

VUELOS DE PAPEL



N.º 19 - FUNDACIÓN PATIM DE LA COMUNIDAD VALENCIANA - Pl. Tetuán, 9 - 3.º - 12001 CASTELLÓN - 200

MONOGRÁFICO

"Apuntes sobre adicciones"





DIRECCIÓN:
Fundación Patim

DIRECCIÓN TÉCNICA:
Unidad Operativa
Francisco López y Segarra. *Sociólogo*

COORDINACIÓN:
Javier Grau. *Periodista*

REDACCIÓN:
Equipo técnico de PATIM y colaboradores

Los artículos de esta publicación han sido seleccionados
por el Comité Técnico de PATIM.

EDICIÓN:



D.L.: CS-142-1990

"Vuelos de Papel" no se responsabiliza de las opiniones vertidas
por sus colaboradores.

Presentación

Este monográfico de "Vuelos de papel" que os presentamos supone un cambio para la edición que hemos mantenido durante casi veinte años. Desde hoy esta revista, nacida como un taller terapéutico en 1985 y que hoy pretende desde la sencillez y la normalidad recoger trabajos, estudios e investigaciones.

Cuando recordamos sus comienzos (primera etapa 1985-90), la ilusión con la que se acogían el taller de prensa aquellos usuarios del programa del centro de día, no tengo más que admiración para los que quisieron colaborar compartiendo líneas en esos momentos y un recuerdo a los que impulsaron esos papeles grapados que se convertirían, gracias a la Imprenta de la Diputación de Castellón, en el primer Número 0. El mismo sentimiento acompaña mi agradecimiento a todos los pintores que nos permitieron plasmar sus obras en las portadas y a los que hoy aún siguen colaborando.

Pasaron los años, crecimos y cambió la concepción que la sociedad tenía sobre el fenómeno de las drogodependencias. Nosotros nos adentramos en una segunda etapa (1990-2000) abanderada por una mayor seguridad en los recursos, una mayor estabilidad en los profesionales que permitían dedicar el esfuerzo de algunos casi exclusivamente a ella... fueron tiempos de convenir estudios, con revistas repletas de artículos de opinión, pero siempre con esa libertad que da el viento al papel. Ahora nos replanteamos nuestro futuro con "Vuelos de papel".

Fundamentamos una tercera etapa, donde las nuevas tecnologías no son una promesa sino una exigencia, donde la especialización es necesaria y la normalización y sencillez creemos que también. Y así, conscientes de nuestra evolución nos adentramos en un futuro que se caracterizara por estudios en formatos CD, una revista informática y los monográficos de "Vuelos de Papel".

Y este primer estudio que tenéis en vuestras manos es, al igual que el primero, el esfuerzo de muchos pero eso sí, de una forma coordinada y con un objetivo claro y único en cada monográfico. El que comienza en estas líneas es una recopilación de opiniones que hacen de forma modesta un manual básico para los jóvenes que quieren informarse sobre el tema de las adicciones y para aquellos que aspiren a ampliar sus conocimientos y formarse. Hemos creado un documento ameno y preciso, intentado buscar la sencillez tanto en las definiciones como en las hipótesis que se presentan, con el objetivo de que pueda servir como un acercamiento hacia la especialización en este campo.

No queda más que agradecer el uso que hagáis de esta publicación y ofrecemos a recoger tus sugerencias y tus trabajos en futuros números.

José Francisco López y Segarra
Presidente



AUTORES

- FRANCISCO LOPEZ Y SEGARRA. Sociólogo-Criminólogo. Profesor asociado de la Universitat Jaume I. Máster y especialista en drogodependencias y políticas sociales. Fundador e impulsor de PATIM, actual Directivo-presidente y Director Técnico de Programas. UNIDAD OPERATIVA de PATIM. Más de 20 años de experiencia en drogodependencias.
- INMA GALMES MONFERRER. Terapeuta. Especialista en drogas y en intervención social. Comienza su andadura en la segunda etapa de PATIM siendo una de sus impulsoras. En la actualidad ocupa el cargo de coordinadora general de programas y usuarios. Directiva-Secretaría. UNIDAD OPERATIVA de PATIM.
- ANTONIO CRESPO FERNÁNDEZ. Psicólogo. Especialista en Prevención de las Drogodependencias. Master en Psicología Jurídica y Medición. Acreditado por la Dirección General de Atención a la Dependencia Responsable de la Unidad de Prevención Comunitaria de Patim en Vinaròs.
- JAVIER GRAU PALOMAR. Periodista. Vinculado a PATIM desde sus inicios. Coordinador del área de Manifestaciones contra la Marginación. Responsable del departamento de comunicación de PATIM. UNIDAD OPERATIVA.
- OLGA BELTRÁN YAGO. Psicóloga especialista en Drogodependencias Máster en Psicología clínica y experta en pruebas periciales. Miembro del turno de peritajes del Colegio Oficial de Psicólogos del País Valencià. Responsable de la UVAD.
- INES AGUT CASANOVA. Psicóloga. Máster en drogodependencias por la Universidad de Barcelona; Acreditada por la Dirección General de Atención a la Dependencia. Responsable de la Unidad de Deshabitación Residencial que PATIM gestiona en Castellón.
- MIGUEL ÁNGEL BELTRÁN. Médico de la Unidad de Conductas Adictivas de Sagunto. Especialista en drogodependencias. Tiene diversas publicaciones y una dilatada experiencia en el campo de las adicciones de más de 15 años de práctica profesional.
- ANTONIO CASTAÑO MONREAL. Psicólogo Coordinador de Vida Libre (Alicante).
- ROSA MONTESINOS. Psicóloga responsable de Formación de Vida Libre. Alicante.
- FRANCISCO JAVIER GAZAPO GALÁN. Psicólogo del Centro de Día de Cáritas de Salamanca.
- JORDI LORES PEÑA. Estudiante en prácticas de Psicología de la Universitat Jaume I.



