, surgirá en gran medida de la relación que establezcan ambos protagonistas (ya sean personas individuales o equipos) y estará condicionado por las capacidades, recursos, límites etc., de cada uno, así como, por la capacidad de entendimiento entre ambos. Quizá en ningún otro espacio se viva tan de cerca la estrecha relación dialéctica que se establece entre voluntad política y capacidad profesional, para que proyectos de esta índole salgan adelante como en el ESCENARIO municipal.

Veamos a continuación algunas características de ambos actores y del Ayuntamiento en relación con esta materia.

### ***Características del Ayuntamiento***

Independientemente del origen de la propuesta, de que haya surgido de una iniciativa ciudadana o de otra institución, y de que quien la haya recogido inicialmente sea un Servicio, una Concejalía o la propia Alcaldía, lo cierto es que para poder hablar de un Plan

Municipal, el patrocinador tendrá que ser, en última instancia, el Ayuntamiento. Esto no excluye que puedan existir planes comunitarios en los que el papel de los ayuntamientos sea más de colaborador que de patrocinador, pero ese no es el caso que nos ocupa. En el modelo que estamos proponiendo la participación comunitaria es una dimensión importante del Plan y una característica esencial de algunos de sus programas y acciones, pero la responsabilidad de la dirección del conjunto del Plan es del Ayuntamiento. Refiriéndonos a los ayuntamientos en relación con las drogodependencias vamos a distinguir entre las características generales que como institución los hacen especialmente idóneos para intervenir en esta materia, y las características particulares de cada entidad local que habrá que tener en cuenta a la hora de diseñar cada Plan.

### ***Idoneidad de la institución municipal para la intervención sobre (drogo)dependencias.***

*"Mientras más alta es la instancia de gestión y de decisión más difícil, sino imposible, resulta la aplicación de políticas globales y coordinadas"* (Funes, 84)

En términos generales podemos mencionar una serie de cualidades que hacen del Ayuntamiento la instancia más adecuada para abordar determinados aspectos de las (drogo)dependencias, como los relativos a la prevención y la incorporación social, y para tratar determinados problemas con mayores garantías de éxito que otras instituciones, como son los relativos a la coordinación y la participación social. Además hay que añadir aquellas competencias que les asignan los Planes Autonómicos y Nacional.

Podemos comenzar por recordar las características mencionadas en la introducción:

- Cuentan con la legitimidad de la representación territorial.

- Tienen asignadas competencias en prevención, reinserción y en control de la oferta, sobre todo de drogas legales a menores.
- Tienen capacidad potencial para coordinar políticas sectoriales.
- Disponen de una posición privilegiada para la interlocución social.

Pero podemos mencionar brevemente algunas más:

1º) A primera vista puede parecer que en un mundo cada vez más "globalizado" la capacidad de influencia de las corporaciones locales es insignificante, pero mientras muchas de las grandes decisiones políticas y económicas escapan incluso a la voluntad de los estados, paralelamente las medidas que afectan a la calidad de la vida cotidiana de cada uno de los ciudadanos, dependen de factores micro sociales en los que se puede influir desde las ciudades y desde las comarcas naturales. La cuestión estriba en el margen de autonomía local y en la distribución del presupuesto nacional. En nuestra opinión, el futuro bienestar social relativo de los ciudadanos dependerá cada vez más de las competencias y los recursos de los entes locales. Cada vez más habrá que **"pensar globalmente y actuar localmente"**.

El caso de las (drogo)dependencias es un buen ejemplo, pues mientras el fenómeno del narcotráfico no se puede comprender ni abordar más que desde una óptica internacional, la demanda de drogas y de productos potencialmente adictivos, los factores de riesgo y de protección, y la política de atención a la (drogo)dependencias, dependen, en buena medida, de factores socioculturales locales, o al menos se puede influir en ellos desde este ámbito.

2º) Aunque sea un tópico no deja de ser verdad que los Ayuntamientos son la Administración más próxima al ciudadano. Según se desprende de un estudio del Centro de Investigaciones

sobre la Realidad Social CIRES (ESIC, 2001) el Ayuntamiento es la Administración mejor valorada a pesar de ciertos defectos que le atribuyen (relacionados con la falta de medios y la cualificación de sus técnicos, en comparación, sobre todo, con la Administración Central). Los ciudadanos españoles se identifican con su pueblo en mucha mayor medida que con su provincia, su Comunidad Autónoma, con España, o con Europa. Según el mismo estudio un 80% de los ciudadanos tienen una imagen no negativa del Ayuntamiento. Un 80% de los demandantes de información a los Ayuntamientos se encuentra satisfecho o muy satisfecho de los servicios y trato recibidos, y un 56% tiene la misma percepción respecto de la forma de resolver del Ayuntamiento.

3º) En relación con el papel que las demás administraciones le atribuyen, la Estrategia Nacional Sobre Drogas aprobada por el Gobierno de la Nación para el periodo 2000-2008 pretende "*regular y fomentar la participación de los Ayuntamientos y demás Entes Locales en la respuesta institucional ante las drogodependencias*" y para ello propone entre otras cosas las siguientes:

En el 2003, el 50% de todos los Municipios españoles de más de 20.000 habitantes contarán con un Plan Municipal sobre Drogas que incluyan programas de prevención de las drogodependencias, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios y directrices del Plan Autonómico de Drogas en cuyo territorio respectivo se ubiquen dichos Municipios.

En el 2008, el porcentaje de los Municipios al que se refiere el objetivo anterior, será de 100%.

En el 2003 el 100% de los Municipios de más de 20.000 habitantes contará con Ordenanzas Municipales sobre venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, en el contexto de la Legislación Autonómica y Estatal.

La Estrategia Nacional también propone fomentar programas municipales para la integración social de los drogodependientes.

En el 2003, al menos el 25% de los municipios mayores de 20.000 habitantes deberán poner en marcha iniciativas de integración social adecuadas a las necesidades de su población de afectados.

En el 2003, el 25% de los Planes Municipales sobre Drogas dispondrán de programas de formación y empleo normalizados o específicos para drogodependientes incluidos en programas de tratamiento (ENSD, 1999).

4º) Por otra parte, haciendo un somero repaso histórico del papel jugado por los Municipios y los demás Entes Locales en la política sobre (drogo)dependencias en nuestro país, encontramos dos datos fundamentales:

a) Es un hecho histórico que algunos municipios fueron los primeros en ofrecer una respuesta desde el sector público en nuestro país a las toxicomanías no alcohólicas (como a muchos otros problemas sociales emergentes que sólo años después fueron abordados por otras Administraciones). No es casualidad que muchos de los expertos y técnicos que hoy componen los Comisionados para la Droga Autonómicos y la propia Oficina del Plan Nacional se hayan formado en departamentos municipales.

b) Actualmente los planes Nacional y Autonómicos no se sostendrían sin la colaboración de la Administración Local. El soporte comunitario y de coordinación en el territorio que requieren casi todos los programas de tipo preventivo, de reinserción, de disminución de riesgos y de reducción de daños, así como la facilitación del acceso a los recursos sobre todo en las zonas rurales serían impensables sin la colaboración de los ayuntamientos. Además el municipio es el escenario donde hay que atender las demandas sociales que se



producen en el territorio, coordinar las iniciativas ciudadanas y abordar en la práctica los problemas de coordinación entre diferentes redes y sistemas pertenecientes a distintos sectores de la Administración Autonómica o Central como las de Salud, Servicios Sociales, Drogodependencias, Educación, etc. (Precisamente este problema de la coordinación eficiente de todos los recursos implicados en el territorio es uno de los retos pendientes del PNSD, el otro, es el de la plena integración de la Administración Local en la política nacional sobre (drogo)dependencias, y seguramente ambos estén relacionados).

A todo esto hay que añadir que, en no pocos casos, las corporaciones locales soportan el peso de la asistencia directa, como ocurre con muchas ciudades del Estado o con las Diputaciones de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Por otra parte el número de Planes Municipales sigue en aumento. Según la Memoria del PNsD de 1999 el número de Planes Municipales apoyados por sus respectivos Planes Autonómicos se eleva a 700, es de suponer que pueda haber algunos más.

5º) Como afirma Helena Sotelo en relación con la intervención local en (drogo)dependencias *"La mayoría de los estudiosos parecen coincidir en señalar que, aun siendo todos los niveles interdependientes, el buen funcionamiento del órgano de coordinación a nivel local es quizá el más determinante de la eficacia de las intervenciones, debido fundamentalmente a que de él depende la adecuación del conjunto de las medidas adoptadas a los recursos y a las necesidades particulares de cada una de las localidades"* (Sotelo, 1992). Como ya hemos insinuado, quizá debería estudiarse alguna medida legislativa que ofreciera a los alcaldes mayor capacidad de coordinación de los recursos que no dependen directamente del Ayuntamiento para temas como este. En cualquier caso, se trata de una competencia que nadie puede negarle si tiene auténtica voluntad política de ejercerla, pero que sería más fácil de desempeñar con un amparo normativo más explícito.

### ***Características específicas del patrocinador***

Las mencionadas hasta ahora son consideraciones generales que afectan a todos los entes locales (al menos a los grandes, los medianos y las mancomunidades) a la hora de adoptar una posición ante las (drogo)dependencias, pero para iniciar el proceso en cada localidad habrá que contar con las características de cada corporación local, de cada Patrocinador.

La clave del éxito está en saber adaptarse a algunas de las características específicas ya mencionadas de este tipo de planes: Participación, intersectorialidad, coordinación, comunicación, estrecha cooperación entre agentes técnicos, políticos y ciudadanos, y en que los responsables del proyecto desarrollen determinadas capacidades tales como: El liderazgo, la capacidad de interlocución, la generosidad en la gestión de los protagonismos, la capacidad de aplazar temporalmente los propios objetivos y cierta tolerancia a la frustración o sea, paciencia, mucha paciencia, y, también, coherencia y consistencia en las acciones y transparencia en la comunicación.

He de reconocer que esto puede parecer un catálogo de virtudes del buen político local, pero me interesa destacar que para liderar un proyecto de estas características, es preferible contar con un buen político en su acepción más clásica que con un gestor o un tecnócrata. El político que asuma la coordinación del proyecto se verá obligado a realizar una intensa labor de coordinación interna entre las diversas áreas del propio Ayuntamiento con competencias en el tema y de coordinación externa con recursos extramunicipales, tendrá que lidiar con los medios de comunicación locales y con representantes de diversos sectores. Como ya hemos dado a entender se trata de persuadir, ilusionar, fomentar el trabajo en común y coordinar (al menos durante la fase constituyente del proyecto; luego, una vez institucionalizado, habrá tiempo para gestores, tecnócratas y burócratas). Para todo este trabajo resultan más útiles determinadas formas de hacer las cosas y determinadas habilidades comunicativas que un presupuesto muy abultado.

Para caracterizar a nuestro patrocinador como parte del análisis interno, tendremos que formularnos y responder a una serie de preguntas sobre la demanda, la corporación municipal y el responsable/coordinador político.

**¿De dónde surge la demanda? ¿Qué sector o sectores están detrás de la misma? ¿Cuál ha sido el itinerario de la demanda?**

Conviene saber dónde se originó la demanda, de dónde proceden las quejas, las protestas o las peticiones de ayuda.

¿Se trata de una petición de la Escuela, de los padres de los drogodependientes, de los comerciantes locales...? ¿Se solicitan medidas represivas contra el tráfico de drogas ilegales, preventivas, asistenciales? ¿Se trata de una o de más de una demandas? ¿Qué camino ha seguido la demanda, cuál es su historia desde que se formula como una reclamación social hasta que se convierte en una decisión municipal de intervenir en la materia? ¿Ha habido algún tipo de "contagio" en el sentido, no de asumir las necesidades y peticiones de los ciudadanos o los sectores implicados, sino de compartir su visión parcial del problema?

¿Cómo se recogía este tema en el programa electoral y en el programa de gobierno? ¿Se trataba de un asunto específico y bien delimitado o más bien genérico? ¿Ha habido actuaciones en esta materia? ¿Con qué resultados: qué se ha conseguido y qué no? ¿Qué opina la oposición? ¿Están dispuestas las fuerzas políticas municipales a mantener una política de consenso en esta materia? ¿Qué clima social hay en la ciudad al respecto?

**¿A qué tipo de corporación local corresponde? ¿Cuál es su estructura? ¿Qué tipo de relación mantiene con el Plan Autonómico de su Comunidad?**

En primer lugar se trata de caracterizar de forma genérica a la corporación municipal. ¿Se trata de una Diputación, de un Ayuntamiento (mediano, grande o pequeño), de un Cabildo? En el caso de los Ayuntamientos muy grandes tendrán que descentralizar el Plan a través de los distritos y/o los barrios. Las Diputaciones

deberán jugar un papel importante en la dinamización de Planes Locales y Comarcales en sus respectivos territorios. En cuanto a las, cada vez más frecuentes, agrupaciones de municipios mediante Mancomunidades de municipios o Comarcas, hay que decir que, a pesar de la posible complejidad que entraña la conjunción de intereses de varios municipios, cuentan la ventaja de haber asumido la necesidad de la cooperación y la coordinación, elementos claves del éxito de los Planes Locales. ¿Dispone de recursos específicos en materia de (drogo)dependencias? En caso afirmativo, hay que realizar un inventario y una evaluación aunque sea provisional. ¿Tiene delegadas competencias en esta materia por su Comunidad Autónoma o por su Diputación Provincial? ¿Cuales? ¿Forma parte de un plan compartido con alguna/s institución o instituciones? ¿Cómo son las relaciones con estas instituciones? Un elemento que puede ser determinante es si tiene competencia sobre la asistencia directa a los (drogo)dependientes. Generalmente la responsabilidad directa sobre la asistencia absorbe gran parte del presupuesto y de las energías.

También conviene saber cuál es la organización interna de la entidad en materia de Bienestar Social. Si existe o no una gran área que coordine a varias delegaciones, si existe o no coordinación entre las áreas y planes interdepartamentales de similares características al que deseamos poner en marcha, etc. O sea: de qué experiencia dispone la Corporación en planes intersectoriales que cuenten con participación.

### **¿Qué tipo de política desarrolla cada una de las Delegaciones municipales relacionadas con el bienestar social?**

Este apartado es fundamental para el futuro Plan Municipal, ya que en gran parte estará elaborado a partir de la adecuación y coordinación de los recursos generales existentes con unos fines específicos. Hay que conocer exhaustivamente la política general de bienestar social y de cada una de las Delegaciones que la componen. Hay que conocer todos los centros, servicios, programas y actividades de que disponen las Concejalías que puedan ser de

utilidad en las áreas de prevención, asistencia, reinserción, reducción de riesgos y de reducción de la oferta (limitaciones legales en la oferta de drogas legales y colaboración respecto a la reducción de la oferta de las ilegales). No podemos olvidar que desde el punto de vista municipal estamos hablando de los que serán los recursos propios del Plan, ya que, independientemente de donde se ubique la oficina técnica de coordinación, las Delegaciones de Juventud, Servicios Sociales, Salud, Educación, etc., tendrán que participar activamente en las distintas áreas del mismo.

### **¿Quién será el coordinador político del proyecto?**

Alguien tendrá que hacerse cargo de la coordinación política del proyecto. ¿Se tratará de un concejal o del propio alcalde? En el primer caso hay que ver qué papel jugará el alcalde ya que es el único con auténtica autoridad y capacidad para coordinar las áreas. Es importante cómo se produzca la delegación (de esa competencia del alcalde en el coordinador político) y la comunicación entre ellos. A veces, los conflictos más o menos explícitos en este terreno son los que hacen fracasar los proyectos.

Hay que conocer los recursos de que dispone la concejalía del coordinador político ya que probablemente servirá de plataforma para la coordinación del proyecto.

También es importante conocer aspectos relativos a las actitudes y aptitudes del coordinador político en relación con varios temas: Trabajo en equipo con técnicos y con representantes ciudadanos, opiniones y actitudes respecto a las dependencias de drogas legales e ilegales y las adicciones comportamentales, relaciones con los medios de comunicación locales, capacidad de interlocución con otras áreas municipales y otras administraciones.

### ***Características del (equipo) promotor/coordinador***

En primer lugar hay que decir que generalmente no se tratará de un individuo sino de un equipo, y si no es así, una de sus primeras

tareas consistirá en intentar constituirlo con otros miembros de la organización.

Aún teniendo en cuenta la diversidad de situaciones que pueden presentarse según la dimensión del Ayuntamiento, hay una serie de características que son comunes al rol de agente promotor/coordinador. Hay tres condiciones que es necesario cumplir para poder desempeñar el papel adecuadamente: **Dedicación, independencia y cualificación.**

La primera es determinante en Entidades Locales medianas y pequeñas donde resulta más difícil asignar recursos humanos a los nuevos proyectos, donde la mayoría de los técnicos de las áreas de Salud y Servicios Sociales tienen que compatibilizar su dedicación a varios proyectos a la vez. Es imprescindible gozar de una dedicación y disponibilidad mínimas y de unos plazos que permitan poner en marcha el proyecto. Hay que tener presente que se trata de un proyecto que por sus propias características tendrá que solicitar la colaboración de mucha gente tanto dentro como fuera del Ayuntamiento. Y si somos nosotros los que solicitamos colaboración lo menos que debemos hacer es garantizar nuestra disponibilidad para atender a nuestros colaboradores cuando lo soliciten. Si fallamos en eso fallamos en la base. Por ello, esta condición debe ser objeto de negociación desde muy pronto con el patrocinador. No debemos empezar la fase de "contactos" sin las garantías suficientes. Crear expectativas para después defraudarlas es una pésima política de presente y una mala inversión para el futuro.

Respecto a la segunda condición, la independencia, hay que procurar mantener una cierta equidistancia respecto al conjunto de actores técnicos, políticos y ciudadanos, sobre todo en la primera fase de estudio y análisis. La independencia es una exigencia profesional que se complementa con la confianza del cliente, del patrocinador, y sin la cual será imposible realizar un trabajo que implicará actuar en nombre del Ayuntamiento y colaborar codo con codo con el patrocinador durante un buen espacio de tiempo.

Esta condición también tiene que ser negociada con el patrocinador durante los primeros compases de la intervención.

En cuanto a la cualificación ideal, se aproxima mucho a los perfiles que autores procedentes de diversas disciplinas como A. Rochón (Educación para la Salud) (Rochón, 1992), E. Ander-Egg (Animación Sociocultural) (Ander-Egg, 1989) o S. Barriga (Psicología Social) (Barriga, 1987) han definido respectivamente para un agente promotor, un animador sociocultural y un mediador Psicossocial.

Según M. Coulombé el "agente de cambio" está llamado a asumir varios papeles a lo largo del proceso de implantación del programa: **Comunicador, vendedor, negociador, organizador, facilitador y evaluador**. Para asumir estos papeles deberá utilizar varias estrategias de influencia para llegar a vender el proyecto, a suscitar la colaboración de varias fuentes, a obtener ayuda, vencer resistencias, etc. (Coulombé, 1993).

Hay un concepto clave con el que todos parecen estar de acuerdo: El cambio. El promotor es un agente de cambios tanto dentro de la organización desde la que opera, como fuera con otros profesionales y con la comunidad. Esto es así, entre otras cosas, porque no se pretende producir un plan partiendo de cero, sino precisamente partiendo de lo que hay y contando con las personas que ya están. Además conviene dejar muy claro que aquí el proceso es tan importante como los fines. Se trata de un proceso creativo y colectivo. Dicho con palabras de E. Ander-Egg: *"Hay animación sociocultural cuando se promueven y movilizan recursos humanos, mediante un proceso participativo que desenvuelve potencialidades latentes en los individuos, grupos y comunidades"* (Ander-Egg, 1989).

Ahora bien, intervenir como agente de cambio (sociocatalizador) introduciendo innovaciones en sistemas que ya están funcionando tiene sus complicaciones. De esto sabemos un poco los psicólogos porque forma parte de nuestro trabajo cotidiano. Una de estas complicaciones es la que Fritz Perls (Palazón, 1987) denomina como: "paradoja del cambio", según la cual en cuanto formulamos

el propósito de producir un cambio aparece una fuerza contraria en forma de resistencia al mismo.

Las resistencias han sido muy estudiadas en la clínica individual, pero también operan en los grupos y las organizaciones. También aquí habrá que desarrollar tácticas y estrategias para burlar o disolver esas resistencias respetando la libertad de los interesados, es decir, sin manipular. La cosa se complica cuando a quienes nos dirigimos no han solicitado nuestra intervención o no han participado en el proceso de toma de decisiones.

El trabajo de promoción implica a veces dirigirnos a personas que nada han solicitado de nosotros y que tienen derecho a cierta reserva o cautela (que no hay que confundir con las resistencias). En esas condiciones descuidar los aspectos relativos a nuestra forma de presentarnos, a la escucha de los otros, a sus modos de participación, al tipo de cultura grupal e institucional a la que pertenecen y a los diversos grados de protagonismo que practican, puede actuar directamente en contra del proyecto, porque como ilustra el principio de reactancia: "*un sujeto actúa en contra de una fuente si considera que dicha fuente pretende limitar su capacidad de elección*" (Brehm, 1966).

En relación con los protagonismos y la participación, Silvia Navarro nos recuerda que: "*Los profesionales deben ser capaces de adoptar un rol activo, pero no directivo, de intermediario y de conexión orientada a la activación de los recursos y las competencias de los diferentes públicos con los que trabaja, lo cual significa renunciar al siempre atractivo protagonismo y aceptar trabajar en la sombra para que los "chicos de la película" sean los otros*" (Navarro, 1999).

En su guía práctica para realizar un proyecto de Educación para la Salud, Alain Rochon menciona seis características del equipo responsable de un proyecto que favorecen la adhesión de los participantes y que se recogen con la ayuda del término "**cadeau**". Estas características han de ponerse en juego en la fase de ejecución del proyecto, por lo que las veremos más adelante, pero merece la pena mencionarlas en este momento para completar el perfil del Agente promotor.



C. La credibilidad. El equipo del proyecto conoce su preparación. Aparece creíble a los ojos de los participantes.

A. La adaptabilidad. El equipo del proyecto es adaptable. Favorece y permite la adaptación del proyecto.

D. La disponibilidad. El equipo del proyecto se halla disponible. Es fácil hablar con él, encontrarse o reunirse.

E. La escucha. El equipo del proyecto se halla a la escucha de los participantes y de todo lo que sucede en el proyecto y en el medio de la intervención.

A. La afabilidad. El equipo del proyecto es afable, amable. No es orgulloso.

U. La utilidad. El equipo del proyecto es útil a los participantes. Les aporta una ayuda preciosa (Rochón, 1992)

### ***La relación entre promotor y patrocinador***

El primer paso metodológico en la programación de la intervención psicosocial consiste en la "*explicitación de la petición, necesidad o problema por parte del cliente-agente*" (Barriga, 1987). Esta formulación es similar a lo que, desde el ámbito clínico se plantea en los primeros compases de la intervención terapéutica relacional con grupos humanos como "análisis de la demanda". Ambos enfoques prestan una especial atención a lo que podríamos denominar como una fase previa del proyecto en la que primero se analiza la petición del cliente, del patrocinador en nuestro caso, y después se negocia y se reformula la demanda si es preciso. En esta negociación inicial el patrocinador ha de estar dispuesto a reconsiderar algunas de sus opiniones o actitudes, cuando éstas reproducen literalmente ideas y prejuicios del fenómeno tan extendidas como erróneas, y que pueden desembocar en soluciones puramente **cosméticas o represivas**. Por su parte, el promotor ha de

entender las demandas del patrocinador como parte y representante de los ciudadanos y ha de estar preparado para negociarlas. Si no consigue llegar a un acuerdo, quizá tampoco lo consiga con los ciudadanos, entonces quizá sea mejor dejarlo.

El trabajo psicosocial tiene sus propias exigencias y una de ellas es que obliga al patrocinador, al cliente, a una participación muy activa y directa a lo largo de todo el proceso y desde los primeros momentos de la intervención. Como ya hemos dicho, la intervención psicosocial y de promoción de la salud tienen una intención explícita de cambio. Introduce cambios en las dinámicas comunitarias y en las institucionales. Sólo el patrocinador, el Ayuntamiento en nuestro caso, como entidad social representativa de los ciudadanos está legitimado para tomar este tipo de iniciativa. La autoridad de que dispone el promotor siempre es una autoridad delegada y ha de asegurarse de contar siempre con ella trabajando estrechamente con el patrocinador. En la práctica suele nombrarse un responsable técnico del proyecto y un responsable político que forman el tandem coordinador.

### ***4.3. Análisis y pronóstico del entorno***

El objetivo de esta fase es hacernos una idea del fenómeno tal y como se manifiesta en el ámbito local en el conjunto de otros problemas sociales y de salud, y en el contexto de la problemática sobre (drogo)dependencias autonómica, nacional y europea. Complementariamente también debemos conocer el conjunto de los recursos de que dispone la comunidad para hacer frente al problema.

Con el tipo de metodología descrita resulta difícil separar el análisis de las dificultades del de las soluciones, en parte por su carácter estratégico, que propende a plantearse los problemas de forma operativa y optimista; algo así como si los problemas representasen una oportunidad para mejorar, un reto que afrontar o un enigma que resolver y, en parte, porque la mayoría de las fuentes de

información son personas con las que deseamos colaborar y no podemos andar molestándolas un día con preguntas sobre datos, problemas y diagnósticos y otro con preguntas sobre soluciones. La participación y la colaboración voluntarias son bienes raros y escasos, lo que nos obliga a administrarlas con sumo cuidado.

Además no debemos olvidar que nuestras fuentes de información son nuestros potenciales colaboradores del futuro. Esto es así tanto para el análisis interno como para el externo. Cuando entremos en contacto por primera vez con el director del Centro de Salud, con la juez, con la directora del Centro de Servicios Sociales, con el profesor de Educación Física del Instituto o con el sargento de la Guardia Civil, debemos ser conscientes de que estamos sentando las bases de nuestra relación con cada uno de ellos, que estamos trabajando para disponer en el futuro de buenos aliados o de todo lo contrario. Quien olvide esto que se olvide también de intentar promover proyectos de esta índole que, al basarse en la participación y la intersectorialidad, dependen de la colaboración.

Hay muchos profesionales de lo social y de la salud que se sienten incómodos cuando han de adoptar una actitud de búsqueda activa de la colaboración de los demás. Quizá sea porque les parece una habilidad más propia de lo que califican despectivamente como "un vendedor" (que como ya hemos dicho es una habilidad que debe formar parte del rol de promotor) o quizá sea que se sienten mejor en un marco de trabajo en el que las relaciones estén muy codificadas, bien por un estricto igualitarismo gremial o bien por una fuerte jerarquización en el que cada uno se circunscriba a unas tareas muy bien delimitadas de antemano. Es una aspiración legítima pero imposible de satisfacer en los primeros momentos del proyecto. Durante la promoción de un proyecto de estas características se está en una fase que podríamos denominar "instituyente" en la que todo (relaciones, tareas, responsabilidades) no puede estar tan definido como en las instituciones muy consolidadas.

De todas formas, aunque a veces resulte paradójico, al final, todos los proyectos que aspiran a sobrevivir en el tiempo están

condenados a su institucionalización, pero mientras llega ese momento hay que saber coexistir con cierto grado de incertidumbre y estar dispuestos a adaptar las estrategias a las situaciones (aunque no siempre las situaciones se adapten a nuestras teorías).

En cuanto a nuestros colaboradores del proyecto, han de encontrar alguna ventaja, alguna satisfacción, algún aliciente para su participación. El sentido del deber quizá no sea suficiente, el proyecto debe aspirar a ser atractivo, a gozar de cierto prestigio desde el principio. La motivación de nuestros colaboradores no remunerados (específicamente por su colaboración) y el refuerzo que podamos ofrecerles son fundamentales. Participar en el proyecto tiene que ser atrayente porque es vanguardista, porque goza de reconocimiento social, porque permite variar las rutinas laborales, porque se aprende o porque facilita el intercambio productivo en el ámbito profesional y en el personal.

Un buen punto de partida es comenzar por lo que ya se conoce sobre (drogo)dependencias. El conocimiento actual sobre el tema en nuestro país es considerable, sobre todo si lo comparamos con el de hace quince o veinte años. Pues bien, sabiendo que existe información disponible, la clave está en QUÉ preguntar y a QUIÉNES. Por una parte, están los grandes datos nacionales e internacionales referidos a consumo, dependencias, asistencia, percepción social del problema y políticas sobre drogas y, por otra, la información local, que dará cuenta de cómo esos datos generales se reflejan en el municipio y como el problema es vivido por la comunidad. Para cada grupo de datos existen unas fuentes y unos interlocutores adecuados.

### ***Fuentes de información generales (qué preguntar y a quién de nivel autonómico, nacional e internacional)***

En lo que se refiere al primer grupo de los grandes datos nacionales, se trata de un tema bien estudiado sobre el que se puede obtener información actualizada con relativa facilidad a través de las páginas web de múltiples instituciones.

Entidades tales como los Planes Autonómicos y Nacional sobre Drogas, sus respectivos Centros de Documentación y los grandes estudios que publican periódicamente; los Observatorios, Europeo, Nacional y alguno también Autonómico; las grandes fundaciones como la FAD o CREFAT; así como las revistas, boletines y periódicos especializados, pueden ponernos al día con relativa facilidad sobre datos relativos a la evolución del consumo de las diversas sustancias legales e ilegales y de las dependencias no tóxicas (aunque esta información es más escasa), sobre la evolución de la asistencia, sobre la evolución de la percepción social del problema, sobre los recursos específicos existentes dentro y fuera de nuestra comunidad para la asistencia, prevención y reinserción de (drogo)dependientes. También sobre los recursos para asesoramiento técnico, sobre subvenciones para programas, legislación, y lo que es muy importante, sobre experiencias de similares características a la que deseamos poner en marcha en nuestra localidad. Precisamente éste es un aspecto que trata de impulsarse dentro de la Unión Europea donde existen redes de información y colaboración entre entidades locales con proyectos similares. Redes a las que podemos acudir inicialmente en busca de información y posteriormente inscribirnos como miembros colaboradores.

Por todo ello, hay que evitar caer en uno de los errores más frecuentes que consiste en comenzar nuestro análisis del entorno realizando estudios sobre el consumo en nuestra comunidad. La tentación epidemiológica parece operar de la siguiente manera: "si queremos intervenir sobre un problema primero debemos conocerlo y, tratándose de drogodependencias, eso significa saber cuántas personas consumen qué tipos de sustancias en nuestra comunidad". Parece tan de sentido común que cuando el profesional de turno se lo plantea al político este no tiene nada que objetar. Lástima que esta tarea consume muchas veces los escasos recursos de que se dispone sin que sus resultados ofrezcan nueva luz sobre el fenómeno, ya que la mayoría de las veces serán una simple proyección de los datos nacionales y autonómicos conocidos sobre el nivel local, y lo que es peor, que tampoco sirvan para orientar la política municipal en materia de (drogo)dependencias.

Será muy difícil, por ejemplo, que la población escolar de nuestra comunidad no siga la tónica general en cuanto a consumo de tabaco, alcohol, hachís y de TV, por lo que la mayoría de las veces habrá que afinar más en el conjunto de medidas preventivas y de promoción de la salud adaptadas a esta población que en el estudio descriptivo del consumo local. No obstante, si aparecen peculiaridades muy marcadas sí habrá que prestarles una atención especial, tanto si se trata de aspectos negativos (algunas localidades se han convertido en centros de distribución y consumo de drogas ilegales por diversos motivos: posición geoestratégica, desarrollo económico y transformaciones sociales aceleradas, etc., o han desarrollado una actitud excesivamente alarmista frente a determinado tipo de drogas), como si se trata de aspectos positivos (menor consumo de determinadas drogas o menor dependencia de determinadas actividades como las "maquinitas", la TV o los videojuegos) debidos a determinados factores de protección que merecerá la pena conocer (tradicción, oferta cultural y de ocio, deportes, etc.). En otras ocasiones lo que aparecerá será una señal de alarma social en relación con el tráfico o el consumo de drogas no justificada por la realidad de los datos. En esos casos debemos pensar en la posibilidad de que se trate de un emergente de otros problemas sociales o institucionales, tal y como se describió en el apartado sobre las características de las (drogo)dependencias como fenómeno social.

En cualquier caso debemos conocer el perfil general real de consumo y de demanda de asistencia (a nivel nacional, autonómico y provincial) para poder contextualizar nuestra realidad local, así como para poder hacer frente a determinados prejuicios. Como ya hemos dicho son muchas las fuentes que pueden brindarnos esta información.

A modo de ejemplo ofrecemos a continuación un breve resumen que hemos elaborado básicamente a partir de dos textos: uno de ellos es el documento del Plan Nacional: *ESTRATEGIA NACIONAL 2000-2008* (ENSD, 1999) (en el texto en cursiva) y, el otro, la publicación **MUNICIPIOS LIBRES DE DROGAS** de Melero J.C. y Ortíz M.A. (Melero, 1999) (en el texto en negritas). En ellos

podemos encontrar datos sobre la evolución del consumo y la demanda asistencial como los siguientes:

*Los datos disponibles del Observatorio Español sobre Drogas, los sistemas de información de las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla y bancos de datos de otras entidades públicas y privadas permiten realizar una radiografía del fenómeno en nuestro país, elemento básico para el diseño de programas y proyectos de intervención.*

A) *Los noventa: una década de cambios.*

*Durante una década el fenómeno de las drogas ha sufrido grandes transformaciones en España... perfilando un escenario más complejo que el existente en los pasados ochenta... si hasta hace algún tiempo la droga emblemática y a la que más esfuerzos se ha dedicado era la heroína, hoy tenemos claras evidencias sobre la estabilización (e incluso cabría hablar de descenso) de su consumo. Esto no quiere decir que no suframos aún durante años las graves consecuencias derivadas de su consumo. Porque como afirman Melero J.C. y Ortíz M.A.: **"En la actualidad subsiste un colectivo de usuarios crónicos, con consumos antiguos y un amplio abanico de patologías y conflictos sociales asociados, que absorben una porción notable de los presupuestos asignados por las distintas administraciones a la intervención en materia de drogodependencias"**.*

*Sin embargo, las encuestas más recientes reflejan que, a pesar de que los consumos de drogas ilícitas continúan siendo un problema muy importante para casi la mitad de los españoles, se está reduciendo progresivamente la sensación de alarma social asociada al fenómeno.*

B) *Nuevas drogas y nuevos patrones de consumo*

Según Melero y Ortíz: **"Podemos afirmar sin rodeos que los noventa son los años en que la química irrumpe con decisión en el universo de las drogas. Sustancias obtenidas por síntesis química en laboratorios clandestinos, permitieron a quienes comerciaban con**

**ellas adelantarse durante un tiempo a los controles jurídicos. Hicieron viable, así mismo, la posibilidad de "drogarse a la carta", regulando, a partir de sencillas modificaciones químicas, los efectos finales que las sustancias ejercen sobre el cerebro humano "**

*...desde los inicios de los noventa...han adquirido relevancia social las llamadas drogas de síntesis que han tenido una gran expansión en un corto espacio de tiempo. Pero lo más peculiar de estas sustancias -junto a otras más conocidas como la cocaína o tan tradicionales como el alcohol- es la forma en que son consumidas por determinados sectores juveniles. Son consumos de fin de semana, fuera del ámbito familiar, en espacios o locales públicos con la casi única motivación de divertirse. En el caso del alcohol existe con frecuencia una búsqueda intencionada de la embriaguez, con cambios en los horarios de salida de los jóvenes, y consumo en la vía pública, características que amplifican el fenómeno.*

*Sin embargo, el número de consumidores problemáticos o excesivos de alcohol sigue situándose en edades adultas con el consiguiente daño individual como familiar, sin olvidar los derivados de los accidentes laborales o de tráfico.*

*Un aspecto que conviene resaltar es que estos consumos no encierran posiciones contraculturales o comportamientos marginales como sucede con frecuencia en el modelo anterior. Nos enfrentamos a nuevas modas, nuevas formas de estar en sociedad, que afectan a grupos importantes de jóvenes relativamente normalizados en otras esferas de la vida.*

C) *Las principales tendencias de consumo de drogas:*

*Las principales tendencias en lo que se refiere a la situación del consumo de drogas en nuestro país podrían sintetizarse del siguiente modo:*

a) *Heroína*

*Estabilización o incluso descenso del consumo de heroína...*



*Hay que añadir ...que continúa descendiendo la vía de la inyección y aumentando la práctica de fumar o inhalar esta droga.*

b) *Drogas de síntesis*

*Estas drogas son psicofármacos sintéticos... incluidas en la lista I del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas, que es donde se agrupan las sustancias consideradas más peligrosas. Se extendieron con gran rapidez a partir de los noventa.*

*Las drogas de síntesis forman y lideran una asociación de consumo con otras drogas -en especial los alucinógenos y las anfetaminas- que les confiere un riesgo notable.*

c) *Cocaína*

*No parecen apreciarse grandes cambios en el consumo de cocaína de la población general. Sin embargo, sí se ha apreciado un ligero incremento durante los últimos años entre la población juvenil.*

*El hecho más relevante... es el significativo aumento del número de personas con problemas por esta sustancia que piden ser atendidas en servicios sanitarios y sociales en los dos últimos años.*

*Según afirman Melero y Ortiz : **'Contraviniendo todos los estereotipos (que asocian esta droga con el lujo y éxito) uno de los colectivos sociales entre los que mayor fue el incremento del consumo de cocaína fue el constituido por los heroinómanos'**.*

d) *Cannabis*

*Sus derivados, fundamentalmente el hachís, siguen siendo las drogas ilegales de consumo más extendido en España. Aproximadamente, uno de cada cinco españoles ha probado alguna vez esta sustancia.*

*Aunque hay que ser cautelosos a la hora de concluir que el consumo de cannabis está aumentando en la población general, sí puede afirmarse una expansión de este consumo en la población juvenil y adolescente durante los últimos años.*

Sin entrar en el grado de nocividad que como sustancia puede representar frente a otras más institucionalizadas, no debemos olvidar que: **"El hachís está implicado en diversos conflictos psicosociales vividos por los adolescentes"**.

e) *Alcohol*

*El alcohol es sin lugar a dudas la sustancia tóxica más consumida por los españoles. Aunque según los datos disponibles no parece estar aumentando, las cifras actuales son suficientemente importantes... Un elevado porcentaje de la población de 15 a 28 años mantiene un patrón de consumo de fin de semana. El consumo diario y por tanto más problemático se centra sobre todo en los mayores de 49 años.*

*A pesar de lo elevado de las prevalencias, persiste una gran tolerancia social respecto al consumo de alcohol y su uso conlleva una muy escasa percepción de riesgo. Esto dificulta la aplicación de estrategias dirigidas a la prevención del alcoholismo.*

f) *Tabaco*

*El tabaco es, junto con el alcohol, la sustancia tóxica más consumida por los españoles. Una gran mayoría de la población entre los 15 y los 65 lo ha probado alguna vez. Si la edad media de contacto con esta droga era sobre los 16,6 años, ahora hay un grupo importante de jóvenes entre las actuales generaciones que lo ha probado a los 14 años. Las mujeres de 15 a 18 años empiezan a fumar antes y más que los varones de la misma edad. La mayoría de los fumadores diarios se concentran en los varones de 29 a 38 años.*

*En cuanto al número de muertes anuales provocadas por las enfermedades asociadas se cifran en 46.000 y el gasto sanitario que producen se puede estimar en unos 3.600 millones, a los que si sumamos el gasto social indirecto provocado por las bajas laborales se llegaría a los seis millones de euros, una cifra muy superior a la que el Estado recauda por los impuestos del tabaco (CDD, 2001).*

g) *Tranquilizantes y somníferos.*

*El consumo de estas sustancias sin prescripción médica no es muy elevado. Un modelo bastante habitual en el uso de las mismas consiste en el inicio por prescripción facultativa, continuándose mediante automedicación por los usuarios.*

*La proporción de mujeres sobre el total de consumidores es más elevada en estas sustancias que en el caso de las drogas de comercio ilegal. Por otro lado, entre los jóvenes de 14 a 18 años, se aprecia en los últimos años una cierta tendencia al aumento de este consumo.*

Continuando con los dos mismos autores cabe resumir que: **"Este panorama que hemos dibujado, no significa que una determinada droga desaparezca para pasar el testigo a otra con mejor encaje en los ritmos sociales de la época. Más adecuado es hablar de un proceso de incorporación de nuevas sustancias que coexisten con otras caídas en desgracia, impulsando cambios cualitativos en el tapiz de las drogas".**

Este breve resumen no pretende ser otra cosa que una mínima muestra de lo que podemos encontrar acudiendo directamente a las fuentes, que como digo son bastante accesibles. Estos son los datos (y otros de carácter más cuantitativo que he preferido omitir para no aburrir) que cabe esperar se reproducirán en nuestra localidad. Como también salta a la vista la ausencia de datos referidos a adicciones no tóxicas o comportamentales, ya que hasta ahora no figuran como (drogo)dependencias. Objetivamente es un fenómeno

peor estudiado y los datos habrá que buscarlos en las asociaciones específicas de ayuda mutua y en las revistas especializadas.

***Fuentes de información de nivel local (qué preguntar y a quién en el municipio).***

- **Estudios sociales, de salud, sobre economía y empleo, demográficos, epidemiológicos, etc.**

En primer lugar debemos comprobar si existe algún estudio de estas características referido a nuestro municipio o a la zona sobre la que vamos a trabajar. Lo ideal es que se trate de un estudio amplio relacionado con el Bienestar Social, que recoja información sobre lo que M. Marchioni denomina los cuatro factores estructurales de la comunidad: **Población, territorio, demandas y recursos** (Marchioni, 1989).

Cada vez es más frecuente la realización de estudios de esta índole en el ámbito local, aunque desgraciadamente no todo el mundo los conozca, ni siquiera los responsables y técnicos de otras concejalías diferentes a la que los realizan o encargan. Por lo tanto, hay que buscar, hay que preguntar en todos los departamentos y concejalías que puedan haberlos realizado, también hay que buscar en la Universidad, la Diputación, las fundaciones, etc. También es posible que entremos en contacto con alguno de los artífices del estudio en cuestión y que se muestre dispuesto a colaborar con nosotros. Realizar estudios de esta magnitud implica un esfuerzo que pocas veces se ve compensado por el uso político-administrativo que se hace de ellos, por lo que si no ha transcurrido demasiado tiempo sus promotores pueden estar deseosos de darle nueva utilidad.

En el caso de que no dispongamos de ningún estudio previo, deberemos comenzar por obtener la información general básica que nos permita tener una visión de conjunto de la localidad, que nos

permita hacernos una idea del contexto y de las dinámicas sociales con las que vamos a trabajar. No es lo mismo trabajar en una ciudad dormitorio con pocos recursos propios, que en una ciudad mediana bien integrada socialmente, que en un pueblo de economía agrícola en transformación o en una localidad cuyo principal sector económico está siendo reconvertido o desmantelado.

Dentro de una misma ciudad no es igual pensar en desarrollar un proyecto en uno de los barrios históricos bien articulados socialmente, que en aquellas barriadas periféricas que a su falta de cohesión social sumaron la derivada de una población que se estableció allí huyendo de la pobreza en el medio rural. Fueron, precisamente en éstas últimas, donde la "droga" hizo mayores estragos.

En cualquier caso existen una serie de elementos mínimos que debe recoger esta fase del estudio. Además de algunos recogidos anteriormente, Domingo Comas cita también otros como:

- Historia social, demográfica, económica, política, de participación social y de programas de intervención, con sus resultados, en el municipio (aunque advierte que lo importante no es disponer de muchas cifras, sino de algún significado para los procesos vividos en el municipio).
- Historia de la participación social en el municipio, la actitud y la disponibilidad de los diferentes grupos de ciudadanos, importancia del voluntariado.
- Marco legislativo relacionado con la materia.
- La idea que tienen los ciudadanos sobre el lugar que le corresponde al municipio en el ámbito inmediato y lejano, y si todos los grupos sociales comparten esa visión. Para un municipio pequeño el ámbito inmediato es la comarca y el lejano la región; en cambio, para una gran ciudad lo inmediato es todo el país y lo lejano el mundo (Comas, 2001).

### ● **Mediadores sociales y líderes de opinión**

La información técnica sobre los aspectos mencionados la encontraremos repartida entre diversos servicios y departamentos, pero generalmente podremos contar con la visión cualificada y sintética que sobre la ciudad o el barrio (y también sobre el problema) tienen algunos observadores privilegiados que puede ahorrarnos mucho trabajo.

La cuestión es dar con él o con ellos. En este caso la experiencia nos dice que lo mejor es preguntar a los políticos locales. Con frecuencia serán los propios alcaldes o alguno de los concejales los que podrán describirnos la vida y la historia reciente de la ciudad como si de un organismo vivo con identidad propia se tratase, o ponernos en contacto con otros expertos que conocen y aman la ciudad, y que con mucha frecuencia trabajan o colaboran con los medios de comunicación locales o provinciales.

Sus descripciones pueden adoptar la forma de un relato: "Hace veinte años este problema no existía, en todo caso había un consumo de vino de fabricación casera. Todo comenzó a cambiar cuando... a partir de entonces éste y otros muchos problemas vienen sucediéndose". Un relato que incluye datos sobre hitos históricos comprobables e interpretaciones sobre cómo los ciudadanos han vivido los cambios y sobre la representación social de los problemas actuales; un relato cuyo protagonista indiscutible es la ciudad o el pueblo. Si uno capta ese espíritu, esa forma particular de percibir socialmente, tiene mucho adelantado a la hora de diseñar cualquier plan de intervención social. Es verdad que con frecuencia no se trata de un conocimiento "científico" y que sus representantes no son "académicos", quizá podamos considerarlos como representantes de lo que Foucault denominó "*conocimientos subyugados: conocimientos locales actualmente en circulación pero... que sobreviven en los márgenes de la sociedad y que se consideran de bajo rango, insuficientes y exiliados del dominio legítimo de los conocimientos formales y las ciencias aceptadas*" (White, 1993). Pero son conocimientos tremendamente útiles a la hora de intervenir sobre la ciudad en aspectos que afectan a la

opinión, las actitudes, los valores de los ciudadanos respecto a su ciudad y a ellos mismos, o sea, a la identidad de esa comunidad y esa ciudad.

El conjunto de esos aspectos (el talante más o menos acogedor e integrador de una ciudad, su tolerancia, su solidaridad, su generosidad y el grado de cohesión social), constituyen el substrato cultural sobre el que aplicar cualquier política social local. Pero son aspectos sobre los que no se puede influir dictando normas ni imponiendo un programa, en todo caso ejerciendo una faceta que los políticos tienen últimamente relegada por la de gestor, nos referimos a la faceta de líder social y ciudadano. Para ello es imprescindible, en primer lugar, conocer y respetar la sensibilidad de los ciudadanos y, en segundo lugar, atreverse a hablar claro, a decir a los ciudadanos aquello que se cree, sin demasiado temor a contrariar lo que la moda dicta como políticamente correcto en cada momento.

En esta línea y en relación con las toxicomanías, el Washington Post reprochaba hace unos años a los líderes de la Administración norteamericana que centrara toda su política sobre drogas en culpabilizar a los países productores, y reclamaba de ellos valentía para enfrentar al pueblo americano con el hecho, con la responsabilidad, de su propia demanda de drogas. También en el ámbito más modesto de lo local, algunos alcaldes han sabido dirigirse con éxito a sus ciudadanos y al sector empresarial local, para que complementariamente a sus críticas frente a la supuesta inseguridad generada por los drogodependientes, desarrollen una actitud solidaria y generosa con aquellos que hacen verdaderos esfuerzos por superar su toxicomanía y por integrarse socialmente, contribuyendo así a la superación colectiva del problema.

Pero para que estas acciones (aunque sean verbales) no caigan en saco roto es imprescindible partir de un conocimiento (aunque sea sintético-intuitivo) del sentir de la gente respecto al tema que nos ocupa.

- **Asociaciones específicas e inespecíficas.**

En nuestra localidad pueden existir asociaciones cuyos miembros sean drogodependientes o familiares y personas interesadas por los problemas derivados de las (drogo)dependencias.

Además de la ayuda mutua suelen tener programas destinados a la prevención, al apoyo del tratamiento y a la reinserción y desempeñan un importante papel en el abordaje comunitario de las (drogo)dependencias. En su defecto siempre podemos recurrir a constituir algún grupo de consulta ex profeso con familiares y/o (drogo)dependientes.

También nos interesa conocer la opinión de otras asociaciones de carácter general como las asociaciones de vecinos y las asociaciones juveniles, culturales, recreativas (y otras muchas que mencionamos en el apartado referido a los recursos para la incorporación social), algunas de las cuales tienen programas específicos sobre el tema y otras no.

De todas ellas podemos obtener información sobre el funcionamiento de los recursos de atención a los (drogo)dependientes locales, sobre el papel del Ayuntamiento, sobre ellas mismas, sobre la percepción social de la problemática. En definitiva, como en otros casos, podemos tratar de obtener el diagnóstico explícito o implícito de estas entidades sobre los problemas y las soluciones en la localidad.

- **Centro de drogodependencias de referencia (Municipal, comarcal o provincial)**

En la actualidad, en España existe una amplia red de atención profesionalizada y diversificada de centros públicos o concertados, que en número de casi setecientos, recorren toda la geografía



nacional, siendo capaces de atender a más de cien mil drogodependientes al año.

La unidad básica de todo el sistema es el Centro (ambulatorio) de Drogodependencias de Referencia. Estos centros están dotados con equipos interdisciplinarios (psicólogo, personal sanitario, trabajadores sociales, administrativos, etc.).

Desde el punto de vista asistencial desempeñan tareas de información, orientación, evaluación (estableciendo planes de intervención individualizados con distintos objetivos y grados de exigencia según los casos), desintoxicación y deshabituación. O sea, asumen prácticamente toda la asistencia especializada que puede dispensarse de forma ambulatoria. Son los responsables, por una parte, de recibir a los pacientes desde Atención Primaria (de Salud y de Servicios Sociales), en colaboración con los cuales desarrollan los programas de reducción de daños y de riesgos, y, por otra, de derivarlos a otros recursos especializados cuando es necesario: Unidades de Desintoxicación Ambulatorias (UDH), Comunidades Terapéuticas (CT) y Centros de Día. Los centros además operan como punto de referencia para la coordinación con otros recursos (sociales, sanitarios, laborales, judiciales, etc.) que se requieren para completar el tratamiento integral. Dependiendo de nuestra localización nos corresponderá un centro de distrito, provincial (sobre todo en las grandes capitales), municipal o comarcal. Pero de lo que no cabe ninguna duda es de que dispondremos de un centro de referencia, y de que éste será uno de los recursos principales para nuestro proyecto y por tanto uno de los primeros que debemos visitar.

Las competencias que desarrollan estos centros pueden variar en la práctica de unos a otros dependiendo de muchos factores, pero sobre todo del modelo de organización que haya adoptado la Comunidad Autónoma a la que pertenece. De ese modelo dependen elementos tales como: ámbito de cobertura, pertenencia al Sistema de Servicios Sociales o de Salud, recursos de que dispone, etc. Pero básicamente son los responsables de garantizar la asistencia en su zona. Pueden disponer de programas de prevención y reinserción

social específicos, deben facilitar la coordinación de la iniciativa social relacionada con la problemática en la zona, colaborar con las corporaciones locales (si es que no son de hecho de titularidad municipal) y son el referente del sistema autonómico -que en la mayoría de las ocasiones recibe el nombre de Comisionado para la Droga- en el territorio.

En la práctica, como les ocurre a los centros de salud general, la mayor parte de sus esfuerzos se concentran en la asistencia. Como ya hemos dado a entender estos centros se sitúan en el segundo nivel de un sistema de atención organizado en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria, ocupando un espacio análogo al de los equipos de salud mental. Aunque la información específica sobre la organización del sistema de atención y el funcionamiento del circuito terapéutico con cada uno de sus recursos específicos se puede encontrar en cualquier manual, o en los propios Planes Autonómicos o Nacional, quizá convenga resumir muy brevemente qué entiende éste último por la estructuración del circuito terapéutico, para disponer de una idea de conjunto.

*La Estrategia Nacional sobre Drogas recomienda que en todas las Áreas de Salud exista un circuito terapéutico que estructurado, al menos en tres niveles básicos de intervención, dé respuesta adecuada y suficiente a las necesidades terapéuticas de los drogodependientes.*

*El primer nivel debe ser la principal puerta de entrada al Sistema, y debe estar constituido al menos por los Equipos de Atención Primaria de Salud, los Servicios Sociales y los recursos que ejecuten los programas de reducción de los riesgos y los daños así como aquellos otros que desarrollen la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas de los drogodependientes pertenecientes a los citados Sistemas Públicos.*

*...El segundo nivel del circuito estaría compuesto por equipos ambulatorios interdisciplinares que se responsabilizarán de diseñar y desarrollar los planes terapéuticos individualizados... Los recursos que forman parte del segundo nivel se pueden clasificar en recursos especializados de carácter general (atención primaria, especializada o*

*salud mental) y recursos específicos. En cualquier caso, encuadrados en el Sistema Público de Salud, estos recursos deben garantizar la atención especializada, el seguimiento y la derivación al tercer nivel, así como la necesaria coordinación con los otros niveles de intervención.*

*El tercer nivel estará constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización. Los diferentes dispositivos de este nivel pueden ser de ámbito supra Área de Salud, y su acceso debe ser por derivación desde los recursos de segundo nivel. En este nivel se incluyen recursos tales como las UDH y los centros residenciales. (ENSD, 1999)*

En cualquier caso en nuestro centro de referencia nos pueden facilitar datos sobre las siguientes cuestiones:

- Datos sobre el consumo de drogas en la zona y problemas asociados a los mismos. Tal vez también sobre las conductas adictivas no tóxicas.
- Datos sobre la asistencia y su evolución en el territorio.
- Tipos de programas específicos sobre prevención y reinserción.
- Iniciativas locales en esta materia de otros municipios de la zona.

Para según qué cuestiones podremos contar con la opinión cualificada de cada uno de los profesionales del centro, cuyas especialidades les hará estar más cerca de unas problemáticas u otras. Pueden aportarnos sus puntos de vista sobre las características específicas del problema en la zona, la percepción social del fenómeno, la respuesta de la iniciativa social y de las instituciones locales, los puntos fuertes y débiles, los factores de riesgo y de protección más importantes en la localidad; en definitiva, su diagnóstico de la problemática.

También nos servirán como fuente de información sobre los aspectos que superan el ámbito territorial ya que son el referente del sistema autonómico que además está conectado en varios aspectos a nivel estatal y europeo.

- **Recursos relacionados con la asistencia en el ámbito local**

**Centro de Drogodependencias de Referencia.** Como hemos dicho se ocupa de toda la demanda que puede ser atendida de forma ambulatoria en la zona, deriva a otros recursos especializados los casos que lo precisan, y sirve de nexo con el resto del sistema de atención a las drogodependencias, que en las Comunidades Autónomas suelen recibir el nombre de Comisionado para la Droga.

**Centro de Día.** Se trata de un recurso destinado a la rehabilitación y la reinserción de toxicómanos en régimen intermedio. Los pacientes son derivados allí por los Centros de Referencia. Puede ser que haya alguno en nuestra localidad o que nos corresponda alguno por zona.

**Centro de Salud.** A este centro acudirán todas las personas con problemas de salud que son atendidas en el centro de drogodependencias, pero también acudirán otras personas con problemas de dependencia (alcohólica, tabáquica, a psicofármacos, al juego etc.), de abuso y de consumo problemático, con problemas de salud relacionados o no con sus dependencias, que no acuden al centro específico. Este elemento es clave tenerlo en cuenta si se quiere desarrollar una auténtica política de atención primaria en (drogo)dependencias.

**Centro de dispensación de metadona.** Puede coincidir o no con el Centro de Salud. Ninguna otra medicación hace que sea tan importante el lugar de su dispensación como la metadona u otros agonistas opiáceos.

El hecho de que sea necesaria una dispensación controlada de estas sustancias ha obligado, hasta ahora, a buscar soluciones distintas a la tradicional farmacia.

Sin entrar en el fondo de las dificultades por las que estos tratamientos no consiguen integrarse completamente como uno más desde la prescripción hasta la dispensación, hemos de prestar atención a alguna de sus consecuencias en nuestro territorio. Si no se organiza adecuadamente, un punto de dispensación de metadona en nuestra localidad puede ser un lugar donde a veces se producen concentraciones de drogodependientes en tratamiento (con diversos grados de exigencia y de cumplimiento de sus programas) provocando polémica en el vecindario. Cuando entre los pacientes que acuden a la dispensación abundan personas que tienen dificultades de integración social o están claramente marginados, la situación se complica por la vertiente social, no precisamente por la sanitaria. No obstante, si se organiza adecuadamente no habrá mayores dificultades que las derivadas de la necesidad de realizar una prescripción y una dispensación controlada. En resumen, cuando se presentan problemas están ligados a la organización y a la coordinación, y no al tratamiento en sí.

**Comunidad Terapéutica.** Puede darse el caso de que exista algún recurso de este tipo ubicado en nuestro término municipal. Hasta ahora la mayoría de estos centros han realizado su labor terapéutica de puertas adentro. Si sumamos a eso el hecho de que casi siempre los pacientes proceden de otras localidades y provincias nos encontramos con que no ha habido contacto entre las Comunidades Terapéuticas y los municipios donde están ubicadas en lo que a labor asistencial se refiere. Claro que esto puede cambiar en el futuro, y probablemente lo hará, en beneficio de ambas entidades. Algo similar puede ocurrir con los pisos de apoyo al tratamiento y de reinserción.

**Centro de Servicios Sociales.** Al tratarse de centros de titularidad municipal también podemos considerarlos dentro del análisis interno como un recurso propio.

Como recurso asistencial relacionado con las drogodependencias conviene destacar que allí acuden (drogo)dependientes y sus familiares por problemas relacionados expresamente con las drogas o las adicciones y por otros añadidos o derivados. Además de los problemas con las drogas o las adicciones los (drogo)dependientes pueden tener problemas familiares, de vivienda, económicos, de educación de los hijos, de empleo, etc.

**Otras entidades relacionadas con la asistencia** como: El Proyecto Hombre, Cruz Roja, Cáritas, La Iglesia Evangelista, etc., pueden operar o no en nuestro territorio.

**Asociaciones y entidades de ayuda mutua** como Alcohólicos Rehabilitados y Jugadores de Azar Rehabilitados u otras compuestas por toxicómanos con fines asistenciales, de ayuda mutua y de denuncia social. Al igual que las anteriores pueden operar o no en nuestra zona.

Con todas estas entidades podemos completar la información sobre la problemática que rodea a la asistencia de las (drogo)dependencias en nuestra zona.

- **Recursos relacionados con la prevención**

**Centros, servicios y programas de Educación.** Hay que prestar particular atención a la totalidad de los centros escolares de la localidad de educación en todos sus niveles, desde la infantil a la superior pasando por la dirigida a personas adultas (que tan buenos resultados ha ofrecido en el campo de la reinserción social en las zonas más deprimidas y en el medio rural); a los problemas que presentan en relación con las drogas y las adicciones comportamentales; a la relación que mantienen con el municipio y concretamente con la

Concejalía de Educación, cuya política ya debemos conocer a través del análisis interno; a la opinión y posible preocupación de los padres, profesores y alumnos en relación con las (drogo)dependencias; a la política educativa que desarrollan en relación con esta materia y con la salud en general; y a los programas que desarrollan o no de prevención y promoción de la salud.

**Centros, servicios y programas de Cultura.** Se trata de conocer la oferta cultural de la ciudad. Convendría poder evaluar la capacidad real y potencial de ofrecer alternativas de ocio y para el tiempo libre "sanas" que este área puede desarrollar para todos los sectores de población. Una buena oferta cultural (en cuyo diseño intervenga una cierta incompatibilidad con las drogas y las adicciones) adaptada a las necesidades de los distintos sectores de población, es la mejor contribución que puede hacer este sector a la prevención. Hay que conocer el perfil de los usuarios de estos servicios y programas.

**Instalaciones, servicios y programas de Juventud.** En este sector vale lo dicho para Cultura, con la ventaja añadida de que la edad de su público lo hace especialmente idóneo para la prevención, pero con el inconveniente de que por ese mismo motivo es un público más difícil de satisfacer. Aquí hay que estudiar las características de la juventud de la zona (también en este terreno existen buenos estudios nacionales y autonómicos con los que comparar y contextualizar los datos locales) y particularmente del estilo de ocio.

**Instalaciones, servicios y programas de Deportes.** El deporte, practicado de una cierta manera, quizá sea la actividad que más ventajas ofrece respecto a las (drogo)dependencias. Es un comodín que se utiliza en programas de rehabilitación, de reinserción y ¿cómo no? en programas de prevención, no solo de las drogodependencias, sino de muchísimas otras enfermedades y dolencias de una sociedad estresada y sedentaria. Es posible que si el Sistema Nacional de Salud

financiara la práctica deportiva ahorrara dinero. También hay que conocer el perfil de los usuarios de estas instalaciones y programas y de los simples practicantes autónomos.

**Recursos para la formación profesional y ocupacional y la inserción sociolaboral.** Nos referimos tanto a aquellos recursos normales orientados a toda la población como a aquellos recursos que se ponen en marcha de manera excepcional para corregir los fallos del sistema general. En la actualidad existen programas nacionales y europeos orientados a jóvenes con especiales dificultades para incorporarse al mercado de trabajo. Estos recursos suelen disponer de información sobre la realidad socio/laboral de los municipios donde están ubicados: oferta y demanda de empleo, necesidades formativas, riesgos y oportunidades de la zona.

**Programas específicos de los Servicios Sociales** (Prevención de (drogo)dependencias, prevención y atención a la infancia y a la adolescencia, atención a la familia, prevención comunitaria, promoción y colaboración con el asociacionismo, etc.). Al igual que en los anteriores debemos conocer el perfil de los usuarios (necesidades, peculiaridades y oportunidades) y el catálogo de servicios.

**Programas específicos de prevención y de promoción de la salud de los Servicios de Salud.** ¿Qué se ha hecho? ¿Con qué resultados? ¿Qué se podría hacer?

**Medios de comunicación locales** o secciones locales de los medios de comunicación provinciales y departamentos de la propia Administración dedicados a la comunicación y a la relación con los MCS. Interesa conocer el perfil de los usuarios por programas, la cobertura y la capacidad de influencia. ¿Se ha realizado algún programa relacionado con la materia? ¿Qué disposición hay para colaborar en esta tarea? ¿Qué información suelen ofrecer los medios en relación con el tema?

**Recursos relacionados con la oferta de información.** En los últimos tiempos han proliferado los servicios que disponen de



documentación accesible y ofrecen información y asesoramiento al ciudadano sobre los más diversos temas. Existen oficinas y centros de información administrativa, de información juvenil, de información al consumidor, de información a la mujer, etc. Es conveniente conocerlos todos y sus distintas posibilidades. La prevención no es sólo información, pero también es información. Interesa conocer el perfil de los usuarios y la cobertura, así como su disposición para colaborar.

**Policía Local.** Está relacionada con la disuasión y la represión del tráfico de drogas ilegales y con la vigilancia de la venta de las legales a menores. Tiene conocimiento de situaciones de riesgo relacionadas con el consumo de drogas legales e ilegales y de cómo se produce el consumo de éstas en la vía pública.

#### ● **Recursos relacionados con la incorporación social y con la reinserción social**

La mayoría de los recursos relacionados con la prevención pueden a su vez ser útiles para la incorporación social de (drogo)dependientes. Además muchos de estos recursos son municipales, lo que debería facilitar su disponibilidad para ser incorporados en un Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias. También en este caso debemos hacer un esfuerzo por conocer lo más exhaustivamente posible la oferta de servicios y programas que puedan, aunque sea realizando algunas modificaciones, facilitar la incorporación social de los (drogo)dependientes en la localidad.