ÍNDICE

PRIMERA PARTE: Un viejo fenómeno social	7
1.- Análisis del marco institucional	7
2.- Modelo psicológico	8
3.- Modelo médico	9
3.1.- Pasos de modelo médico.....	10
3.2.- Funciones del equipo terapéutico	10
3.3.- Indicación terapéutica. Plan terapéutico individual	10
3.4.- Estrategias de intervención.....	11
3.5.- Recursos implicados. (Decreto 47/1998. Artículo 3)	11
3.6.- Niveles de intervención.....	12
4.- Análisis del marco institucional	13
4.1.- El tercer sector.....	13
4.2.- Estructura y forma legal	14
5.- Introducción sociocultural	14
5.1.- El valor y significado de las drogas según la cultura	14
5.2.- Cambios socioculturales y crisis de drogas	15
6.- La oferta y la demanda	16
7.- El problema de las drogodependencias en España. Una revisión histórica	17
SEGUNDA PARTE	18
1.- Abordaje, teórico/práctico de la inserción social del drogodependiente	18
De la formación micromodular a la búsqueda de empleo por itinerarios formativos.	
1.1.- Abordaje teórico práctico	18
1.2.- Abordaje práctico	20
1.3.- Metodología de actuación.....	25
2.- Prevención, familia, escuela y profesorado	25
2.1.- La educación para la salud en el contexto escolar	25
2.2.- Contenidos curriculares de la educación para la salud	25
2.3.- Técnicas grupales en el ámbito educativo	29
TERCERA PARTE: Las drogodependencias en el código penal	30
CUARTA PARTE: Recursos para el abordaje de las adicciones	35
- Centro de día: Reflexiones	35
- Del taller ocupacional al servicio plurifuncional	35
QUINTA PARTE: Adicciones no tóxicas	38
- Juego patológico	38
- Tipos de juego y potencial adictivo	39
- Fases de desarrollo de juego patológico	40
- Problemas asociados el juego	40
- Juego patológico en jóvenes	42
- Evaluación del juego patológico	43
- Nuestras propuestas de tratamiento	43
- Proceso terapéutico	44
- Uso problemático de Internet	45



- Adicción a la televisión	48
- Abuso de telefonía, videojuegos y telefonía móvil.....	48
SEXTA PARTE: Clasificación de la sustancias	52
- Efectos, vía de administración y duración de los efectos	52
- Cannabinoides.....	52
- Opiáceos.....	53
- Alucinógenos.....	54
- Psicofármacos	55
- Drogas de síntesis	56
- Inhalantes	57
- Clorhidrato de cocaína	57
- Alcohol	57
- Tabaco.....	58
Estudio sobre creencias y hábitos en el consumo de tabaco en la población drogodependiente .. 59	
<i>Realizado en los centros de día de Castellón, Salamanca, Madrid, Oviedo, Barcelona, La Coruña y Granada</i>	
- Xantinas.....	70
SÉPTIMA PARTE: Medios de comunicación y drogodependencias.....	71
- La objetividad frente a las empresas de comunicación	72
- El "problema" de las drogas.....	73
- Modelos y perfiles.....	75
- Las ONG: Fuentes de información.....	77
- Una nueva mirada ante el fenómeno de las drogas.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	79
VIDEOGRAFÍA.....	79
PÁGINAS WEB.....	79

PRIMERA PARTE: UN VIEJO FENÓMENO SOCIAL

1. ANÁLISIS DEL MARCO INSTITUCIONAL

El consumo de drogas no es un fenómeno nuevo, en cuanto al hecho estricto del consumo. Estamos hablando de conductas del ser humano y que le han acompañado a lo largo de su historia y evolución. Tampoco es nuevo el que las sociedades, sobre todo occidentales, hayan tomado conciencia de que el consumo de drogas es uno de sus principales problemas y sin sacarlas de su contexto y con la objetividad que deben marcar las propuestas y puesta en marcha de las políticas sociales, para los ciudadanos, las drogodependencias tienen la consideración de segundo o tercer problema que les afecta. Los responsables de las políticas sociales aplican importantes recursos humanos, materiales y financieros para tratar de dar solución o aminorar los daños que a los ciudadanos les produce el consumo de drogas. La peculiaridad del consumo de drogas en la sociedad actual deriva de la iniciación precoz en la ingesta de las mismas, de la mezcla simultánea y la asociación de las sustancias con los fenómenos contraculturales, marginales o de rebeldía.

El objetivo que tenemos con la publicación de estos conceptos básicos en drogodependencias, es la necesidad de presentar un enfoque integrador para la multitud de orientaciones doctrinales que existen en el ámbito de las drogodependencias.

La aparición de las drogodependencias en nuestro país ha exigido a los profesionales de los diversos ámbitos (Justicia, Servicios Sociales, Educación y Sanidad) adaptarse a las nuevas realidades que iban apareciendo.

En un principio el abordaje de las Drogodependencias se realizaba a base de pruebas de ensayo acierto-error y la formación de los profesionales iba en la mayoría de las ocasiones por detrás de esa praxis.

En un primer momento la formación estaba estructurada en base a las sustancias, a las características de los usuarios, o en relación a los ambientes donde se producía, y así siempre con aires negativistas y culpabilizadores.

Posteriormente se vió necesario compartir las experiencias con otros profesionales; fruto de sus experiencias aisladas que se compartían daba lugar a una reflexión conjunta más elaborada que iba creando un corpus teórico sobre la intervención del profesional en el ámbito de las drogodependencias y sirviendo de modelo para aquellos profesionales que

se iban incorporando a dicho ámbito de intervención.

Así, la intervención en drogodependencias ha ido constituyéndose en base a prácticas aisladas que se compartían con otros compañeros y tomaban la entidad de "programas" que al institucionalizarse permitían trabajar de manera eficaz.

El proceso de creación de dicho corpus teórico es fruto pues, del intercambio de nuestro quehacer diario con el de otros compañeros. El resultado de esa reflexión conjunta, de esa teorización sobre la práctica que profesionales de distintos lugares y con distintos enfoques realizaban en los encuentros para charlar sobre las drogodependencias.

Varias conclusiones resaltan a la hora de teorizar sobre la práctica profesional:

- Necesidad de trabajo en equipo multidisciplinar.
- Necesidad de trabajo por programas sobre problemas concretos.
- Trabajar sobre las relaciones que se establecen entre técnicos, comunidad y políticos que a veces incapacitan la propia intervención.
- Resolver las limitaciones que imponen la inestabilidad de los programas por problemas presupuestarios y los cambios institucionales que obligan a cambiar las directrices de los mismos.

Con todos estos puntos sobre la mesa, hemos elaborado un dossier con las áreas jurídicas, social, biomédica y un área psicológica. Teniendo en cuenta estos campos de actuación hemos propuesto un documento basado en la complementariedad de los campos, puesto que consideramos las drogodependencias como un fenómeno multicausal, donde la incorporación de todos los ámbitos de actuación producirá una mayor eficacia a la hora de llevar a cabo la prevención, intervención, tratamiento y seguimiento de las drogodependencias.

En definitiva, el beneficio directo desde esta perspectiva recae sobre los pacientes que se dirigen a los diferentes recursos para curar su enfermedad. Con esto, obtenemos unas buenas directrices para precisar qué tipo de tratamiento es el más indicado para qué tipo de paciente y en qué momento del proceso terapéutico es el más adecuado para intervenir.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, hemos hecho una breve introducción sobre el marco institucional, en el cual está enmarcada nuestra enti-

dad, para posteriormente situar las drogas dentro del factor social y cultural, observando como el uso y abuso de cada una varía en función de las culturas y como este uso se ha visto influido por factores económicos, políticos y sociales, observando la importancia de la oferta y la demanda.

Así mismo, una pequeña revisión sobre la historia de las drogas nos permite situarnos en contexto abarcando desde los inicios hasta nuestros días. También hemos tratado el abordaje de la inserción social tanto a nivel teórico como a nivel práctico, comentando lo que es la formación por micromódulos y el aula de búsqueda de empleo. Hemos incluido un apartado de drogas familia y escuela porque pensamos que estos tres "pilares" son básicos para la prevención de las drogas, dependencias marcando como objetivo el que no se llegue a consumir sustancias o que si se llegan a consumir este efecto sea mínimo, aunque tanto si este consumo es mínimo como si es problemático hemos incluido un aparta-

do en el cual describimos todos los recursos de los que dispone la Comunidad Valenciana. Seguidamente hacemos referencia tanto a las clasificaciones históricas como las actuales, pasando a comentar las sustancias y sus efectos, así como un apartado para hablar de las adicciones no químicas las cuales cada vez están más presentes en nuestra sociedad. Por último, tras reseñar las funciones del Plan Nacional sobre Drogas y de la Naciones Unidas, hemos decidido incluir un glosario terminológico y epidemiológico, porque uno de los grandes errores que hacemos los profesionales cuando hablamos de drogas, es dar por sabido cosas que consideramos "obvias" y que realmente lo son única y exclusivamente para nosotros.

Por último, y para finalizar esta introducción, nos vemos en la necesidad de abordar el modelo psicológico y médico que son los que más se están utilizando en la actualidad en los diferentes centros que se dedican a la intervención con drogodependientes.

2. EL MODELO PSICOLÓGICO

El modelo psicológico, está compuesto por fases de cambio en la descripción, explicación y predicción del proceso de abandono de diferentes conductas adictivas. Su principal ventaja está en que describe el cambio como un proceso, es decir, como una sucesión de etapas o estadios a lo largo de un determinado espacio de tiempo, sin enfatizar en la abstinencia como objetivo único y final. Este cambio en la conducta hacia las sustancias ha de cubrir todas las etapas que se han de cambiar, es decir, desde que el individuo empieza a darse cuenta de que hay una problemática hasta que esta ya no existe.