Cabe destacar como instrumentos privilegiados para la incorporación social los Servicios Culturales y Deportivos dirigidos a la población general y los programas de Servicios Sociales dirigidos a la incorporación/reinserción de grupos con especiales dificultades o específicamente drogodependientes.

También hay que prestar atención a los programas y servicios dependientes de áreas específicas como Juventud, Mujer y Tercera Edad. Por supuesto, también debemos prestar atención a cómo se ve el problema desde cada uno de estos sectores.

Cobran especial relevancia en este campo todas aquellas entidades que prestan servicios en el área Económico/social como las Agencias de Desarrollo Local, de Empleo y de Formación profesional y Ocupacional.

Paralelamente a estas últimas hay que contar con un censo de Empresas potencialmente colaboradoras de programas específicos de fomento de la formación profesional y la incorporación socio/laboral. También nos interesa conocer cuáles son los principales recelos, objeciones y prejuicios del sector para participar en iniciativas de esta índole.

También existe todo un entramado de entidades y Asociaciones Culturales, Sociales, Religiosas, Recreativas, Deportivas, Juveniles, Peñas Gastronómicas, Peñas de Carnaval, Hermandades y Cofradías etc., que pueden favorecer la integración social por el simple procedimiento de pertenecer a las mismas o a través de la participación en sus actividades. En este caso, conviene recoger la misma información que en las anteriores entidades sobre el tipo de disposición, positiva y negativa, para colaborar en una tarea de incorporación social de (drogo)dependientes. Quizá estos casos exijan un mayor esfuerzo de imaginación táctica, sobre todo al principio, por la falta de costumbre.

El aspecto más determinante de todo el proceso y al que debemos prestar mayor atención es la comunicación. Por encima de todo debemos cuidar la relación con nuestros interlocutores. De ella dependerá la calidad de la información que obtengamos y la posibilidad de que se conviertan en auténticos aliados del proyecto, del futuro PMD.

Hay otros dos aspectos que debemos cuidar en todos los casos. El primero está relacionado con el anterior, y consiste en recoger información sobre todo aquello que pueda ser relevante para fomentar la colaboración de nuestros interlocutores en un futuro: qué expectativas tienen, qué dificultades, qué puntos de encuentro entre sus objetivos y actividades y las del futuro Plan, etc. El segundo tiene que ver con las necesidades formativas específicas en

la materia de nuestros colaboradores. Un PMD debe ser capaz de ofrecer formación específica y básica a todos los colaboradores y participantes como un medio para facilitar un lenguaje común y como una actividad preventiva de primer orden.

Resumiendo lo dicho en este apartado se trata de conocer los problemas tal y como pueden reflejarlos estas fuentes, pero también de conocer los recursos reales y potenciales de que dispone nuestra ciudad para hacer frente a esos problemas. Se trata de realizar un inventario o guía de recursos entendido como un componente del análisis de las necesidades orientado hacia las soluciones.

## 5. El diagnóstico

---

Diagnosticar desde el punto de vista médico es un procedimiento que sirve para determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos. Desde determinados enfoques psicológicos aplicados a grupos y familias, el diagnóstico es un proceso compartido que forma parte de la terapia. De hecho, el proceso de cambio podría entenderse como una constante reevaluación, como un proceso de interpretación y reconstrucción de significados.

En cualquier caso, diagnosticar es una forma de organizar la información sobre un asunto de manera que lo haga más comprensible y asequible mejorando las posibilidades de intervenir sobre el mismo de la forma más eficiente posible. Sin descartar además, que en algunos casos como el que nos ocupa, determinadas formas de diagnóstico compartido son, en sí mismos, una forma de intervención sobre la realidad.

El diagnóstico que proponemos:

- No es sólo de un análisis de los aspectos negativos: necesidades, enfermedades y problemas; lo es también de recursos, posibilidades y soluciones.

- No es el dictamen de un experto ajeno a la realidad social, es un análisis compartido y un debate con los implicados en cada caso.
- No es una simple producción de datos, es un procedimiento que genera significados compartidos. Si los datos no significan nada para quiénes tienen que poner el proyecto en marcha es un mal diagnóstico.
- Es una descripción situacional. Técnicamente es una síntesis interpretativa y analítica que busca el consenso de los participantes, y cuando esto no es posible trata de explicar las razones de las posturas contrapuestas. Por ejemplo, es posible que usuarios y profesionales de un servicio que están participando en su evaluación se pongan de acuerdo sobre determinados aspectos mejorables del mismo, pero no lleguen a un acuerdo sobre otros; en esos casos hay que poder explicar el punto de vista de cada uno.
- Este método tiene otra consecuencia y es que allí donde sí se producen acuerdos o nuevos consensos puede producirse un cambio automáticamente, lo que convierte el estudio en intervención, la investigación en acción.
- También es un instrumento de formación común para los que participan en el proceso promotor y, por tanto, también, un elemento de identidad y cohesión entre ellos: un saber compartido y una interpretación colectiva.

### ***5.1. Realización del diagnóstico***

En realidad la planificación del diagnóstico supone básicamente hacer un repaso del trabajo ya realizado previamente en el análisis interno, con sus debilidades y fuerzas, y en el análisis externo, con sus amenazas y oportunidades. Si la primera parte está bien hecha, la segunda debe resultar relativamente fácil.

Repasando las propuestas que hemos sugerido en esos apartados y en el referido a las características de las (drogo)dependencias como fenómeno social, encontramos que lo que tenemos que hacer básicamente es responder a un determinado número de preguntas.

1º) Sobre las características de las (drogo)dependencias como fenómeno social: ¿Quiénes son los portavoces de las víctimas/protagonistas en nuestra ciudad: quizá alguna sociedad religiosa, tal vez científica; será una asociación de familiares, el gremio de comerciantes de la zona del centro o todas ellas a la vez? ¿Cómo es su discurso: represivo, solidario, cosmético? ¿Qué tipo de imágenes y estereotipos son las preponderantes? ¿Qué tipo de soluciones proponen? ¿Hemos descubierto otros problemas -sociales o institucionales- de los que la droga o las (drogo)dependencias sean emergentes en la comunidad, en los centros escolares, en los centros de salud, etc.? ¿Cómo son las propuestas, las quejas, las demandas y las protestas en relación con el tema en nuestro municipio? ¿Han adquirido algunas de las características morfológicas que hemos descrito como: urgencia, melodramatismo, exigencia, delegación, manipulación, victimismo, etc.?

2º) En relación con el análisis interno, preguntas sobre las características del Ayuntamiento, del patrocinador y del equipo promotor:

En relación con el Ayuntamiento y el coordinador político del proyecto lo mejor será remitirnos a los apartados en que se desarrollan estos aspectos, ya que están planteados en forma de preguntas y resultaría redundante repetir las todas aquí (¿De dónde surge la demanda? ¿Cuál ha sido su itinerario hasta ser asumida por la corporación? ¿Qué estructura de coordinación posee la Corporación? ¿Quién será el coordinador político? ¿Cuál será su perfil? ¿Ha habido contaminación de la demanda a través de alguna de sus características morfológicas? ¿Qué labor desempeñan las Delegaciones Municipales? Etc.).

Respecto al equipo promotor conviene repasar las cuestiones relativas a la dedicación, independencia y cualificación. También habrá que prestar atención al tipo de relación que han establecido patrocinador y promotor.

3º) En relación con el análisis externo, las preguntas serán sobre los datos obtenidos tras la consulta a las fuentes de información generales y locales. Deben permitirnos hacernos una idea general del fenómeno facilitando posteriores análisis comparativos y deben facilitarnos una caracterización del fenómeno en la localidad. Estarán referidas al tipo de fuentes de información consultadas tanto de nivel local como supramunicipal. ¿Disponemos de una bibliografía básica? ¿Hemos conseguido los datos que necesitamos sobre asistencia, prevención, reinserción, legislación, ayudas técnicas y económicas, experiencias similares o piloto en la materia, etc.? ¿Hemos recogido los datos sociodemográficos básicos? ¿Hemos localizado estudios y proyectos locales realizados por el propio Ayuntamiento, las Universidades, la Diputación, las ONGs locales etc.? ¿Hemos consultado a líderes de opinión e informantes clave? ¿Hemos conseguido hacernos una idea de los patrones de consumo de drogas y de las adicciones conductuales, así como de la percepción social sobre el tema en la localidad? ¿Se corresponden o, como suele ocurrir, la realidad está muy alejada de la representación social? ¿Hemos recogido las opiniones y actitudes del empresariado local?

El resultado debe ser un análisis y una valoración que valdrán para esta situación y este momento, que facilitará la toma de decisiones y la futura intervención. En ese sentido se parece al diagnóstico clínico, ya que tras las pruebas diagnósticas hay que intervenir. En lo que no se parece es en que la actuación en medicina suele estar protocolizada y en este tipo de intervenciones sociales no. No existen protocolos de actuación. Las decisiones de índole política y técnica, las prioridades y los objetivos hay que establecerlos en cada caso.

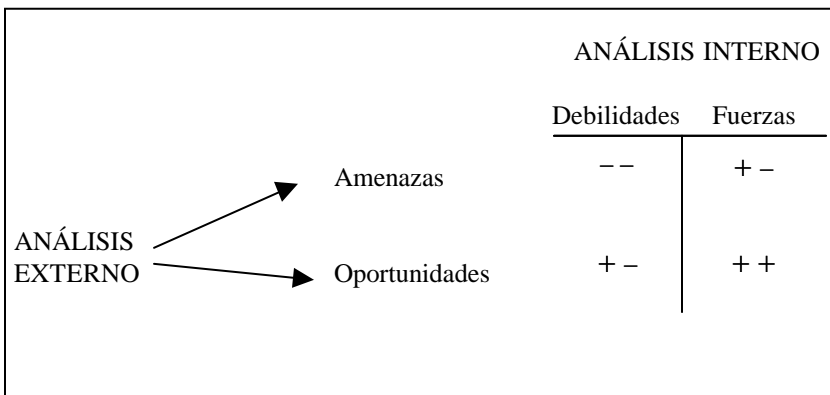
En ese sentido, a lo más que puede aspirar esta guía es a ofrecer instrumentos y recursos para mejorar el análisis y la toma de decisiones.

En ningún caso debemos olvidar que la mayoría de las consultas y los diagnósticos parciales o sectoriales de que disponemos los hemos realizado con personas (responsables, técnicos, informantes clave, usuarios, representantes de sectores, etc.), que sólo por ello, por ofrecernos su tiempo, su información y sus conocimientos, se han convertido en nuestros colaboradores, y que, por tanto, el diagnóstico que realicemos será un patrimonio común.

**5.2. Análisis D.A.F.O**

Para facilitar el próximo paso, que consiste en la toma de decisiones, proponemos el siguiente cuadro:

**Cuadro 5.1.**  
**Análisis D.A.F.O (Debilidades. amenazas, fuerzas y oportunidades)**



El sentido común y el de la oportunidad nos orientarán sobre si lo más conveniente es comenzar por afrontar los obstáculos que pueden amenazar la existencia misma del proyecto ( - - ), o por el



contrario, lo mejor es comenzar por lo más fácil, siguiendo la máxima de que el éxito engendra éxito (++)).

En realidad lo que la confluencia de puntos positivos (++) refleja en muchas ocasiones son situaciones de consenso en las que los acuerdos y las medidas se adoptan automáticamente. Esto sólo puede ocurrir si están presentes en el análisis o debate evaluador las personas que efectivamente pueden tomar esas decisiones. Sería el caso, mencionado en el capítulo 3, de la evaluación del servicio de asistencia con la participación de todos los interesados. Si durante el debate de estudio surgen soluciones, aunque sean pequeñas y parciales, se pondrán en marcha sin esperar fases posteriores.

Digamos que cuando se realiza un buen trabajo de análisis y debate compartido con las personas adecuadas, no sólo estamos llevando a cabo el estudio de la realidad, sino también, indirectamente, interviniendo sobre ella produciendo los efectos de una supervisión.

Otra posibilidad de confluencia positiva es el caso en que se dispone de buenos resultados a partir del buen funcionamiento de un recurso y del buen uso que de él hacen los ciudadanos, pero que precisamente porque no da problemas no se percibe socialmente.

En estos casos sólo con recoger la actividad y difundirla es suficiente.

Siempre que sea posible recomendamos comenzar por donde haya posibilidades de éxito. El refuerzo positivo es bueno para todos, para el equipo promotor también. Lo mejor es practicar un oportunismo inteligente y sin complejos, siempre que no se olvide que nuestro mayor éxito es el éxito de los otros, que nosotros somos "los productores" de la película, no los "protagonistas".

## **6. Selección de objetivos, formulación de estrategias y planificación: Pensar antes de actuar**

---

Esta fase implica un proceso intenso de negociación y de toma de decisiones. Hay que negociar con todos aquellos cuya participación vaya a resultar importante para la realización del plan, formen o no parte de la estructura de la organización promotora. La tarea será más fácil cuánto mayor participación haya suscitado la propia investigación.

También es el momento de las decisiones políticas. La entidad patrocinadora tendrá que decidir, con nuestro asesoramiento, si dará prioridad a la prevención en el ámbito familiar, si intervendremos en la escuela, si colaboraremos con el dispositivo asistencial para mejorar su accesibilidad, qué papel jugará la incorporación social en nuestro plan, hasta qué punto está dispuesta la Corporación Local a implicarse en una tarea de coordinación que, aunque no supere sus competencias teóricas en el territorio, sí supere su capacidad ejecutiva (el Ayuntamiento sólo puede coordinar políticas que afectan a los servicios de otras administraciones y entidades siguiendo un modelo de influencia y de persuasión), qué postura adoptará el Plan frente a las drogas legales, las ilegales y las adicciones comportamentales, dónde se invertirán recursos propios y dónde habrá que intentar que otros lo hagan, etc.

Teniendo en cuenta la cantidad de actores implicados, sus distintos puntos de vista, sus intereses sectoriales etc., conviene no perder de vista el esquema que mencionamos en la introducción sobre las posibles opciones, cuando se determinen los objetivos y las estrategias:

Cuadro 6.1

<p><b>Inteligente</b></p> <p><b>TODOS GANAN</b></p>	<p><b>Malévola</b></p> <p><b>YO GANO Y TÚ PIERDES</b></p>
<p><b>Ingenua</b></p> <p><b>YO PIERDO Y TU GANAS</b></p>	<p><b>Estúpida</b></p> <p><b>TODOS PIERDEN</b></p>

Tampoco conviene engañarse: las decisiones políticas y estratégicas estarán más o menos influidas por el resultado del trabajo técnico previo realizado hasta ese momento, pero nunca serán, lo que podría denominarse, su consecuencia lógica sin más. Las cosas no funcionan así... afortunadamente. Porque en ese caso podríamos prescindir de los políticos, las decisiones se podrían adoptar de forma tecnocrática, y, ya puestos, prescindir de la Democracia en el nivel local. Los políticos locales decidirán las líneas estratégicas sobre la base de criterios que, a veces, podemos desconocer, no compartir o no entender.

La capacidad de influencia del trabajo realizado dependerá de su calidad técnica, pero también de la capacidad de provocar consensos que tenga.

En aquellos puntos donde se haya conseguido que diversos sectores afectados se pongan de acuerdo, será muy difícil que las autorida-

des locales no los refrenden con su apoyo. También dependerá de la confianza que el equipo promotor haya sido capaz de generar hasta ese momento en el Equipo de Gobierno o en quien tenga que tomar las decisiones.

Aunque los manuales no hablen de estas cosas, en esta fase se puede decidir el futuro del proyecto por una cuestión de confianza. La verdad es que por muy bien diseñado que esté un proyecto y calculadas sus posibilidades de éxito, ponerlo en marcha siempre representa una aventura que entraña ciertos riesgos. Por una parte, siempre supone comprometer una serie de recursos propios que no se podrán emplear en otra cosa, y por otra, a veces, algunos políticos juzgarán que entraña más riesgos intervenir que no hacerlo, sobre todo cuando se trata de un tema que no es de estricta responsabilidad municipal.

En relación con esos riesgos y amenazas -también el político ha de hacer su particular DAFO- una de las bazas con las que cuenta el político es la competencia del equipo promotor y la capacidad de provocar consenso -la mediación de la que habla el enfoque psicosocial- que haya demostrado hasta ese momento. Lo que implica que, muy probablemente a lo largo de la fase de estudio, el equipo promotor estará siendo a su vez evaluado por su capacidad técnica y por otros aspectos tales como la capacidad de entendimiento con los que toman las decisiones políticas, su prudencia, su tacto y su olfato diplomático. ¿Por qué? Pues porque para desarrollar el proyecto hay que entrar en contacto con los medios de comunicación, con autoridades de diverso rango, con políticos de diverso nivel, de partidos diferentes e incluso de diversos municipios cuando se trata de Comarcas o Mancomunidades, con asociaciones y líderes de opinión importantes de la localidad, y hay que hacerlo en nombre de la Entidad Local patrocinadora. Lo cual plantea además nuevas cuestiones como: ¿Quién forma a los técnicos promotores para ello? y ¿Saben siquiera éstos que están siendo evaluados en relación a semejantes aspectos?.

## **6.1 Planificar: pensar antes que actuar**

*Planificar implica racionalizar los procesos de intervención social, implica trazarse objetivos claros, buscar recursos, programar actuaciones... Kauffman (1992,68) define la planificación "como el proceso proactivo cuya intención es definir metas/fines y luego encontrar los medios para lograrlos". La planificación es prever cómo queremos que sea el futuro o prever cómo será e intentar modificarlo (Alvira, 2001).*

Con la planificación se ponen en juego los dos principios de los que hablábamos en el enfoque estratégico: **flexibilidad** (adaptación) y **control** (previsión). Lo que podemos prever hasta cierto punto es lo que depende de nosotros: nuestra organización, nuestros recursos, nuestros objetivos, etc., pero debemos ser cautelosos respecto a nuestra capacidad de pronosticar el futuro (a veces adivinaremos el curso que seguirán los acontecimientos y a veces no). Por ello no podemos fiarlo todo a una previsión exacta, debemos disponer de un plan suficientemente flexible y adaptable.

Con la planificación también llega el momento de recapitular el trabajo realizado hasta ahora para elaborar una respuesta racional al fenómeno de las (drogo)dependencias en nuestra ciudad desde la responsabilidad municipal. Una respuesta que se concretará en un Plan Municipal y que ha de aspirar a ser la mejor posible en este momento y con estos recursos.

¿Por qué un Plan? ¿Por qué no un programa como sugieren algunos Planes Autonómicos? Porque la complejidad del fenómeno, su carácter multidimensional y la necesidad de abordarlo desde la coordinación de diversos sectores, hacen aconsejable disponer de una serie de criterios y medidas en diversas áreas municipales. Estas medidas también deben estar coordinadas entre sí y con las de otros organismos y entidades, y todo eso requiere planificación.

Pero ¿Qué tipo de planificación? Pues básicamente se trata de elaborar un Plan que, conocido el fenómeno en la localidad y contextualizado en el marco de la realidad autonómica y nacional, fije la

posición de la Corporación Municipal en los diversos ámbitos que afectan al problema. No se trata de hacerlo todo, de tener programas en todos los ámbitos, ni mucho menos de invadir competencias de otras Administraciones, pero sí de disponer de una posición en todos y cada uno de ellos, y de elaborar programas y proyectos en aquellas áreas o sectores que se consideren oportunos.

¿Cómo elaborarlo? Conjugando la información y las recomendaciones procedentes de tres ejes o vectores que hemos desarrollado anteriormente y que resumimos a continuación:

1º) El Diagnóstico y la selección de prioridades.

2º) Los conocimientos teóricos, técnicos y prácticos acumulados en (drogo)dependencias sobre la intervención local en este campo.

3º) El papel actual de los municipios ante el problema.

1º) El trabajo que hemos realizado hasta este momento pone de manifiesto las características del fenómeno tal y cómo se manifiesta en nuestra localidad, así como cuales son las prioridades de actuación desde los distintos ámbitos y desde la perspectiva de los distintos sectores. También indica las prioridades político/estratégicas.

2º) El conocimiento técnico acumulado nos guiará en forma de recomendaciones sobre lo que hasta ahora se ha mostrado más eficaz, más recomendable, más viable, etc. para cada objetivo y circunstancia, como tendremos oportunidad de ver cuando diseñemos los programas. Hoy día hay suficiente consenso respecto a algunas de las características que deben presidir los planes en esta materia. Los planes deben ser: **Globales, integrados, coordinados, normalizados, participativos e intersectoriales.**

Por **global** se entiende que contemple el fenómeno en todas sus dimensiones: Reducción de la oferta, de la demanda y de los riesgos

añadidos mediante actuaciones preventivas, reinsertadoras y asistenciales.

**Integrado** hace referencia a que el conjunto de medidas que se programen para atender todas las dimensiones del problema se distribuyan en las distintas áreas municipales, se ubiquen en las distintas concejalías: Salud, Servicios Sociales, Juventud, Fomento de Empleo, Cultura, Deportes, Mujer, etc.

Precisamente el hecho de que las competencias estén repartidas en distintas áreas municipales y también extramunicipales obliga a contemplar la **coordinación** como un requisito indispensable de todo Plan. El Plan ha de prever una coordinación intramunicipal, con un referente técnico y otro político, y una coordinación que vaya más allá de la Corporación municipal de alcance interinstitucional, **intersectorial** y comunitario.

La **normalización** hace referencia a la necesidad de que los problemas relacionados con las (drogo)dependencias sean atendidos como cualquier otro problema social y de salud con los recursos normales con que se atiende al resto de la población. Se trata de evitar una segregación o marginación desde la propia dispensación de los servicios. Es un tema complejo cuya solución no depende solamente del sistema de atención a las drogodependencias, sino también de los servicios de Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales en lo que se refiere a la asistencia y la incorporación social, y a éstos mismos y a otros (Educación, Juventud, Deportes, Empleo, etc.), en lo que se refiere tanto a la reinserción como a la prevención. En el nivel local la clave de la solución de este problema vuelve recaer sobre la coordinación.

Por **participativo** se entiende el grado en que intervienen los diversos sectores y agentes sociales en el estudio de la realidad, en el diseño del Plan y de los programas, y en la evaluación. Conviene aclarar que el hecho de que el Plan sea participativo no quiere decir que todo el mundo participe en todo, ni que el método sea asambleario.

Como venimos diciendo a lo largo de todo el texto: la participación es un bien escaso que hay que administrar con sumo cuidado.

Respecto al modo y al grado de institucionalización de la participación existen también varias posibilidades, desde la creación de Consejos Locales sobre (Drogo)dependencias en los que participen todos los sectores implicados, como los que se proponen en "Municipios libres de drogas" (Melero, 1999), hasta la constitución temporal o permanente de comisiones o mesas de trabajo para temas concretos, así como la participación en foros o consejos sectoriales ya existentes de Salud o Bienestar Social. También es probable que cada uno de los programas que constituyen el Plan establezca su sistema de participación dependiendo del sector o de los sectores en los que opera. En cualquier caso hay que establecer un cauce de diálogo y colaboración con la iniciativa social específica (asociaciones vinculadas a la problemática) y ciudadana. El tipo de estructuras que se destinen a la coordinación y a la participación dependerá de cada Plan pero ha de tener en cuenta los ámbitos mencionados. En la "Guía para elaborar Planes Municipales de la Comunidad de Madrid" se señalan los ejemplos de dos Planes diferentes, los de Avilés y Salamanca, que ilustran lo que decimos:

El **Plan Municipal de Avilés** se estructura en torno a cuatro órganos:

*La Comisión Técnica para el Plan* se encarga de diseñar los programas, y establecer y coordinar actuaciones con otras administraciones. La forman los trabajadores de los servicios municipales con competencias sobre drogas y representantes de otras administraciones.

*El Consejo Sectorial para el Plan* tiene un carácter consultivo. Aporta información y propuestas y está formado por sectores profesionales de distintas administraciones y de las ONGs y asociaciones.



*La Comisión Informativa de Sanidad y Servicios Sociales que realiza el seguimiento del Plan y está formada por trabajadores de esta concejalía.*

*Un coordinador del Plan como órgano unipersonal adscrito a la concejalía de Sanidad y Servicios Sociales cuya misión es coordinar e impulsar las actuaciones previstas en el Plan.*

**El Plan Municipal de Salamanca** se estructura tan solo sobre dos estructuras organizativas:

*Un concejal responsable del Plan del que dependen un coordinador técnico y una oficina técnica para el desarrollo del Plan.*

*Una mesa consultiva en la que se da cabida a la iniciativa social (asociaciones, profesionales) pero también a otros órganos municipales y concejalías con reuniones cada dos meses y funciones informativas y de propuesta. (Alvira, 2001)*

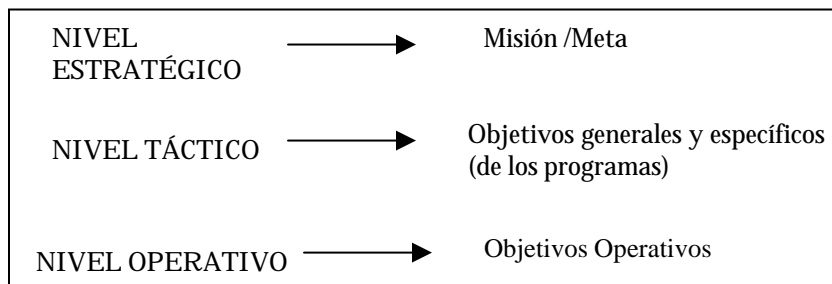
Tampoco está de más que tengamos en cuenta algunas de las recomendaciones técnicas que el enfoque actual de la Dirección Estratégica de Empresas (Bueno, 1993) formula respecto al proceso de planificación en las organizaciones:

- ✓ Que se procure la descentralización en la toma de decisiones.
- ✓ Que los responsables tengan un perfil más creativo que tecnocrático.
- ✓ Que el Plan tenga en cuenta el corto plazo, y no sólo el medio y el largo.
- ✓ Que disponga de una estrategia de comunicación, de un sistema de comunicación interno y externo.
- ✓ Que cuide la participación a lo largo de todo el proceso.

- ✓ Que no esté basado solamente en la previsionalidad, dando cabida a la flexibilidad y al oportunismo.

Como cualquier otro plan municipal debe estar estructurado en varios niveles con los que se corresponden objetivos de diferente grado de concreción y especificidad:

Cuadro 6.2



En el nivel de planificación general (que se corresponde con el Estratégico) debemos establecer el/los objetivos en grado de Misión o Metas que indican el lugar o la situación a la que se dirige el Plan. Deben ser congruentes con la Misión de la institución, es decir del Ayuntamiento y de la Delegación donde esté ubicado. Su formulación hará referencia probablemente a la promoción de la salud y/o al bienestar social. El Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias debe estar integrado dentro de la política general de Bienestar social, es más, debe convertirse en uno de sus ejes de desarrollo.

Es conveniente tener en cuenta que lo que hemos señalado como características del Plan en su mayoría son objetivos de proceso. El cumplimiento de estas características u objetivos no producen como resultado ninguna acción preventiva o reinsertadora, pero cuando vemos naufragar algunos programas que se centran en esas áreas y cuyo diseño es teóricamente correcto, casi siempre encontraremos fallos en el nivel superior de los objetivos de proceso del Plan o en el procedimiento de aplicación, como veremos más adelante.

En el nivel táctico se sitúan los programas (según Alvira también los proyectos) a los que corresponden objetivos generales y específicos. Según F. Alvira (Alvira, 2000) un objetivo general se formula a un nivel temporal más corto y se especifica más lo que se quiere conseguir que en el caso de las metas o misiones. No tiene necesariamente que ser formulado en términos medibles. Debe ser congruente con la misión y los objetivos específicos y proporcionar la dirección hacia la que se encamina el programa. Los objetivos específicos se formulan sin ambigüedades y deben ser: específicos, medibles, con referencia temporal, concretando la población destinataria y los resultados esperados. Los objetivos operativos se corresponden con el nivel de las actividades.

En cuanto a los programas que componen el Plan, deben estar inscritos en las diversas áreas municipales, de manera que, por ejemplo, la línea de prevención relacionada con las alternativas de ocio y tiempo libre alternativo o incompatible con el uso de drogas y otras dependencias, estará ubicada en las áreas de Juventud y/o Cultura, mientras que el programa destinado a fomentar una red de recursos para la reinserción social dependerá de los Servicios Sociales.

3º) En cuanto al papel que actualmente tienen los municipios respecto a las (drogo)dependencias, es muy importante que la Corporación haya establecido su posición para poder adoptar y mantener una línea política y estratégica coherente en el tiempo.

El nivel más amplio de la cuestión se sitúa en el debate sobre el papel que deben jugar los municipios en relación con el Bienestar Social. Todo el mundo está de acuerdo en destacar la función que desempeñan como Administración más próxima al ciudadano, y también hay cierto reconocimiento de la escasez de recursos de que disponen para el desempeño óptimo de esas tareas.

Sobre lo que no hay tanto acuerdo es sobre el alcance y forma que ha de adoptar el llamado "Pacto Local" como fórmula que ha de remediar esta situación: ¿Se trata de un aumento puramente cuantitativo de recursos destinados al nivel local?

¿Es una nueva distribución del Presupuesto Nacional en lo que respecta a las tres Administraciones del Estado? o ¿Se trata de completar el proceso de descentralización del Estado (aproximando el poder a los ciudadanos) que el establecimiento de las Autonomías no ha producido por sí mismo de manera automática?

El segundo nivel tiene que ver con el papel que la Administración local debe jugar en relación con las otras Administraciones del Estado en lo que se refiere a competencias, responsabilidades y participación en la toma de decisiones (estratégicas y de distribución económica) que afectan a la política general sobre (drogo)dependencias de este país. Existe cierto consenso sobre cuales son las áreas de intervención más específicamente municipales: la prevención y la reinserción, (aunque muchos intervienen en asistencia), pero no tanto quizá sobre otros aspectos.

La posición política que adopte la Corporación en relación con estos temas determinará también su planificación. Ha habido posturas muy diferentes; desde Ayuntamientos y Diputaciones que históricamente han asumido la asistencia en sus territorios y la mantienen, hasta los que piensan que en la situación actual no se pueden hacer correctamente las cosas y prefieren inhibirse, intervenir sólo cuando las competencias son muy específicas, o mantener una posición de presión para el cambio. Sin entrar a juzgar ninguna de las posiciones políticas que se puedan adoptar, lo que sí resulta necesario para la elaboración de un Plan coherente (independientemente de lo ambicioso de sus planteamientos) es que sea una postura explícita y clara. Las dudas sobre cual debe ser el nivel de compromiso en ésta materia no harán más que enturbiar las decisiones estratégicas necesarias para elaborar un buen Plan.

Posteriormente la posición de la corporación deberá ser no sólo explícita sino también pública, ya que en algún momento tendrá que producirse la aprobación del Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias de la localidad en el Pleno del Ayuntamiento.



## **7. La programación: los contenidos del Plan Municipal de (Drogo)dependencias**

---

Para programar también debemos combinar información de diversas fuentes, pero con un grado de concreción mucho mayor que en el nivel anterior correspondiente a la planificación.

- 1º) Información técnica sobre (drogo)dependencias. Debemos disponer de información técnica actualizada (o saber donde encontrarla) sobre cada uno de los campos de intervención clásicos en (drogo)dependencias: Prevención, asistencia, reinserción, reducción de riesgos y daños y reducción de la oferta. Debe ser una información científica pero manejable y aplicable a nivel local.
- 2º) El diagnóstico y la selección de objetivos y prioridades. El diagnóstico debe habernos proporcionado información sobre dónde están los mayores problemas de la localidad en este sector, cuál es la percepción social y cuáles son los recursos disponibles y potenciales.
- 3º) Información sobre las áreas, servicios y programas municipales y no municipales con competencias en la materia. Una vez conocidos los objetivos y criterios técnicos y desglosados por áreas de intervención, podemos contemplar como encajarían en los servicios y programas que tenemos en la localidad o si

hay que crear alguno nuevo. El resultado será conocer qué se está haciendo (desde una óptica de (drogo)dependencias), qué se puede mejorar con poco esfuerzo, qué cosas importantes quedan por hacer, y, sobre todo, saber con quién tenemos que contar para realizar cada una de esas tareas.

De la calidad de la información obtenida en estos tres ejes y de su adecuada combinación dependerá en gran medida la idoneidad de los programas. La excelencia de los programas depende de que se adapten perfectamente a la realidad local manteniendo un elevado nivel técnico (sobre la base de los conocimientos actuales). No creo que se puedan separar por una parte la calidad técnica del programa y por otra su aplicación. Diseñar un programa municipal es como diseñar un edificio, hay que tener en cuenta -en el propio diseño- el terreno y el entorno, si no queremos correr el riesgo de que se caiga o no le guste a nadie.

Hablar de programas es hablar de contenidos y para aproximarnos al contenido de las políticas y los programas sobre (drogo)dependencias, quizá la primera pregunta que debemos contestar sea cómo adaptar la estrategia global sobre drogodependencias (de ámbito europeo, nacional, autonómico) al ámbito local.

Una primera clasificación de las políticas o estrategias sobre drogodependencias es aquella que distingue entre la reducción de la oferta, la reducción de la demanda y la reducción de riesgos y/o daños asociados al consumo.

En la REDUCCIÓN DE LA OFERTA debemos incluir todas aquellas medidas destinadas a limitar o dificultar la disponibilidad y la accesibilidad de las drogas y de las actividades con capacidad potencial de crear adicción. Hay que incluir en este capítulo la estrategia destinada a la lucha contra el narcotráfico, pero también el incremento del precio, la prohibición o limitación de la publicidad y promoción de las drogas legales, así como las normas que restringen su consumo en espacios públicos, los puntos de venta y la edad para comprar o acceder a los locales de venta, etc. Resulta

evidente que muchas de estas medidas superan ampliamente el ámbito competencial de las administraciones locales dependiendo de autoridades nacionales o autonómicas, pero existen otras en las que sí pueden intervenir mediante las ordenanzas municipales o vigilando el cumplimiento de la normativa.

También "*desde la comunidad puede reforzarse esta actuación, a partir de la asunción activa por parte de los ciudadanos y las ciudadanas de su responsabilidad social, denunciando el incumplimiento de las leyes cuando se produzca (publicidad, venta de alcohol y tabaco a menores, etc.)*" (Melero, 1999).

La existencia misma de drogas ilegales señala el límite de esta estrategia, ya que no por prohibirlas se consigue su erradicación total. Por eso es considerada como una estrategia complementaria de la basada en la reducción de la demanda.

LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y/O DAÑOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS abarcan todo un abanico de problemas de salud, sociales y de seguridad que a veces entrañan un riesgo o un daño mayor que el propio consumo, como son los casos de provocar un accidente por conducir en estado de embriaguez o contraer/contagiar una enfermedad grave por compartir jeringuillas, por poner dos ejemplos relacionados con una droga legal y con otra ilegal respectivamente.

Dentro de las estrategias de REDUCCIÓN DE LA DEMANDA habría que contemplar todo un conjunto de medidas enmarcadas en las áreas de **Prevención, asistencia y re-incorporación social** orientadas a disminuir la dependencia, el abuso e incluso el interés -como afirma Melero- de los individuos y los grupos por el consumo de drogas y a propiciar estilos de vida saludables.

Hablando de los objetivos de la política sobre drogas en el ámbito local, el mismo autor afirma que: "*Es en este nivel (el de disminuir el interés por las drogas y fomentar estilos de vida sanos) en el que vamos a centrarnos, por ser el más relacionado con la vida cotidiana de nuestros pueblos y ciudades; por ser aquél en el que los ciudadanos y*



*ciudadanas pueden realizar aportaciones más constructivas"* (Melero, 1999).

Cada una de estas grandes áreas puede desarrollarse a través de varias líneas estratégicas que desarrollaremos a continuación y de entre las cuales elegiremos las que mejor se adapten a las características de nuestro municipio y de nuestros problemas. Pero además conviene no olvidar que hay dos líneas de trabajo que no debemos confundir con los contenidos de los programas. Me refiero a la participación social y a la colaboración con los medios de comunicación. Desde nuestro punto de vista estos dos elementos hay que tenerlos siempre presentes, independientemente del contenido que demos al Plan y los programas, y de que dispongamos o no de programas específicos para desarrollar con los medios de comunicación y en el medio comunitario. Queremos decir que por modesto que sea nuestro Plan y por poco interesados que estemos en la publicidad, siempre tendremos que tener presente la participación de las personas que se consideren implicadas en el problema y a los medios de comunicación locales. El argumento positivo es que ambos forman parte de la configuración social del problema y por tanto también de las soluciones; el argumento negativo es que si no los tenemos en cuenta, en un tema tan sensible socialmente como éste, pueden desbordarnos en cualquier momento.

Hay un instrumento técnico, propuesto originalmente por M. Coulombé para la aplicación de un programa de prevención, que puede sernos muy útil para cualquier programa de ámbito local, cuyo nombre es "La caja de herramientas" (Coulombé, 1993). Nos parece una idea muy sugerente disponer de un conjunto de herramientas, porque cuando sólo poseemos una herramienta, un martillo por ejemplo, demasiadas cosas nos parecen clavos. Hace veinte años la herramienta principal de que se disponía era la "campaña de información", de manera que todos los problemas relativos a la prevención del uso problemático de drogas se abordaban a "martillazos" de campañas. La experiencia demostró que no sólo no era la herramienta adecuada para todo, sino que a veces era contraproducente su uso indiscriminado.

Su principio básico consiste en poner en relación varios elementos en función de un objetivo específico. De una parte tenemos los distintos agentes (profesores, padres, adolescentes, técnicos de diversas áreas, etc.) que pueden participar en la acción o proyecto preventivo, reinsertador o facilitador de la asistencia, y de otra, las dimensiones que pueden influir en la participación concreta de cada uno de los agentes o sectores: información (saber), motivación (querer) y facilitación de la acción (poder). Ambas han de combinarse de la mejor forma posible para alcanzar el objetivo que previamente hayamos definido: implantar un programa de prevención en la escuela, crear una red de recursos para la incorporación social o facilitar el acceso a los recursos asistenciales a aquellas personas que por diversos motivos no acuden.

El esquema sería el siguiente:

	<b>Jóvenes</b>	<b>Padres</b>	<b>Profesores</b>	<b>Mediadores</b>
<b>Saber</b>				
<b>Querer</b>				
<b>Poder</b>				

La forma de ir rellenando el contenido de esas casillas y de otras tantas que podemos inventar según nuestras necesidades es formulándonos una serie de preguntas sobre los agentes (sectores) y sus necesidades en relación con el objetivo de nuestro proyecto. Veamos algunos ejemplos:

En primer lugar, imaginemos que se trata de un programa de prevención a desarrollar en la escuela, en el que vamos a contar con los actores que aparecen en el cuadro (jóvenes, padres, profesores e interventores comunitarios). Las preguntas pertinentes serían de la siguiente índole:

¿Qué necesitan los **JÓVENES** a nivel de saber, querer y poder?

**SABER.** La juventud necesita una información objetiva sobre las drogas, sobre sus aspectos positivos y negativos. Es importante que cuestionen sus creencias y sus prejuicios.

**QUERER.** Hacen falta materiales que ayuden a los jóvenes a reflexionar sobre sus necesidades, sus valores y su manera de tomar decisiones.

**PODER.** La juventud necesita medios prácticos para poner en marcha sus decisiones y mantenerlas incluso en condiciones de presión.

### ¿Qué necesitan **LOS PADRES**?

**SABER.** Información objetiva. Desmitificar el fenómeno de las (drogo)dependencias en la adolescencia.

**QUERER.** Hay que devolverles la confianza en su capacidad para educar y proteger a sus hijos de las (drogo)dependencias. Se les ha dicho que todo ocurría antes de los 6 años y se lo han creído.

**PODER.** Necesitan herramientas que les ayuden a iniciar y mantener el diálogo con sus hijos. La calidad del diálogo padre-hijo es un elemento clave en la prevención de las (drogo)dependencias.

### ¿Qué necesitan los **PROFESORES**?

**SABER.** Necesitan disponer de información objetiva adaptada a los distintos niveles educativos, pero también de técnicas activas para favorecer la toma de decisiones y a resistir la presión del grupo en los alumnos.

**QUERER.** Necesitan disponer de mecanismos de apoyo. A veces los alumnos les confían sus problemas y ellos se sienten incómodos.

PODER. Necesitan material educativo completo y actualizado (Coulombé, 1993).

Desarrollar lo que necesitarían los **mediadores sociales** resultaría demasiado extenso para los propósitos de este ejemplo.

En segundo lugar, supongamos que el objetivo es el mencionado de crear una red local para la incorporación social de (drogo)dependientes y nos estamos planteando como uno de los agentes o sectores a los pequeños empresarios de la localidad. En primer lugar nos preguntaríamos qué necesitan **saber** para convertirse en un posible destino de reinserción. Probablemente necesitarían información sobre el programa, sobre el compromiso que les supondría su participación, sobre el nivel de responsabilidad, las ventajas, etc. En segundo lugar, en el terreno del **querer** tendríamos que plantearnos elementos motivadores o formas de remover prejuicios y temores. Pueden recibir una gratificación económica, disponer de un aprendizaje gratis, recibir el reconocimiento simbólico del Ayuntamiento y de la comunidad, etc., y también hay que ofrecerles garantías sobre el funcionamiento del programa y los candidatos para participar en su empresa (en una sociedad cada vez más anónima las referencias fiables son muy valiosas). Finalmente en el área del poder habría que despejar los obstáculos y trabas que dificultan la incorporación de la empresa a la red, por ejemplo problemas burocráticos, administrativos y laborales.

En el caso de que se trate de promover un programa de prevención en la escuela, las preguntas habría que formularlas en relación con las necesidades informativas, motivadoras y de acción respecto a padres, profesores, alumnos, personal no docente, etc.

En cierto modo la Caja de Herramientas también resulta útil para diagnosticar los materiales de que disponemos en cada una de las dimensiones para cada uno de los sectores. Es frecuente que lo que más abunde sea material informativo, a pesar de que todos sabemos que la información por sí sola no produce ningún cambio.

## **7.1. Programar: Comenzar por organizar la mente**

Por otra parte Ander-Egg nos propone diez preguntas cuyas respuestas pueden ayudarnos a organizar nuestra mente con el propósito de elaborar un programa.

*"Programar es un procedimiento para introducir organización y racionalidad en la acción con el propósito de alcanzar determinados objetivos. De alguna manera, en la vida cotidiana y aún en las acciones más individuales, se suele intentar organizar las actividades con una cierta racionalidad". (Ander-Egg, 1989)*

Según Ander-Egg, desde el punto de vista operativo esto comporta dar respuesta a diez cuestiones básicas:

QUE	se quiere hacer	Naturaleza del proyecto
POR QUÉ	se quiere hacer	Origen y fundamento
PARA QUÉ	se quiere hacer	Objetivos, propósitos
CUÁNTO	se quiere hacer	Metas
DÓNDE	se quiere hacer	Localización física
COMO	se va hacer	Actividades y tareas. Metodología
CUÁNDO	se va a hacer	Calendario
A QUIÉNES	va dirigido	Destinatarios
QUIENES	lo van a hacer	Recursos Humanos
CON QUÉ	se va a hacer	Recursos materiales y financieros

---

## **8. Programación I: Los programas de prevención**

---

Para poder abordar coherentemente este área desde cualquier ámbito territorial (ciudad, pueblo, barrio, distrito, mancomunidad) es necesario tener presente una serie de factores. En primer lugar debemos partir de una definición concreta de prevención. Dependiendo de la definición que adoptemos seleccionaremos unas estrategias u otras y consecuentemente unos programas u otros (nos referimos al contenido real, no a la definición formal que puede ser más o menos brillante). En la actualidad se tiende a considerar objetivos de la prevención los problemas derivados del consumo de drogas, ya sean la dependencia misma de las sustancias u otros problemas de salud y sociales asociados al consumo de drogas. A los que habría que añadir, según nuestra propuesta, los problemas relativos a las adicciones conductuales. Después hay que identificar cuáles son los llamados factores de riesgo y de protección, ya que, en ésta como en muchas otras conductas humanas, no podemos hablar de factores causales en un sentido determinista. Las grandes líneas de trabajo que pretenden el fortalecimiento de los factores de protección y la disminución de los factores de riesgo, basadas en teorías y técnicas contrastadas, constituyen las llamadas estrategias de prevención. Las estrategias de prevención se concretan en programas que han de dirigirse a poblaciones concretas (niños, adultos, etc.) a través de ámbitos concretos de actuación (escolar, laboral, familiar, ocio y tiempo libre, etc.).

Finalmente los programas para que puedan considerarse técnicamente correctos deberán observar una serie de requisitos en su elaboración y ejecución.

Resumiendo, a la hora de programar la prevención en nuestro municipio los elementos a tener en cuenta son los siguientes:

- 1º) Adoptar una definición de prevención que esté dentro del marco general de la política sobre (drogo)dependencias de nivel nacional y autonómico y que encaje con nuestros objetivos y prioridades como institución local.
- 2º) Conocer los factores de riesgo y de protección y seleccionar aquellos sobre los que vamos a intervenir teniendo en cuenta nuestras prioridades, necesidades y posibilidades.
- 3º) Conocer y seleccionar las estrategias preventivas más acordes con los problemas sobre los que deseamos intervenir, integrándolas transversalmente en los planes, programas y servicios municipales que les correspondan.
- 4º) Definir lo más específicamente posible las poblaciones destinatarias de los programas. Mientras más definidas estén más se podrá afinar en los objetivos y más fácil será seleccionar el ámbito de actuación.
- 5º) Seleccionar los ámbitos de actuación. En la elección de los ámbitos de actuación (consecuentemente también de las poblaciones) intervienen muchos factores. De una parte, están las necesidades y demandas detectadas, pero de otra estarán la forma en que la autoridad local interprete los ámbitos de competencias y las prioridades en el municipio (por ejemplo, puede haberse detectado una gran demanda de intervención preventiva en el medio escolar, pero la Corporación municipal puede considerar que quien tiene que intervenir en primer lugar no es el Ayuntamiento, sino los miembros de la comunidad escolar y las autoridades educativas). Los ámbitos se pueden corresponder aproximadamente a las concejalías por

lo que pueden señalar la necesidad de intervención de cada una de ellas, cumpliendo así también con el criterio de normalización. Lo ideal es que cada ámbito se aborde desde el área o concejalía que le correspondería naturalmente.

Finalmente los programas deberán ajustarse a ciertos principios, criterios y procesos metodológicos sobre los que existe suficiente consenso actualmente (Grupo de Trabajo Interautonómico, PNSD, 1996). Veamos a continuación más detenidamente cada uno de estos apartados.

### **8.1. Definiciones de prevención**

En la publicación del Plan Nacional sobre Drogas "Servicios Sociales y Drogodependencias" se plantea la finalidad de la prevención como:

*"Evitar la aparición de problemas relacionados con los consumos de drogas, para lo que consecuentemente habrá que evitar los consumos nocivos de drogas".*

Y se añade lo siguiente:

*"Desde un punto de vista que respeta las decisiones personales en torno al consumo y acepta la realidad de una sociedad en la que las drogas están presentes y juegan un importante papel, pero a la vez siendo coherentes con la finalidad expresada, podemos establecer los siguientes objetivos:*

- \* Reducir la demanda de drogas.*
- \* Reducir la oferta y promoción de drogas.*
- \* Reducir otros riesgos asociados al consumo de drogas"*  
(Castanyer, 1998).



En todo momento hay que tener en cuenta que la mayoría de las definiciones no contemplan las adicciones conductuales, por lo que habría que buscar la forma de añadirlas a esas formulaciones.

En la publicación de Edex "Municipios libres de drogas", aparece la siguiente definición:

*"La prevención se plantea como objetivo general promover estilos de vida que hagan a las personas y los grupos sociales menos proclives a involucrarse en relaciones problemáticas con las drogas" (y en conductas adictivas, podría añadirse en este caso) (Melero, 1999).*

Quizá los dos aspectos más relevantes actualmente de muchas de las definiciones como las anteriores sean, por un lado, su amplitud, que al menos en la primera de ellas identifica la prevención con el objetivo general de toda la política sobre drogas (aunque seguirían faltando otras dependencias) y, por otro, la acentuación de que lo que hay que prevenir es lo problemático del consumo (o la conducta), no el consumo en sí mismo.

En verdad, más que una definición formal, lo importante es tener ideas claras de sobre qué se desea intervenir, ya que esos conceptos se convertirán en objetivos del Plan. Por ejemplo: ¿Se desea intervenir sobre todas las drogas sean legales o ilegales? ¿Se desea intervenir sobre las adicciones comportamentales? ¿Se está dispuesto a abordar una política de reducción de riesgos y daños o solamente se apoyarán iniciativas que contemplen la abstinencia como objetivo y exigencia? Un **factor de riesgo** es definido como un atributo individual, una condición situacional, ambiente o contexto que incrementan el riesgo del uso problemático o abuso de drogas.

## **8.2. Factores de riesgo y factores de protección**

Un factor de protección es aquel atributo individual, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad del uso problemático de drogas.

Al igual que en el caso de las definiciones de prevención habría que incluir los factores de riesgo y de protección en relación con las adicciones comportamentales.

Desde una perspectiva ecológica y multicausal existe una gran diversidad de factores que determinan la relación entre el individuo y su entorno, y, por tanto, también explican las causas del consumo de drogas. Tanto en el ámbito más personal como en el ámbito macrosocial más genérico, pasando por otros intermedios, podemos encontrar factores o indicadores que pueden influir positivamente o negativamente en el uso de drogas. Veamos la clasificación que aportan M. Castanyer y otros; (1998), según los diferentes niveles:

**Personal:** autoestima, autonomía, capacidad de resolución de conflictos, sistema de valores, autocontrol, actitudes, estilo de vida, etc.

**Familiar:** modelo de referencia (estilo de vida familiar), estilo educativo (control, normas, protección...) y relaciones familiares (comunicación, clima familiar, etc.). La calidad de la relación del adolescente con sus padres parece ser uno de los elementos más significativos.

**Escuela:** modelo de referencia (comportamiento y actitudes del profesorado), estilo educativo (normas, control, mensajes...), relaciones en el aula y en el centro educativo.

**Grupo de amigos:** modelos de consumo dentro del grupo, presión que ejerce el grupo, las relaciones dentro del grupo (liderazgo, dependencia), estilo de ocio, etc.

**Comunidad (barrio/municipio):** ubicación, ámbito urbano o rural, tipo de economía y transformaciones económicas, tipo de población, estilo comunitario, relaciones entre vecinos, participación en los problemas, etc.

**Sociedad:** sistema de valores socioculturales, relaciones sociales, actitudes sociales, normas, medios de comunicación, etc.

Hay otros factores más circunstanciales relacionados con momentos de crisis, de estrés psicosocial, de frustraciones, de pérdidas, etc. y determinadas etapas de la vida de intenso cambio o de experimentación como en la adolescencia. No existe una clasificación única y consensuada sobre los factores de riesgo y de protección, pero tampoco hay grandes contradicciones entre unas y otras. La que proponemos a continuación está basada en la que nos ofrece la misma autora, complementada con aportaciones de otros autores como F. Alvira (Alvira, 2000) y J.C. Melero (Melero, 1999) o J. Carrón (Carrón, 1995).

### ***Niveles ecológicos de los factores de riesgo y protección***

NIVEL PERSONAL	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de Autonomía</li> <li>▪ Rechazo emocional y afectivo</li> <li>▪ Bajo autoestima</li> <li>▪ Carencia de h. Trabajo en grupo</li> <li>▪ Dificultad manejo ansiedad</li> <li>▪ Escaso sentido crítico</li> <li>▪ Sistema de valores negativo</li> <li>▪ Falta de Autocontrol</li> <li>▪ Poca tolerancia frustración</li> <li>▪ Ausencia de alternativas de ocio</li> <li>▪ Estilo de vida poco saludable</li> <li>▪ Escasas habilidades para afrontar problemas, resolver conflictos, decisiones</li> <li>▪ Falta de responsabilidad para su edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autoestima-control</li> <li>▪ Apoyo emocional percibido</li> <li>▪ Habilidades de comunicación</li> <li>▪ Valoración positiva de las relaciones</li> <li>▪ Tolerancia a la frustración</li> <li>▪ Conocimiento de recursos sociales y de ocio</li> <li>▪ Existencia de centros de interés</li> <li>▪ Habilidades y talentos especiales</li> </ul>

---

 MICROSISTEMA
 

---

## FACTORES DE RIESGO

**Familia**

- Estilos educativos  
Sobreprotector  
Represivo  
Indiferente
- Faltan refuerzos socializadores
- Falta atención emocional
- Modelos de comportamiento inadecuados: consumismo
- Clima familiar negativo
- Conflictos entre los padres que repercuten en la educación (desacuerdo)
- Confusión o mal reparto de roles
- Estilo comunicacional contradictorio

## FACTORES DE PROTECCIÓN

**Familia**

- Estilo educativo adecuado: Reforzador
  - Modelos de comportamiento adecuados (saludables)
  - Comunicación afectiva y afectiva
  - Coherencia entre los padres
  - Clima positivo (seguridad, confianza, hablar con libertad)
  - Estructura clara de roles
  - Autonomía de los miembros
  - Apego y pertenencia
  - Realización de tareas conjuntas
  - Lazos con la escuela
- 

---

 AMIGOS-GRUPO DE IGUALES
 

---

## FACTORES DE RIESGO

- Búsqueda de identidad
  - Imitación grupo
  - Modelos marginales
  - Clima inadecuado
  - Debilidad frente a la presión
  - Excesiva dependencia
- 

## FACTORES DE PROTECCIÓN

- Clima de grupo positivo
  - Integración gratificante
  - Modelos adecuados
-

---

 MESO-EXOSISTEMA
 

---

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<b>Trabajo</b>	<b>Trabajo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desempleo</li> <li>▪ Falta de capacitación profesional y laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oferta formativa</li> </ul>
<b>Ocio</b>	<b>Ocio</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ocio poco creativo</li> <li>▪ Consumismo</li> <li>▪ Estilo de ocio no saludable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alternativas de ocio saludable</li> <li>▪ Oferta/conocimiento recursos</li> <li>▪ Existencia de recursos para la integración social</li> </ul>

---

 MACROSISTEMA
 

---

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<b>Sociedad</b>	<b>Sociedad</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presión hacia el consumo</li> <li>▪ Sistema de valores dominante (hedonismo)</li> <li>▪ Publicidad para el consumo</li> <li>▪ Ausencia de alternativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Políticas integrales</li> <li>▪ Programas de prevención</li> </ul>

---

### **8.3. Estrategias preventivas**

Como es natural las diversas estrategias preventivas estarán dirigidas a reducir los factores de riesgo y a potenciar los factores de protección a todos los niveles posibles, aunque desde el ámbito municipal resultará más fácil desarrollar unas que otras, como es el caso de la estrategia comunitaria que prácticamente sólo se puede abordar desde este ámbito.

Después de revisar varias clasificaciones nacionales e internacionales sobre estrategias de prevención y centrándonos básicamente en la denominada reducción de la demanda hemos conseguido distinguir las siguientes líneas estratégicas preventivas diferenciadas:

1º) Todo el mundo parece respetar la existencia de una línea de trabajo puramente **informativa** sobre las drogas (y actividades potencialmente generadoras de adicción) y sus efectos, siempre y cuando se cumplan determinadas condiciones: a) Ofrecer datos objetivos y veraces, b) huir de la falta de concreción y c) que la información facilitada esté de acuerdo con el nivel de la población objeto. Cuando no se cumplen estos requisitos y las campañas se basan en la exageración o en el miedo, pueden tener un efecto contrapreventivo o simplemente ineficaz. Ineficaz pero caro, lo que redundará en perjuicio de todos.

Por otra parte hay que valorar de forma más ecuánime la importancia relativa de los consumos de las drogas legales, de las drogas ilegales y de las llamadas adicciones conductuales, porque no en todos los casos hay que actuar informativamente de igual manera de cara a la sociedad. Unos problemas necesitan mayor sensibilización de la población (aquellos casos en los que la sociedad es más tolerante), y otros, en cambio, requieren un esfuerzo de desdramatización (aquellos casos en los que la sociedad responde con alarmismo). Es importante afinar en estos temas, ya que, a veces, se ha añadido leña al fuego tratando de "sensibilizar" a una población ya alarmada, o se ha confundido la normalización con la trivialización. El objetivo no puede ser el de normalizar el fenómeno en la línea de otros problemas sociales que han acabado por ser imperceptibles para la sensibilidad social.

2º) Otra línea de trabajo que goza de consenso general es la generación de actividades y recursos socioculturales de ocio y para el tiempo libre incompatibles o **alternativos al consumo de drogas**. *"El recurso compulsivo a las drogas se impone allí donde otras fuentes de gratificación se muestran deficitarias"* (Melero, 1999).

3º) **El enfoque evolutivo** se centra en la dinámica familiar durante la socialización y en la escuela. *"Todos los planes preventivos existentes en nuestro país, destacan el carácter prioritario del trabajo a realizar con los padres... que buscan en esencia reforzar la competencia de padres y madres para tutelar el acceso de los hijos a la autonomía"* (Melero, 1999).

4º) Otro enfoque va dirigido específicamente a la **adquisición de información, aptitudes (habilidades) y actitudes** por parte de niños y jóvenes destinadas a mejorar la competencia de éstos frente a su propia salud y ante el consumo problemático de drogas. Esta estrategia está compuesta por un abanico muy grande de ofertas formativas basadas en la educación de la afectividad (autoestima, autoconocimiento, sentimientos, actitudes, creencias, valores, etc.) y en la adquisición de habilidades sociales y/o "para la vida" (comunicación, toma de decisiones, resistencia a la presión de grupo, asertividad, expresión de sentimientos, habilidades de afrontamiento, etc.). También habría que incluir en la oferta formativa aquella que desarrolle la afición por actividades deportivas, culturales, sociales, etc., porque de nada servirá la mera existencia de recursos de este tipo en la comunidad si no son utilizados por quienes más los necesitan.

Los programas y actividades que componen esta estrategia se desarrollarán fundamental, pero no exclusivamente, en el medio escolar.

5º) El último gran enfoque es el que podríamos denominar comunitario, que de alguna forma es una suma coordinada de todos los anteriores concentrados sobre una comunidad concreta. En este sentido se trata quizá más de una metodología para optimizar recursos y resultados (participación, coordinación, intersectorialidad) que una estrategia preventiva. Pero, por otra parte, dispone de estrategias preventivas específicas: Formación de mediadores sociales para la prevención y el trabajo con líderes sociales, colectivos, entidades y medios de comunicación para modificar la percepción sociocomunitaria de las (drogo)dependencias y promocionar la salud.

También existen clasificaciones que consideran la reducción de la oferta, la reducción de la demanda y la reducción de riesgos, como objetivos generales de los que a su vez derivan objetivos específicos cuyo cumplimiento dependen de estrategias específicas. La que reproducimos a continuación está basada en la que aparece en "Servicios Sociales y Drogodependencias".

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
Reducir la demanda de drogas	Desarrollar individuos maduros y responsables ante las drogas Desarrollar estilos de vida saludables Promocionar alternativas de ocio  Fomentar la participación de los individuos  Promover valores sociales relacionados con actitudes saludables y positivas Reducir la imagen social positiva del consumo de alguna droga	Desarrollo de habilidades personales y sociales Educación socioafectiva Educación para la salud Generar alternativas de ocio  Sensibilización y formación de mediadores y de población general Sensibilización social
Reducir la oferta y promoción de drogas	Limitar la disponibilidad de drogas	Limitación de publicidad y venta
Reducir otros riesgos asociados al consumo	Detectar patologías y riesgos  Prevenir el contagio y la transmisión de enfermedades  Mejorar la calidad de vida y la competencia Minimizar tensiones y estrés ambiental	Programas de reducción de daños Generación de alternativas y de estilos de vida alternativos Adquisición de habilidades sociales Resolución de conflictos

(Castanyer, 1998).



## **8.4. Las poblaciones destinatarias**

Es evidente que dirigir los esfuerzos preventivos a unos sectores de población o a otros, a unas edades u otras, pueden hacer cambiar las estrategias a seguir. Por ejemplo, no es lo mismo dirigirnos a niños en una franja de edad en la que no es nada probable que hayan consumido drogas que a otra en la que se suele producir la experimentación.

En relación con la población conviene distinguir algunos conceptos que encontraremos con frecuencia al hablar de prevención. Por una parte tenemos la población general (toda la población) y la población en riesgo (la que desarrolla determinadas pautas de riesgo o posee determinados factores de riesgo), y por otra la que se denomina población última destinataria (a la que se dirige la acción preventiva) y población mediadora de la intervención (padres, educadores, mediadores sociales, etc.)

En cuanto a las etapas o franjas, aunque no existe una clasificación universalmente aceptada, F. Alvira habla de determinados umbrales reconocidos importantes para la relación que se establece con las drogas. Son los siguientes:

*Edad de inicio que se sitúa como media en torno a los 12/13 años.*

*Etapas de experimentación entre los 12/13 y los 16/17 años.*

*Etapas de cristalización de pautas de consumo que coincide con la adolescencia y continúa con la juventud, puede prolongarse hasta los 30 años (Alvira, 2001).*

Existen otras franjas de edad más avanzadas que son relevantes sobre todo para el abuso y la dependencia del alcohol y del tabaco. También para el abandono del consumo.

Los programas de prevención establecen criterios de intervención diferentes dependiendo de la franja de edad y de los factores de

riesgo: Retraso en la edad de inicio del consumo o la experimentación, que la experimentación no se convierta en hábito, consumo responsable, disminución de riesgos y daños, etc.

Otra manera de ver la cuestión es dependiendo del ciclo familiar y no sólo de la edad de los individuos. Desde el punto de vista clínico se observa que existen determinados momentos del ciclo familiar que concentran un mayor estrés y que exigen a la familia mayores esfuerzos adaptativos. Esos momentos pueden ser de mayor riesgo. Por ejemplo las drogodependencias de drogas ilegales se suelen establecer en el momento en que se debería estar dando el paso a una mayor autonomía del joven o adolescente y por algún motivo éste proceso se bloquea. En cambio se observan muchos casos de alcoholismo en edades maduras relacionadas con otros problemas conyugales y laborales.

### **8.5. Ámbitos de actuación**

*"El abuso de drogas forma parte de los estilos de vida que se crean en las instancias cotidianas de la socialización, en aquellos escenarios donde niños, adolescentes y jóvenes van construyendo su identidad (y donde los adultos desarrollan su vida): la escuela, la educación en el tiempo libre, la familia, el mundo del trabajo, etc. En ellos tendrá que desarrollarse, por tanto, el compromiso social con la prevención: Hacer más fáciles las opciones más sanas... No existe un lugar específico para la prevención... Cuando en cualquier municipio o barrio conseguimos organizar intervenciones preventivas en todos esos espacios, planificadas con la perspectiva de un trabajo en red, estamos fortaleciendo la competencia de la comunidad para actuar ante sus dificultades, propósito central de toda propuesta preventiva" (J.C. Melero, 1999).*

Los ámbitos prioritarios que recoge La estrategia para el 2000-2008 del Plan Nacional son los siguientes: Escolar, familiar, laboral, comunitario, de la comunicación social y de la salud. Nosotros deseamos añadir uno más: el ámbito del ocio y el tiempo libre/vacío.

### ***Ámbito escolar***

La prioridad que marca el PND en este ámbito es la de implicar en las actuaciones a toda la comunidad escolar (profesores, padres, alumnos, personal no docente) y desarrollarlas a través de la educación para la salud.

Una iniciativa interesante en este sentido son las llamadas "Escuelas promotoras de salud" cuyo objetivo consiste en hacer del centro escolar un ámbito globalmente saludable (GEES, 1989). Su filosofía va más allá de la formación en prevención y educación para la salud extendiéndose a aspectos tales como la estructura física y estética del centro, las actitudes y comportamiento de los profesionales del centro, la comunicación entre todos los estamentos, la participación de todos en el diseño del plan de salud y de las actividades de promoción de salud, la colaboración con la comunidad en este campo. Desde este punto de vista de la salud integral (biopsicosocial) la actividad física, la comunicación, la participación, la higiene, la cordialidad y el respeto en las relaciones, los hábitos de consumo, la estética, etc., son tan importantes en el centro escolar como el desarrollo de programas de prevención de las (drogo)dependencias.