Este modelo es el planteado por Prochaska y DiClemente, llamado Modelo Transteórico del Cambio. Se trata de un modelo tridimensional que aborda las adicciones en base a tres niveles: estadios, procesos y niveles de cambio.

Los Estadios de Cambio son la dimensión temporal del Modelo Transteórico y tiene siete fases:

1. Precontemplativa: son individuos que no han planteado modificar la conducta adictiva.
2. Contemplación: son individuos adictos conscientes de que existe un problema y se plantean el abandono de la conducta adictiva, pero no hay compromiso firme.
3. Preparación: en esta fase se valoran los criterios intencionales y conductuales. El paciente toma la decisión de compromiso de abandonar la conducta adictiva.
4. Acción: Se produce un cambio de esta conducta manifestada y de la encubierta, acompañadas de un cambio de las condiciones ambientales. En

esta fase se precisa un esfuerzo por parte de las personas implicadas con el sujeto.

5. Mantenimiento: Conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos del estadio anterior, y prevenir posibles recaídas. Existe un miedo a recaer, y el cambio en sí mismo, ya que les puede llevar a un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas de conducta pudiera implicar recaída.
 6. Recaída: ésta se produce cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. Puede producirse entre las fases de Acción y Mantenimiento, esta recaída devuelve al paciente a los estadios iniciales (precontemplación).
 7. Finalización: la total extinción de la conducta adictiva y el mantenimiento de un nuevo patrón conductual no ha de suponer esfuerzo significativo "extra" de tiempo y energía.
- A continuación se describen los procesos que posibilitan la comprensión de los cambios. Son actitudes encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo:
- A. Aumento de la conciencia: incremento del procesamiento de la información respecto a la problemática de la conducta adictiva y beneficios de modificarla.
 - B. Autorevelaciones: valoración afectiva del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores, manera de ser... y valoración de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar la conducta adictiva.

- C. Reevaluación ambiental: valoración subjetiva del estado actual de las relaciones interpersonales, del impacto de la adicción sobre el entorno, y concienciación de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones con el abandono de la conducta adictiva.
- D. Relieve democrático: experimentación de reacciones emocionales provocadas por la observación de los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva.
- E. Autoliberación: aumenta de la capacidad del adicto/a para elegir y decidir, requiere la creencia de ser pieza imprescindible para el cambio.
- F. Liberación social: aumento de la conciencia de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social de cambiarla.
- G. Manejo de contingencias: estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una conducta relativa al cambio conductual ocurra.
- H. Relaciones de ayuda: utilización del apoyo social que facilite el cambio de conducta.
- I. Contracondicionamiento: modificar la respuesta elicitada o provocada por estímulos condicionados a la conducta adictiva, desarrollando conductas alternativas.
- J. Control de estímulos: evitar exponerse a situaciones de alto riesgo de consumo.

Con lo expuesto anteriormente sólo queda por definir los Niveles de cambio. Los estadios y procesos de cambio de una conducta adictiva tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano, es decir, qué cambios se necesitan para abandonar una conducta adictiva. Los niveles de cambio están organizados jerárquicamente:

- A. Síntoma/Situación.
- B. Cogniciones inadaptadas.
- C. Conflictos interpersonales-actuales
- D. Conflictos sistémicos/ familiares.
- E. Conflictos intrapersonales.

Están organizados así porque se prefiere intervenir en el nivel síntoma/situación, ya que el cambio tiende a suceder con más facilidad en este nivel más manifiesto, ya que este nivel es normalmente el motivo principal del adicto que acude a tratamiento, y puesto que es el nivel más consciente, el grado de inferencia necesaria para una evaluación e intervención clínica es menor, aunque como estos niveles no son independientes uno de otro, el cambio de uno de ellos probablemente provocará un cambio en el otro.

3. EL MODELO MÉDICO

Hablar de la realidad del médico de Conductas Adictivas, no me resulta difícil, es mi trabajo de diez años, en gran medida autodidacta debido a la falta de una formación especializada reglada específica en la misma.

Explicar a otros profesionales lo que para mí y para otros compañeros constituye una especialidad concreta, constituye una experiencia muy satisfactoria. Un poco médicos de familia, un poco psiquiatras, un poco internistas... desarrollamos la atención de los problemas y de los pacientes que presentan éstas problemáticas adictivas y de sus patologías asociadas. En un contexto clínico ambulatorio, un nivel de referencia en el contexto psicosocial en el que se encuentran nuestros servicios, en mi experiencia profesional las Áreas sanitarias 1, 2 y 3 (provincia de Castellón y Valencia, la referida a la 3).

Lejos de considerar mi trabajo como prescindible, me parece que es, además de apasionante, fundamental para la atención normalizada en el sistema sanitario público de estos trastornos, como se demuestra en el impacto sociosanitario que supone la integración plena en el mismo desde 1998, en aplicación de la Ley 3 / 1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana "Sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos", sin menosprecio del rea-

lizado en los servicios públicos de Atención y Prevención de las Drogodependencias anteriores, que fueron su germen en nuestra realidad en la Comunidad Valenciana.