En la actualidad se dispone de gran variedad de programas y materiales sobre educación para la salud y prevención de (drogo)dependencias adaptados a cada uno de los ciclos educativos. Los contenidos están relacionados con los factores de protección que mencionamos más arriba basados en los conocimientos, la afectividad, las actitudes y los comportamientos: autocontrol, habilidades sociales, resistencia a la presión de grupo, autonomía, toma de decisiones, identificación y expresión de sentimientos, conocimiento objetivo sobre las drogas, etc. También existen cursos específicos para el profesorado y material de apoyo.

Conviene tener presente que el papel de municipio siempre será de colaborador. Nadie puede sustituir a los agentes naturales en su labor educativa, aunque se puede colaborar con todos ellos de diversas maneras. Los programas que se pongan en marcha en este

ámbito dependerán, por una parte, de cuál es la situación de partida que hemos diagnosticado en las fases anteriores y que puede ser muy diferente según los centros (los hay con una gran tradición en este campo y otros que prácticamente no han hecho nada), y por otra, de la participación y la colaboración que seamos capaces de promover.

Las posibilidades de colaboración son muy variadas:

- ◆ Asesorar al profesorado para incluir la prevención en el Proyecto Educativo de Centro y en el Proyecto Curricular de Etapa.

- ◆ Ofrecer recursos formativos y de reciclaje a los profesores:

Formación en prevención.

Entrenamiento en dinámicas grupales y de animación.

Formación/asesoramiento en el manejo práctico de programas.

Facilitación de programas ya experimentados.

- ◆ Realizar el seguimiento conjunto, servir de soporte y de conexión con otros recursos cuando sea necesario.

Las áreas o concejalías que se pueden ver involucradas en estas tareas son varias, pero parece evidente la necesidad de la participación de la concejalía de Educación, así como de los órganos de participación local que existan relacionados con la educación (Consejo Local de Educación) o en los que participe Educación (Consejo de Salud, de Servicios Sociales). Por otra parte, dependiendo de la estructura de que se dote al plan y de los recursos de que disponga, pueden existir agentes, técnicos o equipos de prevención asignados a él dependientes de otras concejalías: Salud y/o Servicios Sociales por ejemplo.

Finalmente una advertencia: aunque la escuela sea un ámbito prioritario de la prevención, se disponga de materiales y, a veces, se produzca la demanda explícita de los propios interesados, quizá no

sea la primera área de responsabilidad municipal en prevención, al menos como para justificar que se empleen todos los recursos en ese ámbito como ocurre con cierta frecuencia.

### ***Ámbito familiar***

*"No son pocos los padres y madres que viven hoy en día una situación de desconcierto. Entre "la cultura del trauma" (que no les falte de nada a los hijos no sea que vayan a traumatizarse) y un liberalismo mal digerido, no aciertan en ocasiones a actuar educativamente con sus hijos, dimitiendo en parte de su función" (Melero, 1999)*

Incrementar la participación de las familias en los programas así como priorizar la prevención en las familias multiproblemáticas son los objetivos que se marca el PND para este ámbito en los próximos años.

La familia ha sido el centro de multitud de propuestas preventivas y terapéuticas en relación con las (drogo)dependencias. También lo está siendo respecto a otros problemas, seguramente como consecuencia de los cambios a los que se está viendo sometida en los últimos tiempos (incorporación de la mujer al mundo laboral, familia nuclear como unidad de consumo en vez de como unidad de producción, prolongación de la permanencia de los jóvenes/adultos en el hogar, etc.). Centrándonos en la perspectiva de las (drogo)dependencias la mirada preventiva ha puesto el acento en las funciones y en los objetivos respecto a los hijos: educar, socializar.

*"La labor fundamental de la familia desde el punto de vista preventivo es la de que los hijos lleguen a ser **personas autónomas**". Para lograrlo las actuaciones se deben centrar en que los hijos y las hijas se sientan importantes en un doble sentido: satisfechos de pertenecer a la familia, y diferentes de los demás miembros de la casa, con características propias. Se requiere un doble papel: apoyar y controlar" (GID, 1998)*

Desde la perspectiva terapéutica se ha centrado la atención en la estructura (jerarquías, roles, funciones, etc.), en el ciclo evolutivo con sus exigencias y sus momentos críticos (pareja, nacimiento de los hijos, hijos adolescentes, familia trampoline, familia de edad avanzada) y en la **comunicación interna**.

Ambos enfoques coinciden en cómo se debe actuar de manera preventiva. Quizá el problema se encuentre en lo que podríamos denominar la detección precoz o cómo actuar con familias en grave riesgo.

Basándonos en los conceptos de apoyo y control podemos establecer una tipología muy sencilla de estilos educativos familiares:

REPRESIVO	Control sin apoyo
SOBREPROTECTOR	Apoyo sin control
INDIFERENTE	Ni apoyo ni control
FORTALECEDOR	Control y apoyo

Naturalmente los programas preventivos pretenden potenciar el estilo fortalecedor y corregir los otros. Además, los padres pueden prevenir problemas relacionados con las drogas actuando en varios frentes:

- ✓ Fomentando la **autoestima**. Que los hijos se sientan satisfechos con ellos mismos.
- ✓ Estableciendo un **sistema normativo coherente y progresivo**. Que los hijos sean capaces de dar sus propios pasos y de controlar sus actos.
- ✓ Formando en la **resolución de conflictos**. Que los hijos aprendan formas inteligentes de afrontar los conflictos.

- ✓ Educando en **valores**. Que los hijos tengan las ideas claras y valoren el esfuerzo.
- ✓ Fomentando el **autocontrol**. Que sepan actuar en situaciones de tensión y ante la frustración.
- ✓ También pueden intervenir respecto al grupo de amigos ayudando a sus hijos a ser **resistentes a la presión de grupo**, a ser críticos y a aprender procesos de toma de decisiones (GID, 1998).

En cuanto a la oferta actual de recursos para la formación de padres afortunadamente es muy rica y variada. Para abordar la programación municipal en este ámbito conviene contemplar, por una parte, la oferta global de productos (formativo/preventivos) desde el punto de vista del grado de exigencia que implican para los padres, y por otra, desde la disponibilidad de éstos a comprometerse en mayor o menor medida (o sea, las características de la demanda). Con el propósito de llegar a diversos perfiles de padres se pueden programar intervenciones de diverso formato:

**Campañas generales** de información/sensibilización.

**Folleto**s de fácil lectura, **manuales**, **vídeos** y **CDs**. Pueden facilitar información útil, motivadora, y/o servir de material de apoyo para otras actividades de mayor interacción humana.

**Charlas informativas**. Pueden ayudar a vislumbrar más objetivamente los problemas relacionados con las drogas, así como el papel de la familia en la prevención.

**Cursos específicos sobre prevención de las (drogo)dependencias**. Orientados a entrenar a los padres en habilidades para la reducción del riesgo de que sus hijos se involucren en problemas relacionados con las adicciones tóxicas y las dependencias conductuales. Afortunadamente en este nivel preventivo es bastante similar la prevención de ambos problemas.

**Cursos inespecíficos.** Orientados a la capacitación de padres y madres en técnicas de negociación y resolución de conflictos.

**Talleres de educación para la salud.** Con el objetivo de formar a los padres como agentes/promotores de salud en su medio.

**Escuelas de padres y madres.** Es el marco más ambicioso en el que se debe reflexionar sobre todas aquellas dimensiones de la educación de los hijos, la responsabilidad y la autonomía adulta y prevenir, por tanto, recorridos disfuncionales con las drogas u otras situaciones de riesgo (Melero, 1994).

Todas estas iniciativas están orientadas a facilitar información objetiva sobre las drogas (y otras actividades susceptibles de crear dependencias), reforzar el rol paterno/materno en la educación, concienciar sobre el papel modélico de la conducta de los padres, facilitar el ejercicio de una autoridad razonable, el establecimiento de límites claros, la negociación de conflictos, etc.

Pero no debemos olvidar que con estas estrategias no llegamos a todos; es más, probablemente las familias que más necesitan formación y orientación no acuden a estas actividades; y además están todas aquellas que ya tienen problemas y, o no acuden, o si lo hacen no reciben una respuesta adecuada. Nos referimos al objetivo inicial del PND sobre familias problemáticas. Desde nuestro punto de vista falta por desarrollar una línea de trabajo de detección precoz, que se apoye en los profesionales de atención primaria, pediatras, técnicos de prevención, educadores, etc., y que pueda bien ayudar/apoyar, bien derivar a servicios especializados. Pero, he ahí otro problema: ¿cuáles son los servicios especializados de familia? Porque, que yo sepa, sólo existen servicios especializados de familia asistenciales privados. La cosa se complica cuando pensamos en familia y no sólo en padres e hijos. ¿Por qué escuelas de padres y madres y no escuelas de familia? No hay que ser un lince para ver que cuando unos padres tienen problemas serios con sus hijos existen muchas probabilidades de que también tengan otros problemas. Pero ¿qué les ofrecemos para esos otros problemas conyugales y familiares?.



Aunque no existen servicios públicos específicos de atención a la familia con determinado tipo de problemas, afortunadamente cada vez son más los profesionales sociales y sanitarios cuya formación incluye el abordaje familiar.

Las áreas de Servicios Sociales, Salud, Educación y (Drogo)dependencias, parecen las más indicadas para abordar la prevención familiar de las drogodependencias, en tanto no se disponga de un área o una concejalía que trate de atender de manera integral a la familia.

### ***Ámbito laboral***

La colaboración con el mundo de la empresa es clave para el desarrollo de un Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias, por lo que debemos contemplar todas sus posibilidades:

- Desde el punto de vista de la incorporación social debemos tratar de que las empresas puedan convertirse en recursos para la reinserción, como veremos más adelante.
- Desde el punto de vista sociocomunitario hay que procurar la participación de las empresas en los órganos o plataformas de participación social de que dispongamos, así como estudiar las posibilidades de sponsorización de determinadas actividades.
- Desde el punto de vista de la asistencia se puede facilitar el acceso a determinados programas de tratamiento en colaboración con los servicios médicos de la empresa.
- Finalmente desde el punto de vista de la prevención debemos colaborar con el ámbito empresarial a través de los diversos agentes que protagonizan la vida de las empresas de cierta entidad (Representantes Sindicales, Delegados de Prevención, Servicios Médicos, Servicios de Seguridad e Higiene, Gerencia y Mandos Intermedios, Responsables de Recursos Humanos, Comités de Seguridad, etc.), para poder

programar conjuntamente medidas de prevención, de reducción de riesgos y daños derivados del consumo de drogas legales y de promoción de salud en el marco de la salud laboral.

En la actualidad hay una serie de elementos que pueden facilitar la intervención en el medio laboral: la conciencia de que determinadas condiciones de trabajo pueden convertirse en factores de riesgo, la relación entre problemas derivados del consumo de drogas y la baja productividad, la existencia de servicios de salud laboral y de prevención de riesgos laborales, además del hecho de que buena parte de la población pasa un tiempo considerable de su vida en el trabajo, lo que convierte el ámbito laboral en un medio idóneo para practicar la prevención.

Las posibilidades de intervención en prevención desde el Plan Municipal son muy diversas y van a depender, en primer lugar, como en casos anteriores, del conocimiento que hayamos adquirido de nuestro entorno empresarial, de sus necesidades y sus posibilidades, así como del tipo de relaciones que hayamos establecido con sus agentes, representantes y propietarios.

Las actividades pueden ir desde la distribución de folletos sobre temas puntuales (campañas informativas), pasando por actividades formativas como charlas, cursos o cursillos (formación de mediadores: delegados sindicales, mandos intermedios, técnicos de personal, etc.), hasta la propuesta más ambiciosa de diseñar e impulsar un plan de intervención conjuntamente con los diversos representantes de la empresa.

Las áreas municipales que pueden participar van a depender de cómo esté organizado el Plan y sobre qué concejalía recaiga la responsabilidad de la prevención, pero en este caso además de las que se engloban habitualmente en Bienestar Social como Servicios Sociales, Salud, Educación, etc., es probable que debamos contar con aquella que mantenga una relación más habitual y fluida con el sector empresarial (Desarrollo Económico Local, Fomento de Empleo, etc.).

### ***Ámbito de la comunicación social***

En relación con la comunicación social el PND dice lo siguiente: *"Las campañas no deben constituir la base de la acción preventiva aunque pueden ser un apoyo para el resto de las intervenciones. Se debe ofrecer información clara y veraz a los medios de comunicación social y buscar su apoyo para lograr una información social sin prejuicios"* (ENSD, 1999).

Los medios de comunicación locales o las secciones locales de los medios de comunicación de un ámbito mayor tienen una gran influencia sobre la percepción social del problema y de sus soluciones en la zona. También influyen en la difusión de las medidas y programas que se adoptan en el municipio. En definitiva contribuyen decididamente en la configuración de la opinión pública local sobre el tema.

Desde el Plan Municipal hay que mantener un contacto constante con los medios de comunicación a través de los responsables (cuando sea posible) y de los encargados de las secciones sociales y de salud.

Lo ideal es contar con unos medios comprometidos con la prevención de las (drogo)dependencias como objetivo social compartido, pero, en cualquier caso, hay que procurar brindarles constantemente informaciones útiles y realistas, y tratar de contrarrestar los aspectos melodramáticos que rodean al fenómeno de las drogodependencias con una línea positiva de promoción de salud.

En los últimos tiempos han comenzado a cambiar los mensajes de las campañas en una dirección positiva: No se habla sólo de drogas, también se proponen alternativas, se habla más de reducción de daños en relación con las drogas legales, se han sustituido los "famosos" por imágenes identificables con el destinatario del mensaje, se ven las drogas como sustancias ligadas a determinados estilos de vida, se insiste menos en la disuasión de corte sanitario y más en la modificación de determinadas imágenes sociales.

El Plan municipal sobre (Drogo)dependencias debe disponer de una estrategia de comunicación general diseñada desde el primer momento, antes incluso de la realización del estudio de la realidad, ya que dadas las características de éste, en cierto modo se comporta como una campaña de comunicación. Los responsables de la estrategia son los coordinadores técnico y político. Hay que ser muy consciente de que una de las grandes batallas del Plan se jugará en el plano de la comunicación social. Desde el primer día hay que defender determinados criterios relativos a la información y la comunicación:

- ⌘ Realismo y objetividad, evitando el dramatismo en todo momento.
- ⌘ Transparencia en la información sobre lo que se está haciendo.
- ⌘ Difusión y divulgación. Hay que hacer un esfuerzo por hacer comprensibles los mensajes desde el nivel medio que se maneja en los medios de comunicación. Hay que buscar canales permanentes de difusión de la información.

Respecto al **ámbito comunitario** ya dijimos que en realidad por comunitario entendíamos un modo de hacer, una forma de diseñar, de programar y aplicar los programas teniendo en cuenta una serie de criterios (intersectorialidad, participación, colaboración con las iniciativas sociales, formación de mediadores sociales), de tal manera que si se cumplen el Plan tendrá una dimensión comunitaria importante y desarrollará programas en muy diversos ámbitos.

Quizá convenga insistir en la estrategia de formación en prevención (y detección precoz) de mediadores sociales ciudadanos y profesionales (líderes y miembros de asociaciones, técnicos y monitores de tiempo libre y deportivos, profesionales de Servicios Sociales y de Salud, policía local, mediadores juveniles). Es una línea de trabajo que incide en el **ámbito de la salud** desde un enfoque comunitario.

### ***Ámbito del tiempo libre/vacío.***

*... "Las drogas se imponen como problema especialmente allí donde se constituyen en fuente exclusiva de satisfacción... Un trabajo preventivo orientado a promover una ocupación diversificada del tiempo libre, que no gire monótonamente en torno al bar y al consumo de unas sustancias u otras, hará menos probable, que aún si existieran tales consumos, resultaran problemáticos" (Melero, 1999).*

Javier Arza (Arza, 2000) distingue entre tiempo no disponible y tiempo disponible. En el primero se encuentran el trabajo, las obligaciones, las necesidades biológicas, etc., y en el segundo las actividades autoimpuestas (las realizamos de forma voluntaria en nuestro tiempo libre pero entrañan cierta obligación: actividades religiosas, políticas, sociales, etc.), y el tiempo libre. Dentro de este último podríamos distinguir entre el tiempo desocupado estéril, vacío (relacionado con el aburrimiento, la desgana, la pasividad), y el ocio. El tiempo libre es un espacio de tiempo y el ocio una forma de ocuparlo con una serie de características:

- ◆ La actividad de ocio la realizamos porque queremos (al menos debe existir la percepción subjetiva de ello).
- ◆ Nos supone una experiencia satisfactoria y placentera.
- ◆ La realizamos por el simple placer de hacerla sin buscar objetivos a muy largo plazo.

Pues bien, si tenemos en cuenta determinadas características del uso que del tiempo libre hacen los niños y adolescentes: falta de contacto con otros de su edad y con la familia extensa (aislamiento y nuclearización), sobreprotección de los padres, regulación por parte del adulto de la tarea y del tiempo, que resta autonomía y aprendizaje de autorregulación, consumismo etc., podemos calificarlo como de poca calidad. Las propuestas que realicemos en este terreno deben ir dirigidas a mejorar la calidad del uso del tiempo libre: Fomento de actividades autoimpuestas, de ocio creativo no consumista, que promuevan las relaciones con sus

iguales y con adultos positivos, que les permitan ser autónomos, que sean divertidas y que estén claramente diferenciadas por edades.

Por otra parte, según varios estudios, es en el tiempo libre donde más se producen los nuevos consumos (experimentación, consumo social, recreativo, etc.) y además la "diversión" -el elemento más buscado por los jóvenes- se encuentra espacialmente relacionada con los lugares donde se produce la oferta y consumo de drogas (bares, pubs, discotecas), no existiendo en ocasiones otras posibilidades de diversión y si existen no son lo suficientemente atractivas para los adolescentes. Lo que nos indica que es importante prestar atención además de a la disponibilidad, variedad y atractivo de las actividades, al lugar en que se desarrollan. O sea, disponer de espacios para ocio desvinculado de riesgos y ofrecer actividades alternativas allí donde se produce la concentración de riesgos (en los lugares de la "botellona" y la "movida").

El estudio de la realidad y el diagnóstico de las etapas anteriores deben habernos servido para conocer el panorama de los recursos y actividades relacionadas con el ocio y su uso por parte de la población en nuestra localidad. También ha debido informarnos sobre déficits y oportunidades orientándonos sobre cómo completar una oferta global en este área. En este caso las competencias recaen fundamentalmente sobre las áreas de Juventud, Deportes y Cultura. Las propuestas variarán de un lugar a otro dependiendo en gran medida de lo que se haya realizado hasta ese momento. No es lo mismo diseñar las propuestas para una ciudad que cuente con un Plan Integral de Juventud, con escuelas de animación sociocultural y de monitores de tiempo libre, entidades y asociaciones dedicadas al ocio y el tiempo libre, servicios de información juveniles, una variada oferta cultural y deportiva para todas las edades y sectores, que hacerlo partiendo de unas pocas actividades repartidas a lo largo del año sin demasiada continuidad ni alcance entre la población. No obstante existen determinadas líneas de trabajo que deben impulsar desde el Plan Municipal sobre

(Drogo)dependencias para este ámbito. Las propuestas que se suelen hacer en este campo son las siguientes:

- Campañas informativas (generalmente preventiva de riesgos y centradas en determinadas zonas).
- Medidas destinadas a mejorar la accesibilidad de los recursos y actividades, especialmente entre aquellos sectores que menos los utilizan.
- Iniciativas dirigidas a la utilización de los recursos durante las noches de los fines de semana.
- Formación de mediadores juveniles.
- Entrenamiento a mediadores sociales en prevención.
- Diseñar formatos preventivos específicos para integrar en el ámbito de la educación del tiempo libre, de la práctica de deportes, etc.
- Diseñar actividades y recursos preventivos a utilizar en los espacios de tiempo libre más proclives a facilitar conductas de riesgo.

En cuanto a los jóvenes en situación de riesgo se suelen plantear programas de educación social en los que se usa la calle como espacio preventivo-educativo.

### ***8.6. Características que deben cumplir los programas de prevención***

En los últimos años se ha hecho mucho hincapié en establecer determinados criterios que mejoren la calidad de los programas de prevención. A continuación presentamos dos resúmenes de los mismos: el que propone Francisco Alvira en el "Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas", y el que recogen Montserrat Castanyer y otros en "Servicios Sociales y Drogodependencias". En cualquiera de ellos

podemos ampliar información, también en la "Ponencia técnica sobre criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias" redactada en 1997 por la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas.

Pero antes que nada conviene hacer un par de observaciones. Primera, algunas de las etapas que se contemplan en la elaboración y ejecución de programas, como el estudio de la realidad o la evaluación, están más desarrolladas en sus capítulos correspondientes, sólo que referidas al conjunto del Plan. Segunda, aunque las publicaciones citadas no lo digan expresamente, el grado de exigencia del cumplimiento de los requisitos será distinto dependiendo de los medios del programa. Sobre todo lo que tiene que ver con la evaluación de resultados mediante procedimientos científicos, ya que es difícil de imaginar como podrían implementarse tales dispositivos desde algunos modestos programas municipales.

Criterios de calidad de los programas de prevención:

- 1º) Conocimiento del problema sobre el que se interviene.
- 2º) Adecuación a las necesidades existentes.
- 3º) Estrategia de intervención basada teórica y empíricamente.
- 4º) Movilización de la Comunidad.
- 5º) Integración del programa en otros esfuerzos preventivos.
- 6º) Coherencia entre objetivos, organización y temporalización del programa.
- 7º) Previsión de una adecuada implementación.
- 8º) Previsión de un Sistema de Información.
- 9º) Evaluación de proceso y de resultados integrada en la intervención preventiva. (Alvira, 2000).



M. Castanyer y otros plantean tres principios básicos:

- \* Valoración previa y adecuación a las necesidades (características del problema y de la población).
- \* Cumplir las exigencias metodológicas.
- \* Estar basados en teorías contrastadas. (Castanyer, 1998).

## **9. Programación II: Preguntas y respuestas en torno a los programas de incorporación social**

---

La incorporación social es una de las áreas de intervención fundamentales de los municipios en (drogo)dependencias. Desgraciadamente no ha alcanzado un desarrollo teórico y práctico tan importante como las áreas de prevención y asistencia, pero esta limitación del presente no tiene por qué significar un handicap en el futuro; es más, puede representar una oportunidad.

En nuestra opinión, existe una dimensión de la incorporación social llena de posibilidades para la intervención local: el abordaje comunitario de la incorporación social de las (drogo)dependencias. Como veremos a lo largo de este capítulo, la comunidad constituye una fuente de recursos naturales insuficientemente explotados en la mayoría de los casos, que además nos permite intervenir sin apartarnos un ápice de las estrictas competencias municipales en la materia.

Pero antes de sumergirnos en este aspecto capital del abordaje local de las (drogo)dependencias, quizá convenga describir el panorama general del área de reinserción desde la óptica local. Para ello formularemos y contestaremos una serie de preguntas.

**¿En qué estrategia global debemos incluir la incorporación social de (drogo)dependientes?** Así como la prevención de las

(drogo)dependencias deben encuadrarse en la línea más general de la promoción de la salud, la incorporación/reinserción de (drogo)dependientes debe integrarse en el conjunto de políticas de lucha contra la exclusión social. Podríamos sustituir el eslogan de la promoción de la salud de "hacer más fáciles las opciones más sanas", por el de **HACER MÁS FÁCILES LAS OPCIONES MÁS SOLIDARIAS**".

Aunque la incorporación social de (drogo)dependientes constituya un área específica de trabajo, no debería olvidarse que forma parte de un conjunto de políticas sectoriales que persiguen el objetivo común de lo que en los últimos tiempos se viene denominando como cohesión social. En una Europa caracterizada socialmente por la existencia de múltiples minorías y por situaciones sociales y culturales muy distintas, el concepto de cohesión social permite vislumbrar un modo de integración que no está basado en la homogeneidad y que acepta la diversidad: "Puedo ser diferente y estar integrado".

En la lucha contra la exclusión social, al menos desde la perspectiva local, no se trata tanto de crear recursos específicos para cada tipo de excluido como de multiplicar el efecto combinado de los dispositivos normalizados de tipo laboral, formativo, de salud, social, cultural, etc.

**¿Incorporación o inserción social?** Aunque usemos indistintamente uno u otro término, preferimos el de incorporación social dadas las connotaciones que ambas palabras tienen en castellano. Insertar significa *"meter una cosa dentro de otra"*, y puede sugerir la idea de ejercer cierta presión sobre el objeto a insertar, como se hace con una cuña o con una pieza que no acaba de encajar. Incorporar, en cambio, significa *"juntar dos o más cosas para que hagan un todo y un cuerpo entre sí"*. Si aceptamos esta idea de incorporación social no podemos pensar sólo en términos de capacitar y rehabilitar a los individuos sin hacerlo también con la sociedad. Hay que concebir la incorporación social, como un proceso de doble vía, que afecta tanto a los que se tienen que incorporar como a la comunidad donde han de hacerlo.

"La consecución de este objetivo (la inserción social) viene determinada, por una parte, por la intervención positiva sobre el sujeto (drogo)dependiente y su entorno más inmediato, y por otra, por cambios en la sociedad, que hagan posible la participación activa de los (drogo)dependientes en la misma" (Castanyer, 1998). Así pues, debemos disponer de varias estrategias diferenciadas de promoción de la incorporación social dirigidas al **individuo**, a **su entorno más inmediato** y a la **comunidad**.

**¿Qué se entiende por incorporación social desde el punto de vista del individuo?** Lorenzo Sánchez propone considerar la incorporación social como un proceso de *socialización*, es decir, educativo en cuanto a la interiorización de normas, valores y costumbres, y de normalización, en cuanto supone una adaptación a un determinado estilo de vida con arreglo al patrón imperante en la sociedad (Carrón, 1995). Desde este punto de vista la acción reincorporadora estará dirigida a favorecer las posibilidades de educación y de adquisición de nuevos repertorios conductuales de los sujetos (drogo)dependientes que lo precisen. Incluye toda una serie de técnicas y recursos de tipo psicoterapéuticos, formativos, sanitarios, etc., encaminados a mejorar la competencia del individuo en muy diversas facetas de su vida.

**¿Qué se entiende por una estrategia de I.S. dirigida al entorno más inmediato?** La segunda estrategia está dirigida a mejorar la red social personal del (drogo)dependiente, y que según Sluzki se puede definir como: "*La suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad*" (Sluzki, 1995). Esta red constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia o autoría.

*"La red social personal constituye el primer sistema de apoyo natural al que se acude en busca de apoyo en primer lugar, mientras que los servicios y programas constituyen el sistema de apoyo formal, complementario y especializado"* (Villalba, 1993).

Dentro de esta estrategia habrá que incluir todas las intervenciones de tipo social, educativo y psicoterapéutico que pueden estar dirigidas a distintos actores:

- ⌘ Dirigidas al propio sujeto para que tome conciencia de las características de su red social personal y trate de mejorarla como parte de su proceso de reinserción.
- ⌘ Dirigidas al (drogo)dependiente y a su familia o parte de la misma, para mejorar la incorporación social del sujeto y, en su caso, también de otros miembros de la familia. Incluye técnicas de intervención psicosocial, psicoterapéuticas y educativas con familias.
- ⌘ Dirigidas a otros miembros de la comunidad que forman parte de la red social del sujeto. Pueden tratarse de amigos, pero también pueden ser profesionales y voluntarios, sobre todo en los casos en que el sujeto mantiene contacto muy estrecho con determinados servicios o instituciones sociosanitarias.

**¿Qué se entiende por incorporación social desde el punto de vista de la comunidad?** La capacidad de incorporación social de una sociedad, de una comunidad local en nuestro caso, tiene que ver con la accesibilidad de sus recursos normales para toda la población y con los prejuicios, los temores y las actitudes de los ciudadanos que configuran lo que podríamos denominar como "cultura de cohesión o de exclusión" que tanto influyen en el grado de apertura y permeabilidad social para la incorporación social.

La estrategia comunitaria pretende facilitar el proceso de incorporación social desde el lado de la comunidad mediante tres tipos de intervenciones:

- A) Una acción promotora de la incorporación social dirigida a hacer más accesibles los recursos normalizados de carácter público, privado y social.

B) Una intervención sociocultural dirigida a modificar los prejuicios, estereotipos, representaciones sociales y actitudes desfavorables a la incorporación social de (drogo)dependientes y a promover valores positivos.

C) Una intervención dirigida a fomentar la solidaridad concreta y presencial (en oposición a la, tan de moda ahora, telesolidaridad) mediante el voluntariado y la ayuda mutua.

O sea, facilitar el acoplamiento desde el lado de la comunidad promoviendo el objetivo de la cohesión social.

**¿Qué papel debe jugar el Plan Municipal en esta materia?** La incorporación social de las (drogo)dependencias es una cuestión que afecta al conjunto de la sociedad e involucra a muchos recursos comunitarios que en principio no tienen que ver específicamente con las (drogo)dependencias. Pero la promoción de la incorporación social corresponde a los servicios específicos de (drogo)dependencias y a los servicios sociales comunitarios. La falta de una adecuada coordinación y colaboración entre ambos servicios ha sido una de las razones fundamentales del relativo subdesarrollo de esta área. Por ello, resulta evidente que el primer objetivo que debería plantearse el PMD en esta materia sería el de facilitar la coordinación entre ambos servicios o, al menos, garantizar que cualquier iniciativa que adopte el Plan, en el terreno, cuente con la coordinación y la colaboración de ambos servicios.

**¿Cuáles han sido las causas de la falta de coordinación entre los Servicios específicos de (drogo)dependencias y los servicios sociales comunitarios?** Las razones hay que buscarlas en un cierto desencuentro histórico entre ambos servicios motivado, en parte, por la falta de previsión en el diseño de los servicios específicos sobre cómo se integrarían en los servicios generales de atención primaria, y en parte, por cierta inhibición de los servicios sociales comunitarios a la hora de intervenir en el tema. Respecto a este último extremo, la publicación del Plan Nacional sobre Drogas "Servicios Sociales y Drogodependencias" dice lo siguiente:

*"Algunas de las razones que pueden explicar esta inhibición pueden ser el gran auge que en los últimos tiempos ha tenido la red de servicios especializados para los problemas específicos de drogodependencias, y el hecho de que gran parte de las personas afectadas acuden directamente a los servicios especializados, desde donde se ha centralizado toda la atención a estos colectivos, haciendo que los Servicios Sociales Generales perciban a las personas con toxicomanías como clientes o usuarios externos, que sólo acuden a ellos en demanda de ayudas económicas o para tramitación de prestaciones... También cabría señalar la escasez de recursos, la sobrecarga de trabajo, cierta tendencia a la burocratización y en algunos casos la falta de preparación específica y de motivación ante el problema" (M. Castanyer, 1998).*

Desde esta perspectiva y con las competencias actuales en la materia no se podrá exigir a los ayuntamientos que garanticen la coordinación entre los servicios de drogodependencias y los servicios sociales comunitarios, salvo en aquellos casos en los que los dos dependan de la institución municipal. A lo que sí se pueden comprometer es a facilitar y favorecer esa colaboración.

Un punto de partida consiste en identificar los temas objeto de colaboración y trabajo en común. Tradicionalmente desde los servicios específicos se han señalado determinadas funciones que los servicios sociales comunitarios pueden desarrollar en el campo de las drogodependencias:

- ✓ Promoción de programas integrales de prevención.
- ✓ Colaboración con el movimiento asociativo específico.
- ✓ Facilitación del acceso a la red especializada (detección precoz, motivación para el tratamiento y derivación)
- ✓ Apoyo al tratamiento rehabilitador, especialmente en aquellas problemáticas sociales que pueden acompañar a las (drogo)dependencias.
- ✓ Facilitación de la incorporación social en el medio.

Si aceptamos esta atribución de competencias a los servicios sociales comunitarios y nos centramos en el área de incorporación social, llegaremos a la conclusión de que el PMD deberá promocionar la incorporación social en su comunidad a partir del área de Servicios Sociales o Bienestar Social.

**¿Qué se puede hacer desde el Área de Servicios Sociales municipales para mejorar la incorporación social de los (drogo)dependientes que lo precisen?** Como dijimos anteriormente disponemos de tres tipos de estrategias para fomentar la incorporación social de drogodependientes en nuestra localidad: la que se dirige a mejorar la competencia del individuo, la que trata de mejorar su red social personal, y la que se orienta hacia la comunidad para hacerla menos excluyente y más acogedora. La cuestión estriba ahora en cómo podemos desarrollar cada una de ellas desde los servicios sociales comunitarios y el conjunto del PMD.

## ***9.1 Estrategias para la incorporación social***

### ***a) La estrategia individual***

Está compuesta por todas aquellas acciones sociales, educativas, formativas y psicoterapéuticas dirigidas a facilitar la incorporación social mediante la mejora la capacitación y la competencia de los individuos. Entre los programas y módulos formativos que se emplean en esta línea hay muchos similares a los que se utilizan en prevención: re-educación psicoafectiva, programas de habilidades sociales, formación profesional/ocupacional, formación para la búsqueda de empleo, programación del ocio y el tiempo libre, etc., aunque, claro está, adaptados a circunstancias y edades diferentes. Lo señalamos porque es un elemento a tener en cuenta a la hora prever los recursos que serán necesarios para el Plan, ya que algunos programas podrán compartir determinados recursos si se adaptan convenientemente a cada circunstancia. Además, también pueden señalar el camino de la formación de los profesionales que trabajarán en estas áreas.



Generalmente la estrategia de incorporación social dirigida a los individuos se compone de varias áreas de intervención: relacional, familiar, de ocio y tiempo libre, formativo ocupacional y de salud, pero en nuestro caso las referidas a la familia y las relaciones las hemos incluido en la estrategia dirigida a la red social personal.

**Área de ocio y tiempo libre.** Si algo le sobra a un (drogo)dependiente en determinados periodos de su rehabilitación es tiempo. Es fundamental generar alternativas de ocio que permitan romper la identificación entre ocio, diversión y consumo de drogas. Los servicios sociales pueden ponerlo en contacto con la oferta cultural, social y deportiva de su zona, y también ofrecerle la oportunidad de aprender a programar y gestionar su tiempo.

**Área formativa-ocupacional.** Es muy frecuente que el inicio en edades tempranas de la (drogo)dependencia haya hecho que muchos de ellos hayan abandonado prematuramente los estudios (sobre todo toxicómanos) y no hayan conseguido una cualificación profesional suficiente. Esto los sitúa en una posición de desventaja para competir en el mercado de trabajo. En muchas ocasiones lo que habrá que hacer es orientar al incorporando hacia los distintos sistemas y servicios que pueden proporcionarles esa formación académica, profesional u ocupacional.

El papel de los servicios sociales puede variar dependiendo del tipo de recurso de que se trate. Cuando se trata de recursos generales a los que puede acudir cualquier ciudadano que lo necesite (formación profesional/ocupacional, educación de adultos, formación para la búsqueda de empleo, formación para el autoempleo, cursos de habilidades sociales, etc.), el papel de los servicios sociales consistirá en dirigir hacia ellos a los (drogo)dependientes. Pero también existen recursos destinados específicamente a los drogodependientes, como determinadas Escuelas Taller y determinados cursos de formación profesional/ocupacional. En esos casos, los Servicios Sociales pueden orientar a los usuarios y promover su implantación en la zona. Por último, existen otros, como la Red de Artesanos o el programa Arquímedes de la Comunidad Autónoma Andaluza, que

por sus características requieren la colaboración de artesanos y empresarios, en esos casos la labor de los S.S. debe concentrarse en servir de mediadores entre los servicios especializados, los (drogo)dependientes y el empresariado local.

**Área de salud.** El objetivo a alcanzar en este área es desarrollar una forma de vida saludable mediante la adquisición y mantenimiento de determinados hábitos alimentarios, higiénicos, deportivos, etc. Como en otras áreas, los Servicios Sociales locales pueden disponer de recursos propios donde desarrollar esta educación para la salud o bien se concentrarán en poner en contacto a los incorporandos con la oferta que exista en la zona.

### ***b) La red social personal***

La segunda estrategia está dirigida a mejorar la "red social personal" del (drogo)dependiente teniendo en cuenta determinadas características estructurales de las redes personales: **Tamaño, composición, densidad, dispersión y homogeneidad**; y determinadas funciones que pueden cumplir: **Compañía, apoyo emocional, guía cognitiva y consejo, regulación social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos** (Sluzki, 1995).

*"Analizando claramente la estructura y los funcionamientos de las interrelaciones de las personas con los miembros de sus redes, los profesionales podemos llevar a cabo estrategias que potencien los apoyos existentes, que desarrollen los potenciales, o que, en situaciones de necesidad, lo complementen o sustituyan"* (Villalba, 1993). Además, el hecho mismo de hacer explícita la red de cada uno es un ejercicio útil para cualquiera que esté interesado en mejorar su integración social.

La red social personal de muchos sujetos puede haberse ido deteriorando a lo largo del proceso de (drogo)dependencia convirtiéndose en un sistema de apoyo pobre, rígido y unidimensional, alejándose de las características que la relacionan con la salud y el bienestar: diversidad, reciprocidad, densidad, flexibilidad y estabilidad.

Es frecuente que el conjunto de las relaciones del sujeto se haya empobrecido limitándose al mundillo de "los colegas" (además de a la familia) y que su vida y sus intereses gire demasiado alrededor del consumo (o de la dependencia de una actividad).

Es fundamental tener en cuenta otro aspecto específico del proceso recuperador de la (drogo)dependencia: La rehabilitación implicará en muchos casos una ruptura total con el anterior estilo de vida. Como dice Jaime Funes "*No se dejan sustancias; se abandonan estilos de vida, relaciones sociales, justificaciones existenciales, personas, medios de subsistencia*" (Funes, 1991). También puede implicar un proceso de aislamiento, un periodo de soledad durante el cual se desarrolla una percepción de los otros un tanto paranoica ("no me gusta salir a la calle porque me siento observado").

Los Servicios Sociales deben intentar ofrecer la oportunidad de establecer nuevas relaciones, de servir de mediadores para la resocialización en el medio natural. A veces dispondrán de programas propios y en otras ocasiones servirán de puente entre los servicios especializados y la comunidad.

El área familiar tiene una importancia capital en el proceso rehabilitador de los (drogo)dependientes, hasta el extremo que a veces es toda la familia o parte de ella la que realiza el tratamiento. Desde los Servicios Sociales Comunitarios el esfuerzo puede concentrarse en abordar otros muchos problemas que acompañan a algunas familias con miembros (drogo)dependientes (económicos, de vivienda, de menores en riesgo, de desorganización familiar, etc.) y en ayudarla a salir del aislamiento en la que han podido quedar atrapadas tras un largo proceso de (drogo)dependencia. También las familias pueden necesitar ayuda para recuperar la normalidad. A veces, el contacto con otros ciudadanos y vecinos no implicados en la problemática y el uso de recursos normales (viajes de la tercera edad, escuela de padres, cursos, talleres, etc.) son los medios más eficaces para ello.

## **9.2. La Estrategia Comunitaria**

En tercer lugar tenemos la estrategia dirigida a la comunidad. Hay que reconocer que esta estrategia se ha desarrollado bastante menos que la dirigida a la formación y capacitación individual de drogodependientes, que es donde se han concentrado los esfuerzos de los servicios específicos y generales. Sin embargo, es el ámbito en el que las competencias, la tradición y la experiencia profesional recaen claramente en los servicios sociales comunitarios.

A continuación desarrollaremos un poco más lo que, a nuestro juicio, puede ser un abordaje comunitario de la incorporación social de (drogo)dependientes.

### ***La estrategia comunitaria de la incorporación social de (drogo)dependientes***

El punto de partida básico consiste en situar al equipo promotor no sólo ante los (drogo)dependientes, sino ante la multitud de actores que pueden facilitar la incorporación social en cualquiera de sus facetas. Es la tarea que denominamos anteriormente como sociocatalizadora (estimula, regula, inhibe procesos que dependen de otros órganos y sistemas). No se trata de crear servicios nuevos para la incorporación social, sino de facilitarla con los recursos naturales del cuerpo social. Continuando con la metáfora biológica, si la exclusión social se tratase de una enfermedad, la estrategia comunitaria representaría la terapéutica basada en el fortalecimiento de las defensas y no en la administración de un antibiótico específico.

El siguiente paso consiste en identificar a todos los actores que, con un poco de esfuerzo e imaginación, pueden convertirse en recursos para la incorporación social. Para ello tenemos que formularnos preguntas de la siguiente índole: ¿Quién puede colaborar para mejorar las posibilidades de ocio (y de las actividades que J. Arza llama autoimpuestas) de los (drogo)dependientes en rehabilitación: los servicios culturales, los deportivos, algún club, alguna

asociación juvenil, cultural o recreativa? ¿Pueden utilizarse las autoescuelas y los gimnasios privados como recursos para la incorporación social? ¿Quién puede ofrecer formación para el empleo? ¿Qué servicios se prestan a las familias? ¿Pueden acceder a estos servicios las familias de los (drogo)dependientes? ¿Existen en nuestra localidad entidades sociales que ejerzan de manera natural funciones socializadoras y normalizadoras, aunque éstas no se encuentren entre sus objetivos manifiestos: cofradías, hermandades, peñas gastronómicas o de carnaval, coros, etc., que funcionen durante todo el año? ¿Hemos hablado con el empresariado y con los medios de comunicación locales? La mayoría de estas preguntas tienen que haberse contestado durante la fase de estudio de la realidad.

Una vez identificados todos los recursos (al menos potencialmente) podemos adoptar las mismas estrategias que se emplean para influir en el mercado (sólo que con el propósito inverso que en el caso de las drogas): **mejorar la oferta** de recursos para la incorporación social y **mejorar la demanda** de los mismos.

### **¿Qué podemos hacer para mejorar la oferta de recursos para la I.S.?**

En primer lugar aceptar que determinados recursos se pueden utilizar para la incorporación social de (drogo)dependientes. Si no pensamos en la posibilidad de que una empresa o una hermandad puedan servir para ese objetivo nunca las utilizaremos. En segundo lugar hemos de estudiar la accesibilidad de los recursos desde el punto de vista de la población a la que nos dirigimos. Podemos encontrar barreras sólidamente materiales y barreras culturales (arquitectónicas, de ubicación, de desconocimiento entre la población diana de su existencia o de sus servicios, económicas, de prejuicios de clase, de género o edad, de desconfianza, etc.) Las barreras pueden estar situadas en los propios recursos, en sus usuarios, en los (drogo)dependientes o en todos a la vez. En tercer lugar debemos trabajar con los técnicos y responsables de los recursos para intentar mejorar su accesibilidad desde el punto de vista de nuestro sector de población.

Desde este punto de vista, la estrategia para mejorar en cantidad y calidad la oferta de recursos comunitarios para la incorporación social pasaría por:

- ✓ Captar como recursos para la I.S. aquellos que nunca lo hayan sido.
- ✓ Identificar y eliminar barreras físicas, económicas, psicológicas y sociales (accesibilidad).
- ✓ Difundir adecuadamente su existencia, sus prestaciones y sus actividades entre el colectivo a incorporar.
- ✓ Adaptar su funcionamiento y diversificar sus productos cuando sea posible y necesario.

**¿Qué podemos hacer para mejorar la demanda?** Una de las características de la población (drogo)dependiente con problemas de incorporación social es precisamente la falta de demanda (la única demanda que manifiesta suele estar relacionada con los recursos específicos o el empleo). Son los propios (drogo)dependientes los que, por muy diversas razones, no se acercan a los recursos normales. Otro aspecto importante es que, en este caso, la demanda de los clientes está mediada por los técnicos de los servicios específicos donde están realizando tratamiento y por entidades sociales que se ocupan de su problemática, por lo que siempre tendremos que contar con ellos a la hora de analizar la demanda y de influir sobre ella.

Desde las circunstancias que acabamos de exponer, la estrategia deberá ir dirigida a animar la demanda de uso de los recursos normales entre la población (drogo)dependiente. Es muy importante que los propios afectados tomen conciencia de que el objetivo final de todo el proceso es ser un ciudadano autónomo de pleno derecho (tampoco deben olvidarlo los profesionales y las entidades sociales), que adopten una postura activa en el uso de los recursos y que reclamen cuando crean que no se adaptan al principio de igualdad.

**¿Qué podemos hacer para mejorar la relación entre oferta y demanda?** Los tipos de acciones que podemos emprender se corresponderán con los objetivos de la incorporación social comunitaria que enunciamos anteriormente: a) mejorar el uso de los recursos (accesibilidad), b) fomentar una cultura favorable a la inclusión y la cohesión social y c) fomentar la solidaridad concreta y presencial.

Para mejorar la oferta y la demanda de recursos para la incorporación social en relación con los objetivos a) y c), proponemos la construcción de una **Red local de recursos para la incorporación social**. Para concienciar a los (drogo)dependientes, a los responsables y usuarios de los recursos y a la población general sobre la importancia de que todos apoyen la I.S. en la comunidad, facilitando así la construcción de la Red, proponemos el esfuerzo combinado de los medios de comunicación social, los políticos y otros líderes de opinión. Todo lo cual se corresponde con el segundo objetivo. Finalmente, la participación de todos los colaboradores de la red, particularmente de los voluntarios que ayuden a construirla y a mantenerla, se corresponde con el objetivo tercero.

**¿Cómo hacer operativas estas estrategias?** El sistema ideal para facilitar el contacto entre los (drogo)dependientes (a través los servicios específicos y las asociaciones) y los recursos para la incorporación social es disponer de una **Red local de recursos para la incorporación social**. El objetivo de la red es servir de puente entre unos y otros abriendo un abanico de posibilidades que van desde el uso más o menos esporádico de los recursos hasta el diseño conjunto (usuarios/servicios especializados/SS) de itinerarios de reinserción más complejos y dilatados en el tiempo. Para ello es necesario disponer de información permanente y de fácil acceso sobre los recursos disponibles y las necesidades de incorporación de los usuarios.

**¿En qué consiste la Red de recursos locales para la incorporación social?** *"La inserción se articula dentro el marco de los servicios sociales generales y usa toda la red de servicios públicos y de la iniciativa social disponibles. Con los distintos agentes, recursos y*

*servicios comunitarios se articula una red comunitaria de participación en la que colaboran los distintos colectivos sociales"* (Castanyer, 1998).

La red es básicamente un sistema de información y un sistema de coordinación.

Como sistema de información debe recibir información de las necesidades de incorporación de los usuarios a través de ellos mismos, de las asociaciones específicas y, muy particularmente, de los responsables de su tratamiento en los centros especializados, y también debe disponer de información actual sobre los recursos disponibles en cada momento y sus características.

Como sistema de información debe cumplir varios objetivos. El primero es de carácter interno, consiste en disponer de la información suficiente para el buen funcionamiento de la Red: necesidades locales de incorporación, recursos disponibles, directorios, mapas de recursos, número de participantes, relación de altas y bajas, seguimiento de los itinerarios individualizados y del cumplimiento de sus objetivos, evolución de la opinión y de la satisfacción de todos los participantes, etc. El segundo es de carácter externo, el sistema debe disponer de la información necesaria para cualquiera que desee participar como usuario, como recurso de destino o como voluntario y, también, de los datos suficientes con los que informar directamente, o a través de los medios de comunicación locales, a la opinión pública. Finalmente debe servir como instrumento de evaluación (de proceso y de resultados) del programa.

Como sistema de coordinación debe facilitar la conexión entre todos los agentes de la Red y también debe facilitar los procesos de derivación, seguimiento y evaluación individualizados.

**¿Cómo construir una red de recursos para la incorporación social?**  
Habrá que tomar contacto con todos los actores implicados relacionados en la oferta y la demanda para ofrecerles un sistema práctico y útil que se adapte a sus objetivos y a sus necesidades.



Para facilitar el trabajo con los actores relacionados con la demanda podemos utilizar la **Caja de herramientas** adaptándola a los nuevos objetivos y a los nuevos actores. Para conseguir la colaboración del mayor número de actores relacionados con la oferta podemos plantearnos el incremento de la oferta como una **campana de captación**.

### ¿Cómo adaptar la Caja de herramientas a la incorporación social?

Como en el caso de la prevención debemos plantearnos qué tipo de elementos informativos (SABER), qué tipo de motivaciones (QUERER) y qué tipo de medios prácticos que faciliten el comportamiento y su permanencia (PODER), debemos ofrecer a los distintos grupos de actores para que participen activamente en la Red. Como en la vez anterior situaremos en el eje vertical los factores que influyen en el comportamiento (saber, querer y poder), y en el eje horizontal los actores que intervienen en la demanda. A continuación sólo tendremos que rellenar las casillas contestando una serie de preguntas.

ACTORES			
	Servicios específicos	Usuarios	Asociaciones específicas
SABER			
QUERER			
PODER			

Posibles preguntas:

### 1º) ¿Qué tipo de información debemos facilitar a cada grupo de actores y qué ideas erróneas debemos corregir?

En primer lugar deben recibir información básica y clara sobre la Red y su funcionamiento. Hay que singularizar el procedimiento por el que cada uno de los actores articulará su participación en la Red, previendo objeciones y proponiendo soluciones.

Hay que explicar que la Red se basa en la idea del uso de los recursos normales como modo de facilitar la incorporación social, cuyo objetivo último consiste en que los (drogo)dependientes en proceso de I.S. lleguen a ser ciudadanos que ejerzan activamente su derecho a participar activamente en la vida social y cultural de su comunidad. Hay que luchar contra la tendencia al aislacionismo, al gueto y a la delegación de todas las responsabilidades en los servicios especializados.

**2º) ¿Qué podemos hacer para motivar la participación activa? ¿Qué inhibiciones o actitudes negativas pueden influir en cada grupo?**

Hay que hacer visibles las ventajas que el programa ofrece a cada uno.

Los profesionales de los servicios específicos deben poder confiar en los profesionales del PMD y en el conjunto del proyecto. Requerirán probablemente procedimientos de derivación y seguimiento sencillos y confiables.

Los usuarios deberán poder visualizar e incluso probar el sistema para confiar.

Las asociaciones y el voluntariado necesitarán percibir la importancia de su labor social colaboradora. De hecho su labor es fundamental para conseguir la colaboración de determinados recursos que están en manos de la sociedad civil.

**3º) ¿Qué medios podemos poner a su disposición y qué obstáculos habrá que remover para facilitar el cambio y su consolidación?**

A los servicios específicos hay que ofrecerles medios prácticos y eficientes de derivación y de coordinación con los S.S. y de seguimiento de los pacientes durante su estancia en la Red. Nunca hay que olvidar que ellos son los principales "proveedores" de usuarios de la red.

Los servicios sociales deben garantizar la continuidad del tratamiento respetando los objetivos marcados por los responsables de los centros de tratamiento, trabajando en la línea de la "complementariedad de objetivos".

A los usuarios hay que poder ofrecerles itinerarios claros y confiables que les lleven desde donde están hasta los recursos, y si es necesario, poder ofrecerles también el acompañamiento o la mediación de algún voluntario que haga de puente entre él y la asociación, la empresa o la entidad de que se trate en cada caso.

A las asociaciones hay que poder ofrecerles modos prácticos y reconocidos de participación en el programa como mediadores y colaboradores. Pueden colaborar en la búsqueda de recursos, pueden acompañar al incorporando en determinados momentos del proceso y pueden colaborar en la tarea de concienciación de la sociedad.

Resulta evidente que este trabajo no se puede realizar más que en colaboración con los actores implicados. Sólo conociendo las necesidades informativas, las motivaciones y las necesidades prácticas de los (drogo)dependientes con dificultades de I.S. y de las personas que trabajan con ellos, podremos ofrecer respuestas realistas.

**¿Por qué una campaña de captación de recursos para la incorporación social?** Cuando la Red local de recursos para la incorporación social se haya consolidado porque haya calado en el entramado comunitario y cuente con el apoyo de los medios de comunicación locales y de otros líderes de opinión probablemente funcionará por sí sola, pero hasta entonces necesitará un impulso promocional. Eso sí, a lo largo de todo el proceso deberemos prestar atención al efecto que puedan causar las experiencias negativas, aunque proporcionalmente sean muy pocas, dado el excesivo eco que tiene en la opinión pública todo lo relacionado con el binomio "droga/inseguridad ciudadana".

Tal y como venimos definiendo los recursos para la incorporación social de (drogo)dependientes constituyen un conjunto demasiado amplio y heterogéneo como para poder abordarlo sin planificación previa. Intentar llegar a todos ellos implica prestar atención a las diferencias de cada uno o, al menos, de cada grupo significativo. No es lo mismo dirigirnos a un recuso dependiente del Ayuntamiento, que a los dependientes de otras administraciones o a las empresas privadas.

Veamos a continuación algunos de los aspectos que debemos tener en cuenta a la hora de diseñar la campaña de captación de los diversos conjuntos de recursos: recursos públicos relacionados con el área de bienestar social, empresas y entidades colaboradoras, recursos relacionados con la comunicación social, voluntariado individual y asociativo.

- ***Servicios públicos relacionados con el bienestar social***

Tal y como venimos diciendo en páginas anteriores el procedimiento general es el siguiente: En primer lugar, conocer exhaustivamente la oferta de servicios y programas de esta área; En segundo, compararla con las necesidades detectadas en el grupo de incorporandos; Tercero, distinguir si las barreras están localizadas en los propios servicios o en los incorporandos; Por último, trabajar con los responsables y técnicos de los servicios la mejora de la accesibilidad eliminando obstáculos o adaptando los programas.

El objetivo consiste en que cada uno de los servicios del área de bienestar social se transforme virtualmente en un destino de la Red, comenzando por aquellos que son municipales.

En cuanto a la potencialidad incorporadora/reinsertadora de algunos de los recursos de este área podemos destacar lo siguiente: **Los servicios deportivos.** Por sus características el deporte puede apoyar procesos de socialización y de normalización, es decir, procesos de incorporación social. En el ámbito individual puede fomentar el autocontrol, elevar el umbral de la tolerancia a la

frustración, estimular el espíritu de superación y la autoestima, mejorar las capacidades físicas, enseñar a aplazar la satisfacción y a reconocerla como resultado del esfuerzo individual, etc. Como trabajo en equipo educa en el compañerismo, enseña habilidades sociales, ayuda a controlar la agresividad y la competitividad, etc. No es casualidad que los programas de rehabilitación de drogodependientes en comunidades terapéuticas, en centros de día y en unidades de desintoxicación lo utilicen con tanta frecuencia.

**Los equipos deportivos** ofrecen además la posibilidad al incorporando de identificarse con el grupo y le obligan a adaptarse a una programación de medio y largo plazo.

**Los servicios culturales.** En la actualidad existe una gama amplísima de actividades culturales públicas y privadas al alcance del ciudadano medio que pueden satisfacer muchas expectativas de ocio y ayudar a dar contenido al tiempo libre. Además, cada vez es más frecuente que en la realización de actividades culturales se den cita personas de distintas edades y adscripción social y cultural, lo que permite enriquecer la red social personal y facilita el objetivo de la integración dentro de la diversidad.

Algunas entidades culturales y recreativas pueden cumplir una función similar a las deportivas añadiendo cierto sentido de identidad social y de pertenencia que favorece la socialización. En Andalucía, puede ser el caso de determinadas hermandades, cofradías, peñas etc., que desarrollan su actividad durante casi todo el año. Para iniciar el contacto con estas entidades puede ser fundamental contar con la presencia de algún mediador social que disipe recelos y temores por ambas partes, facilitando el acercamiento.

Respecto a los servicios y entidades sectoriales de **Juventud, Mujer, Tercera Edad y Servicios Sociales**, puede aplicarse la misma estrategia tratando de compaginar los objetivos de éstas con las necesidades del grupo de población al que nos dirigimos, teniendo en cuenta, no sólo a los (drogo)dependientes, sino también a sus familias. A veces, la participación de los padres, consortes o hijos en

determinadas actividades o programas, puede facilitar el proceso global de autonomía y de incorporación social del incorporando.

**Los servicios económico/sociales.** Determinados servicios y agencias relacionados con el desarrollo local, el fomento del empleo y la formación profesional/ocupacional representan una oportunidad excepcional, ya que contemplan entre sus objetivos específicos la promoción de la incorporación socio/laboral. Por ello, en este caso más que en ningún otro, debemos insistir en conocer exhaustivamente la oferta de recursos, y en obtener la colaboración de los técnicos y responsables para eliminar posibles barreras o incluso adaptar, en lo posible, sus productos a las necesidades de nuestro sector, aunque en la mayoría de los casos tendrá que ser el (drogo)dependiente quien se adapte (eso entra dentro de la estrategia dirigida al individuo).

También pueden servir de mediadores con el empresariado local con el que es posible que mantengan contactos, y ayudarnos a encontrar nuevas fuentes de recursos dependientes de entidades regionales, nacionales o internacionales.

- ***Empresas y otras entidades colaboradoras***

Nuestro objetivo con el sector privado será conseguir que empresas y otras entidades privadas sin ánimo de lucro como las fundaciones, colaboren con nosotros adscribiéndose a la Red o mediante otros procedimientos que ellas mismas puedan proponer. Sin su colaboración el proyecto puede quedar reducido a una relación de coordinación entre servicios públicos y ONGs.

A nadie se les escapan las inmensas posibilidades que representa para la incorporación social la colaboración con el empresariado local, pero tampoco las dificultades que supone conseguirla. Entre ellas, no podemos ignorar la falta de tradición de colaboración entre empresa y servicios sociales y la desconfianza que puede despertar el hecho de que los sujetos a incorporar en la propia empresa sean (drogo)dependientes en rehabilitación. Por todo lo cual deberemos

desarrollar una estrategia ad hoc para aproximarnos al sector si queremos contar con algunas posibilidades de éxito.

Afortunadamente contamos con un aliado que consiste en un número importante de medidas de apoyo y programas de los que pueden beneficiarse las empresas que decidan colaborar en la incorporación social y laboral de los (drogo)dependientes. Como ocurre en tantas ocasiones, es posible que estas medidas no sean bien conocidas por el sector empresarial, por lo que el primer paso puede consistir en darlas a conocer. Pero teniendo en cuenta lo delicado del tema y las resistencias que puede despertar, quizá lo más indicado sea realizar un tipo de campaña puerta a puerta y no confiar exclusivamente en los medios de comunicación social convencionales para este objetivo.

Una vez aceptada la idea de realizar una campaña de estas características sólo habrá que resolver los aspectos técnicos de la misma: seleccionar las entidades a visitar, elaborar el catálogo de ayudas oficiales, formar mínimamente al personal que vaya a realizar las visitas, seleccionar el material divulgativo, diseñar los instrumentos de recogida de datos, tener previsto los procedimientos para reforzar positivamente a las entidades colaboradoras, etc. Por ejemplo, se puede elaborar un distintivo para las entidades y empresas que se adscriban a la Red utilizando cualquiera de las medidas ofertadas o a través de alguna de sus propias iniciativas, diseñar la campaña de apoyo desde los medios de comunicación contando con la colaboración de líderes locales, políticos y asociaciones, adoptar un sistema de evaluación, etc.

#### ● ***Recursos relacionados con la comunicación social***

Se trata de mejorar la oferta y la demanda de recursos para la incorporación social, mediante una estrategia de sensibilización dirigida a la comunidad que se apoya en la colaboración de los medios de comunicación locales, los servicios de información y los líderes de opinión.

**Los medios de comunicación locales.** Se trata de elaborar conjuntamente una estrategia comunicativa y divulgativa continuada para el programa. El objetivo no es meramente propagandístico, se trata de influir en la representación social de los fenómenos de la exclusión social y de la incorporación social a nivel local. Los medios de comunicación locales pueden convertirse en instrumentos informativos de la red dando cuenta periódicamente de su evolución, pero también en un instrumento que favorezca el debate y la formación de opinión entre los ciudadanos.

La cuestión estratégica se centra en cómo hacer atractivo el programa a los medios para que colaboren con nosotros. Igual reto se planteará cuando entremos en contacto con empresas de imagen y de publicidad locales, que pueden colaborar en la campaña global de comunicación del proyecto o en aspectos concretos como el diseño del logotipo de la Red o el distintivo que marque la pertenencia de los establecimientos a la misma.

**Servicios de información.** En los últimos años han proliferado los servicios de información que pueden operar en una misma zona: Servicio de Información Juvenil, Servicio de Información a la Mujer, Servicio de Información Administrativa o al Ciudadano, Servicio de Información de los Servicios Sociales, etc., por lo que es conveniente cuidar la relación con todos ellos en su doble vertiente de fuentes de información y como sistemas de difusión.

Por otra parte, hay que elegir uno de ellos como soporte informativo (y a ser posible también informático) de la Red. En principio puede parecer que el más indicado sea el perteneciente a los servicios sociales, pero, a veces, existen otros disponibles con muchos más medios técnicos a su alcance.

Como se mencionó anteriormente, la idea es que el programa informativo pueda prestar dos funciones. Por una parte, debe de servir de soporte al programa y, por otra, debe servir para difundir información sobre la Red entre los ciudadanos de la localidad, ofreciendo los datos fundamentales del programa y explicando los



procedimientos para incorporarse a la Red como usuario, como destino, y como voluntario.

**Los líderes de opinión.** Debemos prestar una especial atención a todos los que puedan representar un papel de líder de opinión en esta materia en el ámbito local: Representantes de asociaciones, líderes políticos o religiosos, y a los que tienen que ver directa o indirectamente con la incorporación social: Representantes de la Confederación Local de Empresarios, responsables políticos de otras áreas relacionadas con el sector, representantes de los sindicatos, etc. Se trata de contar con la colaboración de todos, de convertirlos en aliados y de evitar que se puedan transformar en obstáculos por falta de información o de protagonismo.

No debemos olvidar que la participación y la colaboración de todos en la Red es gratuita y voluntaria, por lo que habrá que agradecer siempre la colaboración a todos y cada uno de los participantes y extremar el tacto para no herir ninguna susceptibilidad.

- ***Voluntariado individual y las asociaciones***

El voluntariado puede ser un mediador y un colaborador en todas las tareas: Puede acompañar el proceso de incorporación social individual de determinadas personas en determinados momentos prestando apoyo, acompañamiento y mediación; Puede ayudar en la búsqueda de entidades colaboradoras; y puede colaborar en la difusión del programa.

## 10. Programación III. La asistencia y la reducción de riesgos

---

El objetivo de este capítulo es dibujar las posibilidades de intervención del Plan Municipal sobre Drogas en el área asistencial, lo cual tiene dos importantes consecuencias hoy día en nuestro país:

1ª) Aceptar "**la reducción de riesgos como estrategia global**" para el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas (y de las adicciones conductuales) en colaboración con todos los servicios e instituciones implicadas.

2ª) Asumir "**la complementariedad de objetivos como método de intervención**", dada la gran variedad de situaciones que se presentan en cada territorio, tanto en lo que tiene que ver con los problemas como con los recursos.

Intervenir asistencialmente en (drogo)dependencias desde el ámbito local puede significar cosas diferentes. En la actualidad no se pueden fijar estrictamente los objetivos específicos que deben marcarse las corporaciones locales en esta materia, entre otras razones, porque algunas gestionan directamente los recursos asistenciales específicos y otras no. Pero de lo que no cabe ninguna duda es de que cualquier corporación que desee intervenir en esta materia tendrá que mantener una posición abierta y flexible respecto a la variedad de problemas (sociales, de salud, económicos,

de seguridad, etc.) que confluyen en determinados sectores de la población (drogo)dependiente.