No aparece el término profesional de Médico de Conductas Adictivas hasta la Orden de 7 de julio de 1997, de la Conselleria de Sanidad, en su artículo 10, definiendo las plazas de profesional facultativo que atiende las Unidades de Conductas Adictivas, siendo sus funciones las de atender estos servicios. Como el término es la práctica profesional y como entidad académica no existe como tal, conviene reflejar la importancia de adecuar la formación específica de nuevas generaciones médicas a la misma realidad.

Desarrollo el contenido de este capítulo, sabiendo que en la realidad de las adicciones, cambiante y en continuo desarrollo, toda la labor divulgativa, tanto epidemiológica, formativa, clínica o investigadora, cumple su papel en nuestra sociedad, más en concreto en nuestra realidad valenciana que supone en estos momentos la vanguardia y la avanzadilla desde el punto de vista de la intervención en la comunidad, tanto desde el punto de vista de la Prevención, como de la Asistencia, en lo que ya se ha bautizado como el Modelo Valenciano en el Abordaje de las Adicciones.



3.1 Pasos del modelo médico

OBJETIVOS GENERALES

- Garantizar la accesibilidad de la Unidad de Conductas Adictivas a todas aquellas personas que demanden asistencia por abuso/ dependencia de sustancias o de cualquier adicción (sin limitación de su servicios por grupos de edad, sexo o diagnóstico).
- Informar de todos los recursos públicos existentes en la Comunidad Valenciana en materia de Drogodependencias.
- Lograr la permanencia del usuario del servicio dentro de la estructura socio-sanitaria.
- Evaluar objetivamente el estado de salud de la población en lo referente al consumo de drogas de abuso.
- Establecer una coordinación permanente y efectiva con toda la red asistencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Orientados a la Salud Pública

- Reducir la transmisión de enfermedades infecciosas (VIH, TBC, Hepatitis víricas,...) derivadas de las prácticas de riesgo asociadas al consumo.
- Evaluar e informar de los cambios que se producen, en los patrones de consumo de las sustancias.
- Reducir la incidencia de conductas antisociales.

Orientados al usuario:

- Mejorar su calidad de vida.
- Valoración de la demanda, sus causas y viabilidad.
- Clarificar la demanda, diferenciando la implícita de la explícita.
- Aumentar la motivación para la abstinencia.
- Ayudar al usuario a elaborar estrategias que posibiliten abandonar o controlar el consumo de sustancias.
- Verificar el cumplimiento de la abstinencia, de acuerdo con el plan de intervención establecido para cada usuario.
- Educar a los usuarios en hábitos de vida saludables, que eviten o disminuyan los riesgos para su salud.
- Instar al paciente al uso del sistema de salud para el control de las enfermedades que padezca.
- Controlar el cumplimiento de las prestaciones farmacéuticas, por enfermedades de transmisión.
- Prevenir y tratar la aparición de psicopatologías asociadas al consumo.
- Identificar y tratar los síntomas y trastornos del adicto.

- Realizar un screening del estado general de salud (anamnesis general, exploración clínica básica, analítica general: bioquímica, hemograma, Serología: VIH, VHC, VHB, Sífilis, Mantoux).
- Orientar y Apoyar a la familia del drogodependiente, obteniendo su colaboración e implicación en todo el proceso de intervención.
- Asesorar a los pacientes sobre formación, empleo y uso del tiempo libre.
- Mejorar la adaptación psicosocial del usuario.

3.2 Funciones del equipo terapéutico

Tras esta enumeración podemos decir que las funciones del equipo terapéutico son:

- Diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presenten algún tipo de patología adictiva, así como, asesoramiento y/o tratamiento a los familiares directamente afectados.
- Coordinación y derivación de usuarios a los distintos recursos públicos sanitarios y sociales del Área.
- Asesoramiento a los recursos sociosanitarios del área en materia de conductas adictivas, especialmente a los recursos de atención primaria.
- Colaboración en las actuaciones que en materia de Prevención de las drogodependencias puedan desarrollarse en el Área.

3.2.1 Funciones específicas del Área Sanitaria:

- Tratamiento farmacológico de las adicciones.
- Diagnóstico sanitario y tratamiento de patologías asociadas al consumo de sustancias.
- Control y seguimiento sanitario de las enfermedades asociadas a la adicción.
- Educación para la Salud.

3.2.2 Funciones específicas del Área Psicológica:

- Diagnóstico de la Psicopatología asociada al consumo.
- Diseño de Programas de Tratamiento específicos para tal Psicopatología, así como la realización de la psicoterapia al efecto.

3.3 Indicación Terapéutica. Plan terapéutico individual

OBJETIVOS

Deberán plantearse en orden inversamente proporcional a la gravedad del proceso, de menos a más ambiciosos y también dentro de un proceso individual,

siendo cada vez más exigentes en los mismos, "saltando el listón más alto, cada vez, en el entrenamiento".

Objetivo 1

Mejora de la calidad de vida del paciente, sin modificar el hecho de la abstinencia en el consumo.