La reducción de riesgos y de daños suponen un paso muy importante en la evolución de la política sobre (drogo)dependencias, porque implican concentrarse en todos los problemas derivados o añadidos al uso de drogas y no sólo en la dependencia que provocan las sustancias. Aunque, por otra parte, hay que reconocer, que la existencia de demasiados programas específicos de reducción de riesgos implican cierto fracaso de la completa integración de los (drogo)dependientes en el sistema sociosanitario general como un usuario más. No debemos olvidar que el objetivo final no consiste tanto en disponer de muchos programas especiales, como en poder ofrecer una atención integral e individualizada según las demandas y las necesidades de cada sujeto. Los programas de reducción de daños y de riesgos significarán un paso en esa dirección, particularmente si consiguen integrarse como una prestación más de los servicios específicos y generales.

Hablar de una auténtica política de reducción de riesgos y de daños en relación con la atención a las (drogo)dependencias significa reconocer, por parte de todos los sistemas y servicios sociosanitarios implicados, la necesidad de disponer de una escala de objetivos sociales y de salud compartida por todos. Implica que los servicios específicos de atención a las (drogo)dependencias acepten que la dependencia, en sí misma, no es siempre el principal problema y por tanto, tampoco la abstinencia tiene por qué ser el primer objetivo a conseguir. Los riesgos de contraer y desarrollar enfermedades muy graves como el SIDA o los problemas de extrema marginación, por ejemplo, deben ser objetivos prioritarios de atención. Ya a principios de los noventa, Xavier Ferrer, proponía una gradación de objetivos preventivos en la que la reducción de la dependencia ocupaba el cuarto lugar, junto a la reducción de otras formas de morbilidad físicas o psíquicas graves pero reversibles, e iba detrás de *“la reducción de la mortalidad, la reducción de la morbilidad asociada que pueda producir grandes incapacidades orgánicas o psíquicas, y de la reducción de la inseguridad ciudadana y las*

*repercusiones graves sobre terceras personas*”, que ocupaban los tres primeros lugares (GID, 1993).

Implica, también, que los servicios básicos de salud y de servicios sociales cumplan con su responsabilidad de garantizar la atención primaria de toda la población, incluida la de los (drogo)dependientes.

Finalmente, probablemente también implique la necesidad de que exista una instancia coordinadora de salud pública situada por encima de las políticas sectoriales sobre drogodependencias, SIDA, enfermedades infecciosas, y lucha contra la exclusión social, por más que todas estas políticas hayan tenido la intención de ser intersectoriales desde su mismo diseño.

Históricamente los programas de reducción de riesgos y de daños surgieron en nuestro país como consecuencia de la confluencia de dos factores: Uno, el desarrollo de determinadas enfermedades graves como el SIDA y de otros problemas (sociales, de seguridad, etc.) vinculados o añadidos al consumo de drogas; y dos, la relativa incapacidad de los servicios específicos y de atención primaria para atender estos problemas en un determinado grupo de drogodependientes. Nos referimos concretamente a los (drogo)dependientes que no acudían a los servicios, y que históricamente eran los que acumulaban este tipo de problema.

La estrategia de reducción de riesgos y daños surge, pues, como un intento de atraer a los drogodependientes -al menos a determinados drogodependientes que padecen problemas graves- a los servicios, y como un esfuerzo por aproximar determinados servicios a los drogodependientes allí donde se encuentren.

Pero ¿por qué determinados sectores de la población drogodependiente no acudían/acuden a los servicios? Para contestar esta pregunta hay que realizar un breve recorrido histórico de la evolución de la asistencia a las (drogo)dependencias en nuestro país.

## **10.1. La evolución de la asistencia en (drogo)dependencias**

Podemos distinguir varias etapas en la atención a las drogodependencias en nuestro país.

Hasta 1967, fecha en la que nuestro país se incorporó al Convenio único de Naciones Unidas y puso en marcha, aunque con muy pocos medios, la Brigada Especial de Estupefacientes y el Servicio de Control de Estupefacientes, puede decirse que España carecía de una política en materia de drogodependencias. El discurso que se mantenía sobre "el peligro de las drogas" no se sustentaba en actuaciones reales. De hecho, el consumo estaba despenalizado, aunque más por desidia que por voluntad expresa. Quizá entonces se inició el divorcio entre el contenido del discurso y la realidad que siempre ha acompañado al problema de las drogas en nuestro país. Un ejemplo de ello es que desde hace algunos años se viene declarando que "lo más importante es la prevención" pero las inversiones públicas no han acompañado esa afirmación.

Durante los años setenta se va incrementando la demanda de atención por problemas derivados del consumo de drogas ilegales pero no encuentran una respuesta pública satisfactoria. Sólo algunos ayuntamientos, algunos dispensarios antialcohólicos y algunas unidades de salud mental intervienen desde el sector público. También los afectados y familiares comenzaron a organizarse por su cuenta y algunas organizaciones religiosas e incluso algunas sectas comenzaron a intervenir ofreciendo asistencia. La oferta terapéutica hegemónica por aquella época era el "centro/granja". A este periodo de respuestas asistenciales espontáneas y descoordinadas lo denominó Domingo Comas "espontaneista", y se prolongó desde 1979 aproximadamente hasta 1986, fecha en la que se aprobó el PND (Comas, 1990).

El Plan Nacional de Drogas (PND) fue el resultado de un auténtico pacto de estado entre todas las fuerzas políticas. El PND cumplió el objetivo de ordenar, racionalizar e impulsar el sector. El PND elaboró las líneas estratégicas básicas de todas las áreas de intervención (prevención, asistencia, reinserción, represión del

tráfico, registro, investigación etc.), se dotó de instrumentos de coordinación a nivel interministerial y con las Comunidades Autónomas, creó una Comisión Mixta Congreso/Senado para el estudio y seguimiento de los problemas relacionados con el consumo de drogas y constituyó un foro consultivo que hasta 1998 reunió a las ONGs del sector. Pero donde concentró sus mayores esfuerzos fue en la asistencia. El PND debía desarrollar un sistema de atención público y profesional, y garantizar la asistencia a todos los toxicómanos que la solicitaran en el territorio nacional. En pocos años puso en marcha una red pública y concertada, atendida por equipos de profesionales de diversas disciplinas (psicólogos, personal sanitario, monitores, trabajadores sociales, etc.) y compuesta por unidades básicas de atención ambulatoria, centros de día, unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas y otros recursos destinados a la reinserción.

En conjunto el PND fue una apuesta política fuerte y bien articulada, aunque con algunas sombras: a) estar demasiado orientado hacia las drogas ilegales; b) la incapacidad práctica para ofrecer una participación institucional en su seno a la Administración Local; y c) la incapacidad para conseguir la integración efectiva de los dispositivos específicos de atención a las drogodependencias de nueva creación en el sistema general de atención preexistente.

La aprobación del PND y la posterior consolidación de la red asistencial, puso fin a la etapa anterior caracterizada por el voluntarismo, la confusión, la precariedad y la desigual implantación de los recursos en el territorio. La implantación del PND supuso un paso de gigante en la política de atención a las drogodependencias en España.

Pero seguramente como consecuencia de que la demanda de atención siempre había ido muy por delante de la oferta, se creó un sistema de atención muy eficaz para los drogodependientes de drogas ilegales que deseaban abandonar el consumo de drogas, pero no se habían previsto demasiadas alternativas para aquellos que no acudían a tratamiento. Pronto quedó de manifiesto que un sector

de los drogodependientes no se adaptaban a la oferta terapéutica por diversos motivos. En parte, porque los servicios específicos estaban demasiado centrados en el objetivo prioritario de la abstinencia y en las drogodependencias de sustancias ilegales (quizá como herencia de un modelo terapéutico anterior, pero también porque entonces se defendían principios tales como los de evitar la cronificación de los pacientes y la dependencia de los servicios) y en parte, como ya se ha dicho, por la relativa incapacidad de los servicios de atención primaria sociales y de salud para ofrecer respuestas de primera línea a todos los drogodependientes.

La consecuencia más grave de esa situación fue la falta de control sociosanitario sobre determinadas enfermedades y situaciones problemáticas muy graves relacionadas con el consumo de drogas. A partir de esa evidencia los centros específicos comenzaron a diversificar sus ofertas terapéuticas y también comenzaron a desarrollarse otras intervenciones selectivas dirigidas a distintos tipos de usuarios de drogas: Programas de intercambio de jeringuillas, tratamientos con agonistas opiáceos (sobre todo, pero no sólo, metadona), centros de acogida, programas en medio abierto, programas en el ámbito policial y penitenciario, materiales preventivos/divulgativos, etc.

También desde el punto de vista teórico y metodológico aparecieron nuevos modelos de intervención, que hicieron compatibles los objetivos de los programas de reducción de riesgos y de daños con los objetivos de los llamados programas libres de drogas. Tal es el caso de *"El modelo transteórico de cambio de comportamiento y asignación terapéutica"* de Prochaska y Di Clemente (Prochaska, 1994), que trata de adaptar la oferta terapéutica al momento evolutivo por el que atraviesa cada (drogo)dependiente en el proceso de mejora (o conservación) de su salud y calidad de vida, y que puede pasar o no por el abandono del consumo de drogas.

Todo ello supuso un gran avance desde el punto de vista de la salud pública y desde el de la calidad de vida de muchos drogodependientes, pero, de nuevo, los programas se concentraron

en los problemas derivados del consumo de drogas ilegales, cuando los derivados del alcohol y el tabaco suponían un problema de salud pública de primera magnitud y los problemas relacionados con las adicciones comportamentales no dejaban de crecer.

## **10.2. La estrategia de reducción de riesgos**

En palabras de Victor Martí, la prevención de riesgos se puede definir como "*todas aquellas acciones individuales o colectivas de carácter médico o social, tendentes a disminuir los efectos negativos asociados al consumo de drogas*". Los programas de esta índole pretenden aumentar el número de contactos y relaciones entre los (drogo)dependientes y los servicios para aumentar la probabilidad de influir en la curva de motivación para el cambio. Los objetivos son los siguientes:

- A) *Contactar y atraer a los consumidores de drogas (y otros adictos) a la red socio/sanitaria.*
- B) *Disminuir los riesgos físicos, legales, sociales, etc., que ciertas condiciones de consumo (o adicción) generan.*
- C) *Disminuir la marginalidad.*
- D) *Aumentar la calidad de vida.* (GID, 1997).

En cualquier caso, aunque la estrategia global de reducción de riesgos se haya puesto en marcha a partir de determinados problemas derivados del consumo de drogas ilegales, puede constituir un marco adecuado para el abordaje de problemas relacionados con el consumo de todo tipo de drogas y con las adicciones comportamentales. Eso sí, siempre que seamos capaces de entender la "reducción de riesgos" como una estrategia asistencial amplia y comprensiva, y no como una opción particular opuesta a otros tipos de opciones terapéuticas entre las que se encuentran los mal llamados programas "libres de drogas".



La propuesta de Martí no entra en consideraciones sobre modalidades terapéuticas, habla de aproximar las personas con problemas derivados de las (drogo)dependencias al sistema sociosanitario, y los recursos del sistema a las personas. Lo deseable es que este sistema disponga de una variedad de opciones de intervención según los casos particulares. De manera que ni teórica ni técnicamente existe contradicción entre la estrategia de reducción de riesgos y cualquier modalidad de tratamiento por exigente que éste sea, siempre y cuando la indicación terapéutica esté bien hecha.

Han sido los enfrentamientos ideológicos, de intereses sectoriales y hasta políticos los que han contribuido a crear cierta confusión en el sector de la asistencia, así como a producir una terminología poco rigurosa. Por ejemplo, no parece razonable designar a un tipo de tratamiento por el fármaco que se emplea en el mismo como ocurre en el caso de la metadona, y mucho menos a todo un programa. ¿Qué significa "programa metadona"? Un programa es mucho más que una sustancia, y una misma sustancia puede prescribirse médicamente de diversas maneras en distintos tipos de tratamientos individualizados.

Por otra parte, cabe preguntarse lo mismo respecto a los "programas libres de drogas". ¿Qué significa libre de drogas? ¿Un objetivo? En tal caso la mayoría de los programas pueden compartirlo dependiendo del plazo del mismo. Un médico de cabecera puede estar tratando un problema respiratorio actual de su paciente sin perder de vista el objetivo a medio plazo del abandono del consumo de tabaco. ¿Significa que durante el tratamiento no se pueden consumir drogas? En ese caso habría que explicar qué se hace con las personas que consuman esporádicamente durante el tratamiento y con las que sufran recaídas.

Finalmente, también puede significar que en esos tratamientos o programas no se emplean determinados fármacos. Aún así no nos parece la mejor forma de designarlos, entre otras cosas porque están identificando droga con la prescripción médica de una

sustancia. Si para el tratamiento de un paciente en particular no es necesario emplear fármacos, ya sea para tratar una (drogo)dependencia o para reducir el colesterol mediante indicaciones alimentarias y de ejercicio, lo mejor es no emplearlos, pero si son útiles desde el punto de vista del profesional y el paciente está suficientemente informado sobre sus características y sobre otras opciones terapéuticas, no debería haber problema.

Y es que el problema, tanto en el tratamiento como en las (drogo)dependencias, no reside exclusivamente en la sustancia. ¿Tendremos que recordar que son otros muchos factores psicológicos, familiares, sociales, etc., los que influyen en las dependencias y en su tratamiento? Alrededor de las sustancias lo que sí se mueven son muchos intereses: Hay un poderoso mercado ilegal detrás de las drogas, un poderoso mercado legal detrás del alcohol y el tabaco, y un poderoso mercado farmacológico detrás de las sustancias empleadas en los tratamientos, que implica a los grandes laboratorios y al sistema sanitario, y además, cada uno de estos mercados dispone de su propio aparato de publicidad y propaganda, lo que no contribuye demasiado a la clarificación del problema.

La cuestión reside en ser capaces de ofrecer una asistencia de calidad, diversificada, que se adapte a las necesidades de cada paciente, que priorice la atención de los problemas según la gravedad de los mismos en cada caso, y que siempre tenga presente que la motivación para el cambio de conducta tiene un carácter eminentemente evolutivo.

Francamente, creemos que ya podemos abandonar los eufemismos y las definiciones tendenciosas, que bajo las denominaciones de estrategias de reducción de riesgos, de reducción de daños -no sé por qué algunos hablan de "el daño" en singular, convirtiéndolo en una amenaza única pero indiscriminada, es decir, en un monstruo- y de promoción de la salud, están comprendidas todas las opciones terapéuticas y todos los programas. Respecto a cuales son los criterios para la mejor indicación terapéutica de un tipo u otro de tratamiento, creemos que se trata de una cuestión técnica, en las

que los profesionales se pueden poner de acuerdo si se dejan de lado intereses corporativos y los políticos no se inmiscuyen excesivamente.

Situados ante esta perspectiva lo que los municipios deben plantearse en el ámbito asistencial es qué tipo de acciones puede desarrollar el Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias en el marco de la reducción de riesgos como estrategia global, en colaboración con los servicios específicos y generales para complementar y mejorar la labor que éstos vienen realizando en este terreno. Al hacerlo así, no sólo trabajarán para mejorar la situación en relación con las (drogo)dependencias en su ciudad, sino que desde una perspectiva de salud pública contribuirán a la mejora de la calidad de vida de todos los ciudadanos.

La reducción de riesgos no sólo ofrece una mayor continuidad entre la prevención y la asistencia, sino que permite una mayor adecuación a las necesidades de las personas y los grupos. Por ejemplo cabe plantearse programas con objetivos modestos y realistas que puedan alcanzar a grandes sectores de población (basados en la moderación o el uso racional) y también priorizar otro conjunto de medidas destinadas a las prácticas de mayor riesgo.

### ***10.3. La aportación del PMD en la asistencia***

Tal y como venimos procediendo en capítulos anteriores, lo primero será prestar atención a los hallazgos del diagnóstico. No todas las localidades van a tener los mismos problemas, las mismas maneras de percibirlos y los mismos recursos. Lo que va a ser común en todos los casos es la necesidad de contar con los centros o servicios específicos y los servicios generales para establecer las prioridades y las acciones complementarias, así como favorecer la coordinación entre todos para ofrecer una respuesta coherente en el territorio. Se pueden inventar programas nuevos pero es mejor comenzar por lo que ya hay. Recordemos brevemente con qué contamos:

A pesar de que existen ciertas diferencias en el modo en que las diversas Comunidades Autónomas han organizado la asistencia especializada en sus respectivos territorios (Departamento a que pertenece: Salud, Salud Mental, Servicios Sociales; Ratio de unidades de atención/población; Tipo de (drogo)dependencias que atienden; Administración de la que dependen: Ayuntamiento, Diputación, Comunidad Autónoma; Inversiones que realizan en total y por áreas de intervención: prevención, asistencia, reinserción, etc.), podemos asegurar, sin temor a equivocarnos, que todos los ciudadanos drogodependientes tienen un centro público o concertado de referencia que les atenderá en condiciones no idénticas, pero sí similares. También existen asociaciones nacionales, autonómicas y locales que agrupan a personas rehabilitadas o en rehabilitación relacionadas fundamentalmente con el alcohol y el juego de azar (dos de los aspectos que proporcionalmente menos atiende la red de atención específica).

En cuanto a servicios generales también disponemos de una red de Servicios Sociales y de una red de Salud en todo el Estado, a las que hay que sumar los recursos propios de los municipios en materia de bienestar social. Estos últimos son muy importantes a la hora de abordar los problemas relacionados con las (drogo)dependencias sectorialmente (jóvenes, mujer, tercera edad).

Respecto a los problemas diagnosticados en el estudio de la realidad pueden ser de muy diversa índole, pero algunos de ellos pueden girar en torno a los siguientes aspectos:

- Diferencias en torno a la forma de percibir la gravedad del consumo de drogas legales e ilegales por parte de la población.
- Diferencias respecto a la atención que reciben los (drogo)dependientes de unas u otras sustancia y los que padecen adicciones conductuales
- Problemas relativos a la falta de coordinación y de complementariedad en las medidas sanitarias y sociales que

hacen problemático el cumplimiento de determinados programas.

- Quejas de los usuarios y familiares de algunos servicios.
- Mala imagen social y protestas vecinales respecto a algunos programas o a la forma de prestar determinados servicios, etc.
- Grupos de personas con problemas relacionados con las (drogo)dependencias que no acuden a los servicios.
- Falta de determinado tipo de recursos sociales o sanitarios.

¿Cómo agrupar o clasificar los problemas desde el punto de vista local? No podemos enumerar todos los tipos de problemas que pueden presentarse en relación con las (drogo)dependencias y su atención, pero podemos intentar agruparlos en varias categorías desde el punto de vista de la calidad en la prestación de servicios y de los objetivos que se pretenden cubrir, como los mencionados más arriba por Martí.

En primer lugar podemos contemplar aquellos problemas relacionados con las (drogo)dependencias que no están atendidos por determinados servicios públicos o lo están insuficientemente, como ocurre con las adicciones comportamentales tales como el juego patológico o la adicción a internet. Estos problemas pueden no estar recogidos en la cartera de servicios de ninguno de los servicios públicos presentes en el territorio. También puede darse el caso de estar atendidos por alguna asociación específica ubicada de forma más o menos próxima a nuestra localidad.

En estos casos el PMD puede plantearse varias alternativas dependiendo de la dimensión de la problemática en su zona y de la percepción social del fenómeno y de los recursos disponibles: Ofrecer colaboración al servicio específico para tratar de atender la problemática; Ofrecer colaboración al grupo de afectados para que se organice o se asocie; Colaborar con las asociaciones existentes en

la localidad interesadas por el problema; Organizar algún tipo de servicio de acogida, de apoyo y de derivación desde los servicios sociales que trabaje en colaboración con los servicios que atienden la problemática aunque estén ubicados fuera de la localidad; Facilitar el traslado a otros recursos.

En segundo lugar, existe un conjunto de problemas relacionados con las (drogo)dependencias para los que sí disponemos de recursos generales y especializados, pero el problema reside en que un sector de los (drogo)dependientes que los padecen no acuden a los servicios ni solicitan explícitamente asistencia. Aquí también conviene distinguir entre los que sus problemas están relacionados con una sustancia o actividad legal y aquellos cuyos problemas están relacionados con una sustancia ilegal.

Entre los primeros podemos englobar un sector importante de las personas que tienen problemas con el alcohol y no lo reconocen, algunas personas adictas o que abusan de psicofármacos y algunas personas con adicciones comportamentales y muchos fumadores (cuando existiendo un recurso que les atiende no acuden). También habría que incluir aquí algunos cocainómanos que están integrados socialmente. Como para estos problemas sí existen recursos, la labor a realizar será similar a la que desarrollamos en el capítulo dedicado a la incorporación social: a) mejorar la oferta haciendo más accesibles los recursos; b) favorecer la coordinación entre ellos y c) fomentar la demanda.

En relación con la accesibilidad, los servicios de atención primaria pueden jugar un papel fundamental, ya que a ellos acuden todas las personas con este tipo de problemas, aunque sea por otros motivos sociales y de salud. Muchos bebedores, fumadores, abusadores de psicofármacos o ludópatas y/o sus respectivos familiares acudirán en más de una ocasión a los servicios de atención primaria, pudiendo utilizarse cualquiera de esos contactos para comenzar un trabajo de motivación, siempre y cuando los profesionales de estos servicios dispongan de una estrategia de "captación" adecuada.

También hay que asegurar una coordinación fluida entre los servicios generales y los específicos para aquellos casos que lo

requieran mediante mecanismos de derivación, seguimiento y supervisión.

Desde el punto de vista de la accesibilidad y desde el del fomento de la demanda es fundamental remover ciertos obstáculos psicosociales que dificultan el acceso. Uno de los más frecuentes es que se identifiquen los centros específicos como centros para "drogadictos".

En relación con el fomento de la demanda de atención por problemas relacionados con las drogas o las actividades legales, sí están recomendadas las campañas de información y concienciación dirigidas no sólo a los afectados sino también a sus familiares, amigos, profesionales y comunidad en general.

Por otra parte hay considerar a los toxicómanos -los (drogo)dependientes de drogas ilegales- que por diversos motivos no acuden a los servicios. Para ellos se han ideado programas con diverso grado de exigencia y los programas de reducción de daños, con el objetivo de adaptarse lo más posible a las condiciones objetivas y subjetivas de los usuarios. Algunos programas se desarrollarán en servicios específicos, otros en colaboración con los generales, y otros en el medio abierto.

Desde el punto de vista local hay que conocer los distintos grupos de drogodependientes con dificultades de acceso a los servicios y las características de estos servicios y programas. Hay que poder identificar las dificultades y saber dónde radican. En la mayoría de los casos encontraremos una combinación de problemas económicos, sociales y de salud añadidos a los de la drogodependencia. El PMD tendrá que decidir, en colaboración con los servicios específicos y generales (en ocasiones ambos pueden pertenecer al propio municipio), qué acciones complementarias a las que se vienen realizando se pueden poner en marcha para facilitar el acceso de estos ciudadanos a los distintos servicios y programas.

En relación con el fomento de la demanda de atención de todos los tipos de problemas relacionados con las (drogo)dependencias, el municipio puede apoyar a los profesionales, a las asociaciones, a los afectados de diversas maneras, pero también puede intentar dirigirse a la comunidad en su conjunto para facilitar socialmente tanto la petición de asistencia como la prestación de la misma. El municipio se puede implicar, junto con los medios de comunicación locales, las asociaciones y otros líderes de opinión, en el intento de producir un cambio sociocultural respecto a los problemas derivados de las (drogo)dependencias (legales e ilegales, de sustancias y conductuales), en la línea de evitar la exclusión social y de favorecer el acceso a los servicios de todos los ciudadanos.

En tercer lugar podemos encontrarnos con problemas derivados de la forma de dispensación de la asistencia y de la falta de coordinación entre los servicios sociales y de salud. Un ejemplo habitual es cuando algunos drogodependientes con graves dificultades de incorporación social o claramente excluidos se inscriben en programas de disminución de riesgos desde el punto de vista sanitario, pero que no van acompañados de otras medidas de disminución de riesgos sociales, y además se ven en la tesitura de tener que acudir a determinados servicios donde se concentra la dispensación del tratamiento a una determinada hora. Los casos en que se está dispensando el tratamiento de modo incorrecto, están ofreciendo una imagen negativa a la población sobre determinados programas de disminución de riesgos en los que se emplea metadona. Pero el problema no está en la utilización de metadona para el tratamiento, sino en la forma de organización y ejecución de los programas.

La verdad es que a veces la solución de determinados problemas relacionados con las drogodependencias tienen que ver sencillamente con un enfoque de la calidad del servicio que se presta, ni más ni menos que en cualquier otro área. Para que un servicio dirigido a las (drogo)dependencias sea considerado de calidad debe cumplir con determinados requisitos: fiabilidad, competencia, capacidad de respuesta, accesibilidad, empatía y cortesía, comunicación, credibilidad, seguridad, comprensión del



ciudadano, evidencia física del servicio, igualdad, honradez, y estar orientado a satisfacer al cliente, de igual manera que cualquier otro servicio público (ESIC, 2001). No resulta muy justificable que nos preocupemos por la calidad de los servicios públicos cuando los prestamos desde un gran teatro, una sala de exposiciones o una oficina situada en el edificio-palacio de la corporación, por ejemplo, y nos olvidemos de ella cuando los usuarios sean drogodependientes.

Aunque lo hayamos dejado para el último lugar, es por aquí por donde hay que empezar; por desideologizar el problema de las (drogo)dependencias y por tratar a los usuarios como lo que son: ciudadanos (clientes).

En los casos en que el responsable del servicio sea el Ayuntamiento también lo será de la calidad del servicio, en los casos en que no sea así puede apoyar a los usuarios, familiares y las asociaciones en sus legítimas peticiones de mejora de los servicios.

Resumiendo, en cualquier caso, los ayuntamientos pueden desarrollar una política de promoción de la salud que combine la prevención con la reducción de riesgos, que atraviese todas las áreas municipales (que se aplique también ejemplarmente en la propia Corporación contando con la colaboración de los servicios de salud y el departamento de recursos humanos), teniendo siempre en cuenta: a) haber dispuesto previamente de un buen diagnóstico compartido por todos los interesados, b) mantener una disposición de complementariedad respecto a la meta global de la reducción de riesgos, y c) trabajar en colaboración y en coordinación.

## **11. La implementación: de la teoría a la práctica**

---

*"Eso es una teoría, exactamente como una caja de herramientas. No tiene nada que ver con el significante... Si no hay gente para servirse de ella, empezando por el propio teórico... es que no vale nada, o que no ha llegado su momento". (Foucault, 1995).*

La verdad es que confiamos en tener poco que decir en este apartado ya que hemos procurado ser muy prácticos en los capítulos anteriores ofreciendo pistas sobre como se podían poner en acción las ideas que sugeríamos en el texto.

No creemos que sea posible seguir al pie de la letra ninguna guía para realizar un proyecto de intervención real con personas reales, por supuesto tampoco la que proponemos a lo largo de todo el libro, pero, a veces, resulta de utilidad tenerlas a mano. En cualquier caso, existen una serie de recomendaciones para la puesta en marcha de planes y programas sistematizadas por diversos autores que conviene repasar.

Hemos seleccionado el material de dos autores, cuyos manuales completos recomendamos leer, que proceden de campos distintos. Uno es Alain Rochón, procede del campo de la salud y el manual donde desarrolla al completo su propuesta lleva por título "Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto"

(Rochón, 1992). El otro es Ezequiel Ander-Egg, procede del ámbito de la intervención comunitaria, y el libro que hemos utilizado se llama "La animación y los animadores" (Ander-Egg, 1989). Finalmente, hemos optado por incluir también una página del profesor Francisco Alvira, donde recoge los obstáculos que pueden surgir para conseguir una buena aplicación de los programas de prevención. El autor dice que, aunque no forman parte en sentido estricto de los programas de prevención, hay que prever los obstáculos y tener un plan de acción. Se encuentra en el libro "Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas" (Alvira, 2000).

### ***11.1. Proceso de aplicación del Plan Municipal sobre (drogo)dependencias***

El proceso práctico de realización de un Plan de estas características difícilmente sigue un curso tan rectilíneo como el que hemos dibujado hasta ahora: Estudio, análisis, selección de objetivos y estrategias, planificación, programación, ejecución y evaluación. Las dificultades pueden ser de diversa índole, por ejemplo, pueden surgir problemas urgentes cuya solución, aunque sea provisional, no puede esperar el resultado de los estudios.

También pueden existir programas que ya están funcionando y que sean difíciles de modificar, o, lo que ocurre con más frecuencia, que los plazos y las fases de la Administración no se adapten a los de la metodología del proyecto.

No existen dos situaciones iguales pero generalmente el proyecto pasará por algunas fases que conviene conocer:

Habrán unas primeras tomas de contacto entre el/los promotores técnicos y la institución (Ayuntamiento) para ver si se adecuan las expectativas de una y otra parte.

Se elaborará un primer borrador de lo que se pretende hacer, una especie de anteproyecto, que permita visualizar a los responsables

el alcance de la empresa (temporal y material) que van a emprender.

Una de las primeras acciones será la realización de un estudio, pero puede consistir en un primer sondeo provisional para prever la envergadura del proyecto antes de seguir adelante o convertirse en la primera fase real del Plan; es decir, la que corresponde al estudio de la realidad y al diagnóstico.

En algún momento tendrá que producirse la presentación y aprobación, en su caso, del Plan en el Pleno del Ayuntamiento. Habrá que crear la estructura coordinadora del Plan, dotarlo presupuestariamente e integrarlo en las estructuras normales municipales y conveniarlo con el Plan Autonómico.

Una vez aprobado, tendrán que acometerse las reformas estructurales que sean precisas en las Áreas o las Delegaciones y los servicios. Habrá que negociar con el Plan Autonómico el modo concreto de colaboración y poner en marcha los foros o comisiones de participación por los que se haya optado.

Posteriormente, en otro nivel, tendrán que desarrollarse los programas por parte de cada una de las Delegaciones y Servicios a los que se hayan asignado. Todos los programas estarán orientados por los resultados del Estudio de la Realidad, del Diagnóstico, de la Selección de Objetivos y Estrategias Generales, pero dispondrán de sus propios objetivos, metodología, recursos y sistema de evaluación específico. A este nivel corresponde mucho de lo publicado sobre programas de prevención y es al que hace referencia Rochón como veremos más adelante.

## ***11.2. La implementación y la eficiencia creativa***

Ander-Egg plantea la cuestión de la implementación en el contexto de la dialéctica entre "decisiones racionales", lo que en nuestro caso significaría una "planificación bien hecha", y "acciones racionales", lo que significaría una buena ejecución del programa. "La

*planificación racional es una condición necesaria pero no suficiente para que la práctica sea racional" (Ander-Egg, 1989).*

Una cosa es la lógica de la formulación (que se da cuando se elabora un plan, programa o proyecto), y otra la lógica de la realización que debe aplicarse a situaciones contingentes y aleatorias. La realidad concreta está compuesta por un conjunto de elementos previsibles e imprevisibles a los que siempre hay que adaptarse.

Para que se dé la mayor coherencia entre los planteamientos teóricos de la planificación y la práctica, es necesario desarrollar una serie de cualidades que se denominan eficiencia creativa. Estas se pueden resumir de la siguiente manera:

- Habilidad para percibir y tratar los problemas, conductas, actitudes, y necesidades de las personas concretas que tienen que ver con el programa o actividades que se realizan.
- Flexibilidad: que se expresa en la capacidad de ajustarse rápidamente a las situaciones cambiantes y a los nuevos desarrollos sin perder los objetivos estratégicos.
- Fluencia: que es la capacidad de aprovechar los nuevos emergentes o situaciones para seguir avanzando hacia el logro de la situación/objetivo.
- Capacidad de análisis: apreciación sistemática y crítica que se hace dividiendo un problema en sus partes, relacionando todas y cada una de ellas entre sí y con la totalidad.
- Capacidad de síntesis: integrando los elementos o partes que constituyen una totalidad.

Cada situación/problema que se confronta tiene algo de inédito; nunca es simple repetición de otra situación. Para resolver problemas y para una acción racional, más que experiencia se necesita capacidad creativa. Pero la capacidad creativa no es un

conocimiento más; es una manera de usar el conocimiento y de aplicarlo para obtener un resultado. Crear es:

**Hacer que algo exista**

**Combinar lo existente de manera diferente**

**Innovar, mejorando lo existente** (Ander-Egg, 1989).

La eficiencia creativa es un conjunto de cualidades que debe adornar al equipo promotor del Plan durante todas sus fases. Vale para el diseño de la planificación estratégica, ya que tal y como la hemos definido aquí no es un trabajo de gabinete sino de una gran participación, y vale para la ejecución de los programas y las actividades.

La aportación de Rochón a la fase de implementación se corresponde mejor con la aplicación de los programas. En nuestro caso, cuando hemos alcanzado este grado de concreción, el de los programas, ya hemos realizado una parte importante del conjunto del proyecto.

Para Alain Rochón los objetivos que corresponden a la fase de implantación de un proyecto son dos:

- ◆ favorecer la adhesión de los participantes al proyecto;
- ◆ facilitar la implantación de los distintos componentes del proyecto en cada organismo participante. (Rochón, 1992).

### ***11.3 Características de la Implantación***

*1º) Los niveles de implantación del proyecto en la organización.*

Existen cuatro fases de implantación en cualquier proyecto.

Mientras más completo sea el cumplimiento de cada una de ellas mejor será la implantación:

**Compromiso de la organización.** Se refiere al compromiso formal.

**Los cambios estructurales.** Generalmente son consecutivos al anterior y pueden implicar cambios en las estructuras, presupuestos, personal, funciones, etc.

**El cambio de roles y tareas del personal.** Se modifican las tareas, las rutinas, las funciones de los técnicos.

**La participación en las actividades.** Es el resultado final. Si los destinatarios no participan en las actividades el programa no tendrá utilidad por muy bien que esté diseñado teóricamente.

2º) *Características que favorecen la implantación de un proyecto (Utiliza la regla mnemotécnica ACCES).*

**A. Ventaja relativa.** El proyecto debe suponer una ventaja respecto a lo que existía anteriormente desde el punto de vista de los participantes, no del equipo del proyecto.

**C. La compatibilidad.** El proyecto debe ser compatible con los valores de los participantes, según los propios participantes.

**C. La complejidad.** Si es fácil de comprender y de poner en marcha tiene más posibilidades de ser aceptado.

**E. El potencial de ensayo.** Que se pueda probar antes de comprometerse a adoptarlo facilita su adopción.

**S. Observabilidad.** Es más fácil de adoptar si se puede seguir su evolución.

3º) *Características del equipo que favorecen la adhesión de los participantes (Utiliza la regla mnemotécnica CADEAU).*

Estas características ya las vimos cuando hablamos del perfil del equipo promotor. Son las siguientes:

**C. La credibilidad.** El equipo aparece como creíble e inspira confianza. La credibilidad está relacionada con dos aspectos fundamentales: la experiencia y la objetividad.

**A. La adaptabilidad.** El equipo del proyecto favorece y permite la adaptación del proyecto. Por ejemplo, el hecho de modificar una actividad para responder a una necesidad justificada de los participantes aumenta su confianza en el equipo del proyecto, aumenta su motivación y permite una mayor aceptación.

**D. La disponibilidad.** Se adapta a la agenda de los participantes y no trata de imponer la suya. Es fácil hablar con él, encontrarse o reunirse.

**E. La escucha.** Está a la escucha de los problemas y dificultades de los participantes. Conoce los canales informales de comunicación y los rumores.

**A. La afabilidad.** La gentileza, la delicadeza y la empatía son triunfos para un equipo. La cualidad de las relaciones que mantienen los miembros del equipo entre sí y con los participantes es un factor importante de adhesión al proyecto. El equipo del proyecto debe ser amable y no debe ser orgulloso.

**U. La utilidad.** Debe ser útil a distintos niveles: encontrar recursos, crear material, dar formación, hacer circular la información, evaluar para mejorar, etc. (Rochón, 1992).

### ***11.4 Dificultades de la Implementación***

Como ya mencionamos anteriormente, esta afirmación corresponde a Francisco Alvira que, tras analizar con los técnicos municipales de la Comunidad de Madrid los obstáculos más frecuentes con que



tropezaban los programas municipales de prevención, propone las siguientes medidas:

- 1º) Suficiencia de recursos financieros, materiales y personales.
- 2º) Comunicación y coordinación adecuada entre los diferentes elementos de la organización.
- 3º) El organismo, institución, o persona que vaya a realizar la aplicación debe tener suficiente capacidad política y de gestión.
- 4º) Claro apoyo al programa por parte de las autoridades y representantes políticos de la comunidad.
- 5º) Oportunidad del momento de la implantación. La implantación debe realizarse en el momento adecuado para la población intermedia, destinataria y para los propios decisores políticos.
- 6º) Hay que desarrollar planes de contingencia ante imprevistos y prever resistencias al programa.
- 7º) Los profesionales y la población intermedia, a veces también la población destinataria, deben estar implicados en la aplicación del programa. (Alvira, 2000).

Finalmente, el autor concluye que, para evitar éstos y otros problemas, antes de la aplicación del programa hay que identificar claramente las condiciones necesarias para el éxito del mismo, así como los obstáculos y problemas para una buena implantación. Todo ello coincide con el análisis DAFO que proponemos en los primeros capítulos que, a nuestro juicio, resulta imprescindible para la puesta en marcha del Plan.

Por otra parte Alvira (Alvira, 2000) propone que se elabore un plan de aplicación que especifique claramente los pasos que se señalan en el esquema siguiente:

- 1º) Ordenar las actividades cronológicamente.
- 2º) Identificar etapas previas de cada actividad.
- 3º) Hacer un listado de actividades con principio y fin.
- 4º) Definir los recursos materiales, financieros y humanos.
- 5º) Especificar responsabilidades.
- 6º) Contactar con las organizaciones necesarias y asegurar su colaboración.
- 7º) Asegurarse de que cada uno sabe qué tiene que hacer y cuándo.



## 12. La evaluación. Conocer para cambiar

---

Este último capítulo está basado fundamentalmente en las aportaciones de dos personalidades de reconocido prestigio en la materia y en sus recientes obras sobre evaluación de programas en el ámbito local, a las que remitimos al lector interesado en profundizar en estos aspectos. Las obras son: "Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas" de Francisco Alvira (Alvira, 2000) y la "Evaluación de programas de ocio alternativo de fin de semana" de Domingo Comas (Comas, 2001).

En el campo de las (drogo)dependencias se utilizan habitualmente varios tipos de evaluaciones o, dicho de otra manera, un proceso de evaluación con varios tipos de objetivos. Generalmente se identifican con los nombres de **análisis o estudio de la realidad** (incluye la evaluación de necesidades), **la evaluación de diseño**, **la evaluación de procesos**, y **la evaluación de resultados** (incluye la evaluación de impacto).

### ***12.1. Estudio de la realidad (Evaluación participativa)***

Preferimos hablar de **estudio o análisis de la realidad**, ya que la evaluación de necesidades nos señala lo que falta, pero no nos informa

de por qué, ni nos indica el camino para superar tales carencias. Su función esencial es fijar los objetivos y características del programa y orientar adecuadamente nuestra acción. Este análisis está íntimamente ligado a la planificación del programa.

Quizá sea la parte más delicada, compleja y necesaria del proceso de evaluación de los programas locales de intervención psicosocial que aspiran a contar con la participación de distintos sectores, administraciones, técnicos, ciudadanos y medios de comunicación. La complejidad de cada realidad local y la diversidad de sus actores exige un acercamiento particular a cada municipio y nos obliga a plantear objetivos y estrategias diferentes con cada uno de ellos.

Domingo Comas propone que, en el abordaje de determinados problemas sociales, la evaluación misma pueda ser considerada como un proceso participativo, en la que el experto en evaluación, si lo hay, jugará el papel de asesor, consultor, formador, facilitador de técnicas e instrumentos, etc., pero no será él quien realiza la evaluación e interpreta los datos, porque esa es una tarea del equipo que realiza el proyecto: "*La evaluación no es una tarea de los evaluadores sino del programa*" (Comas, 2001).

### PRINCIPIOS DE LA EVALUACIÓN PARTICIPATIVA (QUINN, 1997; Adaptado por Comas, 2001)

- ✓ *El proceso de evaluación implica a los participantes en el aprendizaje de la lógica y las destrezas de la evaluación, por ejemplo, establecer objetivos, prioridades, enfocar preguntas, interpretar datos y conectar los procesos a los resultados.*
- ✓ *Los participantes en el proceso reconocen la evaluación. Realizan el enfoque principal y el diseño de decisiones. Extraen y aplican las conclusiones. La participación es real, no simbólica.*
- ✓ *Los participantes enfocan la evaluación en el proceso y los resultados que consideran importantes y con los que se han comprometido.*

- ✓ *Los participantes trabajan juntos como grupo y el asistente de la evaluación aporta cohesión al grupo e investigación colectiva.*
- ✓ *Todos los aspectos de la evaluación, incluyendo los datos, son entendibles y significativos para todos los participantes.*
- ✓ *La autoresponsabilidad interna está altamente valorada. La evaluación, por lo tanto, motiva a la responsabilidad de los participantes primero con ellos mismos y sus comunidades y segundo con la responsabilidad externa.*
- ✓ *El evaluador es asistente, colaborador y un recurso de aprendizaje; los participantes toman las decisiones y evalúan.*
- ✓ *El asistente de la evaluación reconoce y valora las perspectivas y pericia de los participantes y trabaja para ayudarles a reconocer y evaluar su propia pericia y la de los demás.*
- ✓ *Las diferencias de estatus entre el asistente de la evaluación y los participantes son minimizadas.*

Hacer un análisis de la realidad consiste en contestar a tres preguntas: *¿qué hay que saber?, ¿cómo se puede saber? y ¿para qué vamos a utilizar esos conocimientos?* Para lo que hay que establecer una serie de pasos:

- \* Consensuar con los participantes qué se quiere saber.
- \* Determinar las fuentes y los procedimientos por los que obtendremos la información.
- \* Recopilar información suficiente.
- \* Ordenar y elaborar colectivamente la información obtenida.
- \* Discutir los resultados.
- \* Transformar estos resultados en los elementos esenciales para el diseño del proyecto.

La realización colectiva de esta fase de la evaluación tiene otras ventajas añadidas para el propio equipo como son la de disponer de disponer de un saber compartido que facilita el trabajo en común y creación de una cierta identidad de grupo que le permite ser visualizado desde el exterior como grupo promotor.

Resultaría muy prolijo (además de reiterativo respecto a lo recogido en el capítulo sobre el estudio de la realidad) describir aquí todos los componentes de esta fase. En cuanto a los procedimientos y técnicas que se emplean para obtener la información, Alvira (Alvira, 2000) ofrece una lista abreviada que reproducimos a continuación:

- Inventario de recursos.
- Indicadores sociales (análisis de áreas, de factores de riesgo, población objeto)
- Análisis de usuarios/clientes.
- Análisis de uso/utilización.
- Encuesta a informantes.
- Encuesta a usuarios/clientes.
- Encuesta a público en general.
- Observación.
- Grupo focalizado.
- Grupo nominal. Delphi.
- Foro o asamblea comunitaria.

Conviene tener en cuenta que el tamaño del municipio determina la optimización de las correspondientes técnicas de recogida de datos. Así en un municipio pequeño los datos disponibles son menores que en un municipio de mayor tamaño, sin embargo las entrevistas dan más juego en el primero que en el segundo, porque los informantes

claves poseen una mejor información sobre los procesos sociales vividos en la comunidad municipal (Comas, 2001).

Finalmente hay que ordenar racionalmente todos los datos para

- 1º) fijar prioridades
- 2º) en forma de objetivos alcanzables
- 3º) a partir de los recursos disponibles

Conviene recordar en este momento un riesgo del que nos advierte Comas a la hora de fijar los objetivos. Por una parte tienen que ser realistas y alcanzables, pero por otra, no se pueden elegir sólo en función de la certeza de ser alcanzados, como les ocurre a algunos diseños experimentales, que nada aportan al conocimiento científico ni a la intervención social. Hay que ser realistas en el planteamiento de los objetivos, pero también hay que ser ambiciosos si queremos avanzar y no sólo certificar.

## ***12.2 Evaluación del diseño***

Este tipo de evaluación permite prever problemas de aplicación y de funcionamiento del programa. Consiste en un análisis lógico y de coherencia del programa antes de su aplicación para:

- Analizar su coherencia interna (actividades coherentes con los objetivos, objetivos ordenados y coherentes entre sí, temporalización coherente...).
- Analizar la coherencia del programa con los resultados obtenidos en el análisis de la realidad.
- Analizar la adecuación lógica y empírica del modelo de intervención y de la estrategia de intervención en la que se asienta el programa.
- Analizar la viabilidad para las partes implicadas.



### ***12.3. Evaluación del proceso***

Este tipo de evaluación permite conocer cómo está funcionando el programa en la práctica. Implica la necesidad de realizar una permanente evaluación, valoración y transformación de los procesos y procedimientos para optimizar y ajustar el desarrollo del programa y la eficacia de los recursos empleados.

Es un tipo de evaluación fundamental en los programas de prevención, que como vimos tendían a fallar en el momento de la implementación, pero también para comprobar, y corregir en su caso, la evolución del Plan en su conjunto. Si recordamos las características que debían observar los planes comprobaremos que eran básicamente objetivos de proceso más que de resultados, o sea, objetivos relacionados con el "cómo" más que con el "qué" (integridad, intersectorialidad, participación, globalidad, etc.).

Muy relacionada con este tipo de evaluación está la necesidad de disponer de un **sistema de información**, que como ya señalamos anteriormente, es uno de los elementos que definen la calidad de los programas. El sistema de información consiste en una serie de procedimientos de recogida de información del Plan y de los programas de una forma sistemática y continuada.

Todo sistema de información parte de la identificación, selección y/o definición de la información que se estima pertinente recoger. Para ello, tendremos que pensar en las preguntas que queremos que responda. Puede ser muy complejo, muy costoso y tecnológicamente muy avanzado o, por el contrario, puede ser algo relativamente sencillo, manejable y útil. En la mayoría de los planes y programas diseñados para el ámbito local el sistema de información no tiene por qué ser complejo ni costar mucho. En la mayoría de los programas de prevención de tipo local, los soportes documentales del sistema de información pueden consistir en un par de fichas y un cuestionario; las fichas donde se recogen las características de la población objeto del programa y de las actividades del programa, y

el cuestionario para hacer el seguimiento de la participación en las actividades y/o los efectos. (Alvira, 2000),(GID, 1994).

La evaluación de procesos ha de poder responder a preguntas del siguiente tipo: ¿Qué está pasando realmente en el Plan y en los programas? ¿Se van cumpliendo los objetivos de proceso del Plan de integración en las áreas municipales, participación, colaboración intersectorial, etc.? ¿Se ha creado, o se está creando, algún foro de participación? ¿Se ha constituido una estructura de coordinación del Plan? ¿Cuáles son las actividades, actuaciones, ajustes administrativos esenciales de los programas? ¿Se adecuan los perfiles profesionales a las características de los programas? ¿Cuántos usuarios y personal están participando?, ¿cuándo?, ¿con qué frecuencia?, ¿dónde? ¿cuál es la rutina típica de los servicios y las actividades? ¿Cómo se distribuye o se asigna el tiempo, el dinero y el personal? ¿Se presentan variaciones de un lugar a otro? ¿Qué respuesta está obteniendo en los medios de comunicación tanto en frecuencia como en la posición que adoptan respecto al Plan y/o los programas?

Respecto a los procedimientos y técnicas de recogida de información (registro/archivo, observaciones, cuestionarios y entrevistas) remitimos al lector a las obras de los autores citados al principio del capítulo.

Esta evaluación se centra en el análisis y descripción de los efectos conseguidos por el Plan en su conjunto y por cada uno de los programas. Estos efectos pueden ser de muy diversa índole. En la mayoría de los casos cada programa dispondrá de su propio sistema de recogida de información que le permitirá conocer resultados y sacar conclusiones en determinados momentos de su ejecución, no sólo al final del programa. Por ejemplo, en el programa de incorporación social los objetivos estaban relacionados con el aumento de recursos disponibles para la I.S., con el incremento significativo del uso de los mismos y con la consiguiente mejora de la calidad o grado de incorporación social de los usuarios, y todo ello debía ser recogido puntualmente por el sistema de información del programa.

### **12.4. Evaluación de resultados (Evaluación del impacto)**

Para evaluar determinados resultados de los programas con un grado de validez interna suficiente el profesor Alvira propone la utilización de **grupos de comparación o control** o la realización de **mediciones sucesivas** en el tiempo sobre el mismo grupo. En su manual ya mencionado recoge una serie de diseños que ofrecen una gran garantía por su grado de validez interna. Son los siguientes: **Los diseños experimentales**, los **diseños cuasi experimentales con pretest-postest y grupo de comparación** y los **diseños de series temporales** (Alvira, 2000).

Por su parte, Domingo Comas, nos ofrece un modelo para la **Evaluación de impacto** (medida de la eficacia social de un programa), basado en el uso de la técnica de los **grupos de discusión** (Comas, 2001).

En relación con la evaluación de resultados, el problema que se plantea en numerosas ocasiones es el de la disponibilidad de recursos técnicos y económicos para la correcta realización de determinados diseños de evaluación, y también el de la proporcionalidad entre la modestia de los recursos con los que cuentan los programas y las exigencias metodológicas de algunos diseños de evaluación.

Desde nuestro punto de vista la evaluabilidad de un programa está directamente relacionada con su diseño, con su sistema de información: es ahí donde hay que concentrar los esfuerzos. Hay que pensar en sistemas sencillos y fáciles de manejar que se apliquen simultáneamente a la realización del programa, al menos en los más modestos. En caso contrario, nos encontraremos con lo que ocurre actualmente, que se evalúa poco porque los que tienen que desarrollar los programas con pocos medios perciben la evaluación como una imposición y un inconveniente más que como una ventaja.

*"(Para los planes municipales): La palabra evaluación constituye un referente de afirmación hacia el exterior sobre la rigurosidad y validez del programa puesto en marcha, pero inútil e incluso incómodo a la hora de asumir las implicaciones que comporta" (GID, 1995).*

También en este terreno hay que conseguir que **sean más fáciles las opciones más eficientes.**



## Comentarios finales

---

Si prestamos atención a los resultados de informes como el Lalonde (FAMP, 1995), según el cual el factor más determinante para la conservación de la salud y la disminución de la mortalidad es el "estilo de vida", situándose muy por encima del propio Sistema Sanitario (en una proporción del 43% y el 11% respectivamente), y aceptamos la definición de estilo de vida que nos ofrece Mendoza (Mendoza, 1990): "*Estilo de vida es el conjunto de patrones de conducta que caracteriza la manera general de vivir de un individuo o grupo. Es fruto básicamente de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de este individuo o grupo*"; parece lógico pensar que lo que el futuro va a demandar serán modelos de intervención cuya tecnología psicosocial permita abordar el cambio de conducta de las personas en el marco de los distintos "estilos de vida" donde se inscriben y en los contextos en los que se desarrollan y cobran significado.

Fenómenos ciudadanos relativamente recientes como las nuevas prácticas de ocio de muchos jóvenes durante las noches del fin de semana, incluyendo "el botellón" o "la botellona", que en este caso no hay problemas de género, pueden requerir la adopción de determinadas medidas por parte de las Administraciones Central y Autonómicas, pero de lo que no cabe ninguna duda, es de que si se quieren abordar de manera civilizada habrá que disponer de un

sistema de trabajo, de un método, que permita la escucha de los interlocutores y favorezca el diálogo entre las partes. Esto es impensable fuera del ámbito local. Además, como ha reconocido el presidente del Consejo de la Juventud de España, el fenómeno es completamente diferente de una ciudad a otra, de un pueblo a otro.

Los municipios que disponen de un Plan Municipal de (Drogo)dependencias y de una política definida en materia de juventud (Plan Integral de Juventud) están en buenas condiciones para abordar éste y otros fenómenos desde la vertiente del diálogo social y la prevención, y no exclusivamente desde la del orden público. Algo similar puede ocurrir con fenómenos sociales de distinta índole como los de las nuevas formas de exclusión social.

El fortalecimiento y la profundización en la Democracia, incluso nos atreveríamos a decir que hasta el enraizamiento de la política social y cultural de la Unión Europea, pasan hoy día por lo local. Sólo en el ámbito local se dan cita la legítima, aunque ligeramente devaluada representación política, y la no menos legítima y siempre saludable, participación ciudadana. Para ello va a hacer falta un incremento de las cuotas de poder de los Entes Locales, una aproximación a los ciudadanos de la capacidad de toma de decisiones sobre aspectos que influyen en sus vidas cotidianas, y también sistemas de trabajo eficientes que optimicen la gestión de los nuevos recursos y faciliten la participación de la gente.

Por otra parte, para conseguir que la participación municipal en la política estatal sobre drogas deje de ser una asignatura pendiente serían necesarios, a nuestro juicio, dos requisitos: el primero, recoger y reconocer la labor que se ha hecho y se está haciendo desde los municipios (ha de ser un trabajo de investigación ya que ningún sistema actual de registro recoge la totalidad de las iniciativas municipales); el segundo, consiste en establecer cauces de participación para los Entes Locales en el diseño de la Estrategia Nacional sobre drogas a nivel Central y Autonómico que vayan más allá de las convocatorias de subvenciones por parte de las CCAA y la participación en foros consultivos junto a ONGs y otras entidades. Una de las iniciativas posibles a estudiar sería la de

considerar al Plan Municipal o Comarcal como el órgano coordinador territorial de la política de drogas en su zona de influencia.

Finalmente, podemos darnos por satisfechos si con esta guía conseguimos contribuir, aunque sea modestamente, a la consecución de algunos de los siguientes objetivos:

- Transmitir la idea de que, para disponer de un buen Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias hoy día, es más importante hacer un esfuerzo por adaptar la política municipal general y por coordinar actuaciones de las áreas municipales y no municipales con competencias en la materia dentro del municipio, que aprobar un plan demasiado costoso y ambicioso.
- Animar a los municipios a intervenir en esta materia persuadiendo a sus responsables de que, contrariamente a lo que algunos creen, actuar en este sector no tiene porqué ser algo demasiado complejo, ni demasiado costoso, ni implicar la asunción de responsabilidades que competen a otras administraciones.
- Contribuir a la clarificación de la distribución operativa de funciones y a la colaboración entre administraciones disipando temores y despejando prejuicios.
- Facilitar la integración de la política de drogas dentro de la política local de bienestar social.
- Ofrecer herramientas técnicas para el análisis y para la intervención.
- Ofrecer un conjunto de ideas y sugerencias que pueden orientar la acción, facilitar la reflexión y la planificación o complementar algunas de las políticas y de los programas municipales que inciden, de forma más o menos directa, sobre el sector de las (drogo)dependencias. En resumen, servir de



guía práctica a los municipios y otras entidades locales que deseen intervenir en el ámbito de las (drogo)dependencias.

Desearíamos que esta guía contribuyera a crear una línea de trabajo con la que abordar los nuevos problemas sociales desde una óptica local y universal simultáneamente, o sea, que ayude a: **pensar globalmente y actuar localmente**

## **Bibliografía**

---

ABEIJON, J. (1987), Los sistemas en la demanda del toxicómano, en Comunidad y drogas, monografía nº 1, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

ALVIRA, F. (2000), Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas, Madrid, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

ALVIRA, F. (2001), Guía para la elaboración de planes locales de prevención de las drogodependencias, Madrid, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

ANDER-EEG, E. (1989), La animación y los animadores, Madrid, Narcea.

ANDER-EEG, E. y AGUILAR, M. (1997), Como elaborar un proyecto, Madrid, ICSA.

ARZA, J. (2000), Redes para el tiempo libre: Otra forma de moverte, en Revista de Estudios de Juventud nº50, Injuve.

BARRIGA, S. (1987), La intervención psicosocial, Barcelona, Hora.

BARRIGA, S. (1990), Psicología de la salud. Aportaciones desde la Psicología Social, Sevilla, Sedal.

BARRIGA, M. PEREZ, E. (1996), Guía sobre drogodependencias para responsables municipales, Valladolid, Exma Diputación Provincial de Valladolid.

BREHM, P. (1966), *A Theory of psychological reactance*, Nueva York, Academic Press.

BUENO CAMPOS, E. (1993), *El enfoque estratégico de la dirección de empresas*, Madrid, Pirámide.

CARRON, J y SANCHEZ, L. (1995), *Los servicios sociales y la atención a los drogodependientes*, Madrid, GID.

CASTANYER, M. y OTROS (1998), *Servicios sociales y drogodependencias*, Madrid, Ministerio del Interior, PND.

CASTILLO, A. (1997) Programa de prevención comunitaria "Ciudades sin Drogas", Sevilla, Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía.

CDD, (2001), Boletín nº75.

CIPOLLA, C.M. (2001), *Allegro ma non troppo*, Barcelona, Crítica.

COLETTI, M. (1987), *Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias en Comunidad y Drogas*, monografía nº1, Madrid, Ministerio de Salud y Consumo, PNSD.

COMAS, D. (1990), *Las Drogas en la Sociedad Española*, en GINER, S. (Coordinador) *España: Sociedad y política*, Madrid, Espasa Calpe.

COMAS, D. (1992), *Las drogas. Guía para mediadores juveniles*, Madrid, Injuve.

COMAS, D. (1994), *La familia española y las drogas: Una perspectiva generacional*, Transcripción adaptada y corregida por el autor de la conferencia pronunciada en el Primer Congreso Nacional de la Asociación Proyecto Hombre en Vitoria el 18 de noviembre de 1994.

COMAS, D. (2001), *La evaluación de programas de ocio alternativo de fin de semana*, Madrid, Injuve.

COSTA, M. y LOPEZ, L. (1989), *Salud comunitaria*, Barcelona, Martínez Roca.

COULOMBE, M. (1993), *¿Es posible la prevención sin recursos de apoyo? en Materiales y recursos para la prevención del uso indebido de drogas*, Vitoria-Gasteiz, Servicio de publicaciones del Gobierno Vasco.

ESIC (ESCUELA SUPERIOR DE GESTION COMERCIAL Y MARKETING) (2001), *Curso sobre "Calidad en el servicio de drogodependencia"*, Huelva, Exmo. Diputación Provincial de Huelva.

ESTRATEGIA NACIONAL 2000-2008 (1999), *Real Decreto 1911/1999, de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008*.

FAMP (1995), *Red Andaluza de Ciudades Saludables*, Sevilla, FAMP.

FOUCAULT, M. (1994), *Un diálogo sobre el poder*, Barcelona, Altaya.

FROMM, E. (1980), *Ética y psicoanálisis*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.

FUNES, J. (1984), *Razones para el abordaje de las toxicomanías en el ámbito local. Jornadas sobre municipio i drogues*, 1984, Barcelona.

FUNES, J. (1990), *Nosotros los adolescentes y las drogas*, Madrid, Ministerio de Salud y Consumo, PNSD.

FUNES, J. (1991), *Drogodependencias e incorporación social*, Madrid, Ministerio de Salud y Consumo, PNSD.

GID (1991), La coordinación institucional, Madrid, Fundamentos.

GID (1993), Fundamentos teóricos en prevención, Madrid, GID.

GID (1994), La evaluación en drogodependencias I y II, Toledo, GID.

GID (1995), Los programas de integración social de drogodependientes, Madrid, GID.

GID (1996), Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo familias, Madrid, PPD.

GID (1997), La reducción de riesgos como meta global, Madrid, GID.

GID (1998), Prevenir en familia, Madrid, GID.

GRUPO DE TRABAJO INTERAUTONÓMICO (1996), Ponencia técnica sobre criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias. PNSD.

GRUPO ESCOCÉS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (1989), La Escuela Promotora de Salud, Síntesis del informe realizado para la OMS.

HALLEY, J. (1980), Terapia para resolver problemas, Madrid, Amorrortu.

INJUVE (2001), Plan de acción global en materia de juventud 2000/2003, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Injuve.

MAGRÍ, N. (1989), Trabajar juntos, pero... Una propuesta metodológica de intervención en el municipio, Barcelona, Grup Igia.

MARINA, J.A. (1995) *Ética para náufragos*, Barcelona, Anagrama.

MARINA, J.A. (1997), *La educación en valores*, VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario, Chiclana de la Frontera, Cádiz.

MARCHIONI, M. (1989), *Planificación social y organización de la comunidad*, Madrid, Popular.

MELERO, J.C. (1994), *Clínica y prevención familiar de las drogodependencias*. Encuentros y desencuentros, Adicciones. Vol. 6, n.º 2, Págs 153-170.

MELERO, J. C. y ORTIZ DE ANDA, M.A. (1999), *Municipios libres de drogas*, Bilbao, Edex.

MEMORIA PNSD (1999), Madrid, Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el PNSD.

MENDOZA, R. (1990), *Concepto de estilo de vida y factores determinantes*, en Segunda Conferencia Europea de Educación para la Salud, Varsovia.

MINUCHIN, S. y FISHMAN, H. (1985), *Técnicas de terapia familiar*, Barcelona, Paidós

MOWBRAY, R. (1994), *Los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias*, Madrid, CREFAT.

NARDONE, G. y WATZLAWICK, P. (1992), *El arte del cambio*, Barcelona, Herder.

NAVARRO, S. (1999), *La red comunitaria como escenario y agente de la prevención*, Redes, 6, p 3-15, Huelva.

PALAZÓN, F. (1987), *Educación de Adultos: Una tarea de Animación*, Murcia, Dirección Provincial del MEC.

PROCHASCA, J. y OTROS (1994), *Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos*, RET, Revista de Toxicomanías.

RACIONERO, L. (1988), *Del paro al ocio*, Barcelona, Anagrama.

RACIONERO, L. (2001), *Oriente y Occidente*, Barcelona, Anagrama.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. (1990), *Plan municipal sobre drogas. Una alternativa local a las drogodependencias*, Huelva, Ilmo. Ayuntamiento de Bollullos par del Condado.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. (1991), *El PMD: Una alternativa local a las drogodependencias*, XIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol: Avances en drogodependencias, Santa Cruz de Tenerife.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. (1991), *Necesidad de coordinación institucional entre los planes de drogas de los distintos niveles de la Administración*, en la publicación de las Jornadas sobre Drogodependencias: La Coordinación Institucional, Madrid, Fundamentos.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. (1991), *El Plan Municipal sobre Drogas de Bollullos par del Condado*, en I Encuentro CIUDAD y DROGAS, Fundación Pública de Servicios Sociales de Gijón.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. (1996), *Drogodrama y drogodependencia*, Itaca, V 1, 3, p 39-58.

RAMIREZ DE ARELLANO, A. (1997), *Estrategias locales para la incorporación social*, 3º Encuentro europeo; Aprender y cambiar. Itaca. P110-116.

ROCHON, A. (1992), *Educación para la salud. Una guía práctica para realizar un proyecto*, Barcelona, Masson.

RODRIGUEZ CABRERO, G. (1990), La integración social del drogodependiente, Madrid, Delegación del Gobierno para el PNSD

RODRIGUEZ CABRERO, G. (1992), La incorporación social de los drogodependientes y el Estado del Bienestar (inédita), en Las Jornadas sobre Intervención en Drogodependencias: Políticas, modelos y programas, organizadas por el GID en Segovia.

RICHMOND, P.G. (1984), Introducción a Piaget, Madrid, Fundamentos.

SANCHEZ, L. (1998), Los programas de inserción, seminario sobre La dimensión comunitaria de los servicios sociales. Madrid, PNSD.

SAVATER, F. (1998), Potenciar la razón, Ciclo de conferencias: La educación que queremos, Madrid.

SLUZKY, C. (1995), La red social, Barcelona, Gadisa.

SOTELO, H. (1992), La coordinación en el campo de la prevención de las drogodependencias: Tendencias actuales, en Encuentros municipales sobre drogodependencias, p 117-124, Bilbao.

STANTON Y TOOD. (1997) Terapia familiar del abuso de drogas, Barcelona, Gedisa.

VILLALBA, C. (1993), Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria, en Intervención psicosocial nº 4 Colegio de psicólogos, Madrid.

WHITE, M. y EPSTON, D. (1993), Medios narrativos para fines terapéuticos, Barcelona, Paidós.