- Disminución del número y gravedad de los trastornos de salud secundarios.
- Disminución de las complicaciones criminógenas y legales.
- Disminución de las alteraciones sociopersonales.

Objetivo 2

Mejoras parciales en relación con el consumo.

- Abstinencias transitorias.
- Disminución de la gravedad del consumo (dosis, vía de administración, tipo de sustancia,...).

Objetivo 3

Sustitución controlada de la sustancia. Que puede plantearse sin límites temporales (programas de mantenimiento) o como un paso previo e intermedio de cara a la abstinencia.

Objetivo 4

Eliminación de la dependencia y consecución de la abstinencia como definitiva de la forma de vida.

- Capacidad de abstinencia y control.
- Mejoría de salud física.
- Maduración de personalidad.
- Reordenación de la dinámica sociopersonal, familiar, etc.

3.4 Estrategias de intervención

Objetivo 1

En casos en los que el paciente no acude, no acude voluntariamente a los centros de atención. También cuando llega con una demanda que descarta explícitamente la abstinencia o cuando, aún existiendo este deseo explícito, éste se presenta claramente dudoso o desmentido por un comportamiento habitual que subraya un sentido contrario.

- Intervenciones no programadas, de carácter puntual, recortado y sintomático, en las que se actúa sobre la demanda.
- Intervenciones con una programación más específica, montadas más sobre las necesidades del colectivo que sobre exigencias individuales.

Objetivo 2

Normalmente en relación a una baja motivación o a posiciones personales y, otras que apunten a especiales dificultades para la abstinencia mantenida.

- Realización de curas de desintoxicación aisladas.
- Seguimientos periódicos de casos con intervenciones de apoyo médico, personal o social.
- El apoyo y orientación a familias.
- La intervención grupal sobre colectivos adictos.

Objetivo 3

En las personas que solicitan o, al menos, aceptan algún tipo de intervención controlada programada que mejore su situación global pero de los que, por diversas razones, no puede esperarse razonablemente una conducta abstinentes, al menos en un primer momento.

- Programas de mantenimiento con metadona y otros agonistas opiáceos.
- Terapia sustitutiva nicotina.

Objetivo 4

Otro grupo de pacientes, con los que, razonablemente, es posible plantearse unas exigencias de abstinencia.

- Programas de intervenciones amplio, estructurado, que abarque los diversos y complejos momentos de la atención.
- Abordaje obligatoriamente multidisciplinar, que permita intervenir sobre los diversos niveles de conflicto.
- Diversidad de recursos para posibilitar respuestas diversas a problemas diferenciados.
- Coordinación de recursos sanitarios y sociales.
- Intervención multifocal, sobre el individuo y sobre su entorno familiar y social.
- Compromiso del paciente para encarar la responsabilidad del cambio.

3.5 Recursos implicados. (Decreto 47/1998. Artículo 3).

Objetivo 1

Actuaciones sintomáticas de urgencias, la atención a las complicaciones médicas, las ayudas económicas, el consejo legal, la facilitación de comidas y camas, etc.

- Dispositivos inespecíficos de las redes públicas sanitarias y sociales. Incluirían un servicio continuado de orientación y apoyo a las familias de enfermos, un servicio telefónico de 24 h, un dispositivo de atención para síndrome de abstinencia, un programa de albergues, un plan de facilitación e intercambio de jeringuillas, etc.
- Servicios públicos comunes.
- Servicios especializados dentro de servicios generales.
- Recursos específicos de autoayuda.

Objetivo 2

- Desintoxicación

- Desintoxicación en una UDR, en la que se va a continuar.
- Desintoxicación en internamiento hospitalario (largo, corto, ultracorto).
- Desintoxicación ambulatoria.
- Deshabitación:
- Rehabilitación en régimen cerrado, fundamentalmente en UDRs.
- Rehabilitación en régimen intermedio: Centros de Día.
- Rehabilitación ambulatoria.

Instrumentos para la consecución de los objetivos.

Desintoxicación

- Manejo ambiental (familiar y grupal) que permita un contexto de control y apoyo.
- Apoyo psicoterapéutico para reforzar la motivación, desdramatizar la abstinencia,...
- Tratamiento farmacológico adecuado a las circunstancias personales del paciente, al ámbito y al tipo de desintoxicación.

Deshabitación

- Intervenciones médicas:
 - Diagnóstico y tratamiento de problemas físicos.
 - Diagnóstico y tratamiento de problemas psiquiátricos primarios y secundarios.
 - Facilitación de la abstinencia con fármacos antagonistas, anticraving (antideseo) y estabilizadores,...
- Intervenciones psicológicas y psicoeducativas:
 - Psicoterapias individuales (de apoyo, cognitivas, dinámicas, conductuales,...)
 - Psicoterapias familiares (sistémicas, dinámicas).
 - Psicoterapias de pareja.
 - Terapia ocupacional.
 - Otras psicoterapias: terapias expresivas, musicoterapia, relajación, ludoterapia, ...
- Intervenciones de apoyo social:
 - Apoyo familiar.
 - Formación en habilidades sociales.
 - Formación laboral.
 - Asociaciones.
 - Grupos de Auto ayuda.

3.6 Niveles de intervención

Niveles asistenciales

- Primer nivel asistencial
Equipos de Atención Primaria, Equipos Sociales de Base, Unidades de Prevención del SIDA y Centros de Información y Prevención del SIDA, Unidades

de Prevención Comunitaria, Unidades de Valoración y Apoyo de las Drogodependencias, Programas gestionados por ONG y Grupos de Autoayuda.

- Segundo nivel asistencial
Unidades de Conductas Adictivas, Unidades de Salud Mental, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de agudos y de media estancia, Hospitales Generales y Centros de Especialidades.
- Tercer Nivel Asistencial
Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Unidades de Deshabitación Residencial, Centros de Día, Centros de Encuentro y Acogida.

Prestaciones básicas

- Primer nivel asistencial, está constituido por los siguientes centros y servicios socio-sanitarios, generales y específicos:
 - Equipos de Atención Primaria (EAP) de los Centros de Salud y consultorios auxiliares.
 - Equipos Sociales de Base (ESB) de los Centros sociales dependientes de la Administración Local.
 - Unidades de Prevención del SIDA (UPS) y Centros de Información y Prevención del SIDA (CIPS) de los Centros de Salud Pública.
 - Unidades de Prevención Comunitaria (UPC) de la Administración Local.
 - Centros y Servicios dependientes de la Administración de Justicia y Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD).

Programas gestionados por organizaciones no gubernamentales (ONG) y Asociaciones de Ayuda y Autoayuda, en los términos establecidos en la legislación vigente.

Son prestaciones del primer nivel asistencial a las personas drogodependientes y con trastornos adictivos:

- La información, orientación, asesoramiento, motivación, educación sanitaria y promoción de la salud, y en su caso, la derivación hacia niveles básicos o especializados de intervención, sanitaria o social.
- Pronóstico, diagnóstico y detección precoz: valoración previa de las personas para la toma de decisiones terapéuticas.
- La atención a su problemática social y a las patologías somáticas asociadas al uso y/o abuso de drogas y otros trastornos adictivos.
- El apoyo a su proceso de incorporación social.
- La ayuda y asesoramiento a sus familiares y entorno afectivo.
- El segundo nivel está constituido por los siguientes centros y servicios generales y específicos.
- Unidades de Conductas Adictivas (UCA) se constituyen como dispositivo de referencia del modo-

lo en su correspondiente Área de Salud, y cuya definición y funciones se determinan en la Orden de 7 de julio de 1997, de la Consellería de Sanidad DOGV (nº: 3.092, de 03.10.97). Cuando en un Área de Salud aún no existiera una Unidad de Conductas Adictivas, se determinará como unidad de referencia la más próxima al lugar de residencia del solicitante de asistencia.

- Unidades de Salud Mental (USM): en cuanto refiere al tratamiento de la patología dual que pudiera concurrir.
- Unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y de media estancia: en iguales términos que las Unidades de Salud Mental cuando fuera precisa hospitalización.
- Hospitales Generales y Centros de Especialidades: en referencia a tratamientos de patologías orgánicas concomitantes.

Son prestaciones del segundo nivel asistencial a las personas drogodependientes y con trastornos adictivos:

- La planificación individualizada del proceso terapéutico: desintoxicación, deshabitación y rehabilitación ambulatoria.
- El apoyo y coordinación de los procesos de incorporación social y familiar, así como a los recursos del nivel primario y terciario de intervención.

- El diseño y desarrollo de los programas de mantenimiento con opiáceos y de reducción de daños.
 - La atención a las patologías somáticas y psiquiátricas asociadas al consumo de drogas.
 - La atención a las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
 - La educación sanitaria y de apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y enfermos de SIDA.
 - La intervención familiar orientada a la consecución de los objetivos terapéuticos.
- Tercer nivel asistencial está constituido por los siguientes centros y servicios sociales y sanitarios, generales y específicos:
- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).
 - Unidades de Deshabitación residencial (UDR).
 - Centros de Día (CD).
 - Centros de Encuentro y Acogida (CEA).

Las prestaciones de este nivel de intervención son las señaladas, con carácter general, en la definición de estos centros.

El acceso a los centros y servicios referidos con anterioridad quedará condicionado a la previa solicitud efectuada desde la Unidad de Conductas Adictivas o Unidad de Alcohología que correspondiere a su área de referencia.

4. ANÁLISIS DEL MARCO INSTITUCIONAL. EL TERCER SECTOR

La definición del tercer sector presenta una gran complejidad, ya que el "tercer sector" como concepto operativo es aún muy reciente y se encuentra en la etapa de construcción.

Lunaria propuso ocho criterios para definir a las entidades del tercer sector, partiendo de la definición propuesta por Universidad John Hopkins.

- Formales
 - El rasgo fundamental es que las entidades tengan alguna realidad institucional con la que se relacionen. Esta realidad institucional puede ser demostrada mediante reuniones regulares, oficinas etc., es decir que reuniones informales y esporádicas no serían consideradas.
- Privadas
 - Estas entidades no son ni parte del aparato gubernamental, ni sus juntas directivas están dominadas por funcionarios públicos, cosa que no quiere decir que reciban financiación por parte de las administraciones públicas o que funcionarios de las mismas fomen parte de dichas juntas directivas.

- No-redistribución de los ingresos
 - Los beneficios que se pudieran generar no son repartidos en los propietarios, miembros o trabajadores, ni de manera directa ni indirectamente.
- Autogobernadas/independientes
 - Tienen su propios medios internos para gobernarse y no están controladas por entidades externas pertenecientes al sector público o empresas de carácter privado con ánimo de lucrarse.
- Democracia
 - Las entidades de este sector han de tener una estructura democrática, es decir los miembros que componen las mismas han de tener derecho a voto para su propia autorregulación en cuanto a normas de funcionamiento, modificación de su constitución, así como la elección de la junta directiva de las mismas.
- Voluntarias en alguna medida
 - Han de involucrar a sus miembros en algún grado para la participación como voluntarios de la entidad, tanto a los trabajadores como a los socios.



- Utilidad social
Están implicadas en actividades de solidaridad social y de promoción social, estas actividades irán encaminadas a dar un beneficio a la comunidad o a partes de la misma y no únicamente a los propios miembros de la organización.
- No religiosas y no políticas
No deben ser orientadas principalmente a la promoción del culto o la educación religiosa, ni a actividades políticas.

Forma legal

Forma legal	%
Asociación	55.5%
Cooperativa	1.1%
Fundación	29.9%
Federación de organizaciones	6.5%
Otras	7.0%
Total	100.0%

4.2 Estructura y forma legal

Año de constitución

Año	%
1800 - 1899	0.8%
1900 - 1918	0.5%
1919 - 1932	0.3%
1933 - 1959	5.2%
1960 - 1969	3.9%
1970 - 1974	9.9%
1975 - 1979	7.8%
1980 - 1984	11.8%
1985 - 1989	27.4%
1990 - 1995	28.6%
1996 - 1997	5.6%
NS/NC	6.2%
Total	100.0%

Ámbito geográfico de la actividad

Internacional	
Sí	27.6%
No	72.4%
Total	100%
Estatal	
Sí	42.3%
No	57.7%
Total	100%
Autonómico	
Sí	52.3%
No	47.7%
Total	100%
Local	
Sí	41.5%
No	58.5%
Total	100%

5. INTRODUCCIÓN SOCIOCULTURAL

Es nuestra intención introducir el tema de las drogodependencias presentando algunos conceptos básicos y definiciones generales que permitan una aproximación general. Así como la de mostrar su evolución e informar sobre las principales sustancias de abuso que existen como sus formas de consumo, efectos y características, etc.

5.1 El valor y significado de las drogas según la cultura.

Los usos de las drogas no son nuevos, tienen el mismo recorrido y en paralelo que la historia de la humanidad. Las sustancias (algunas actualmente en desuso), han sido objeto de constante convivencia e intercambio dentro de los pueblos y entre ellos. El significado de las drogas ha variado según la cultura, el momento histórico y siempre según quien la

consumiera o usase. Los fines de su uso han sido muy dispares, desde rituales, mágicos, religiosos, terapéuticos o festivos hasta simplemente ociosos. El significado y el sentido que se les atribuía, han determinado la relación que el individuo o el grupo establecía con ellas.

Ha habido periodos en los que se ha legitimado el uso de ciertas sustancias y otros en los que las mismas han sido prohibidas. Épocas en las que el consumo de ciertas sustancias se ha extendido de forma masiva en el seno de la sociedad a pesar de las prohibiciones. También en alguna de estas etapas el consumo se ha convertido en un problema para ciertos grupos humanos. Y por último, en más de una ocasión se ha experimentado terapéuticamente con una sustancia, se ha venerado su facultad curativa y al poco tiempo ha sido retirada por sus efectos secundarios y su peligrosidad para, con el tiempo, salir nuevamente a la luz con una connotación

nueva de droga. No hay que olvidarnos su uso en una sociedad donde los ciudadanos reconocen cierta soledad y menos un uso como diversión u ocio. Las drogas están integradas dentro de las culturas con diversos significados y funciones. Esta convivencia histórica da a entender que el uso de drogas no siempre ha sido exclusivamente disfuncional y descriptivo, sino que también ha tenido un carácter funcional, benefactor individual y socialmente. Hablar de la funcionalidad de las drogas en el seno de una sociedad es sumamente delicado, se puede interpretar fácilmente como la aprobación. Sin embargo, la convivencia con ciertas drogas se ha dado con la misma naturalidad que la convivencia con otros objetos de consumo cuyo uso se instrumenta con un sentido dentro de la comunidad.

Cuando el significado de esa sustancia no estigmatiza ni su uso ni al usuario, aunque la relación que algunos sujetos pudieran establecer pueda ser problemática, no tiene trascendencia en la comunidad. No faltan documentos de los que se deduce la preocupación sobre los efectos indeseables que producía el consumo de ciertas sustancias, donde se remarcaba el límite de lo tolerable tanto en cantidad, en forma de consumo y comportamiento social con el fin de que no se produjeran situaciones deplorables tanto para individuos como para grupos.

Lo cierto es que cuando ha aumentado la demanda de ciertas drogas se han incrementado los riesgos que conlleva el consumo. El origen del incremento de la demanda puede ser múltiple, pero el hecho de que se popularice el consumo de una sustancia supone, muy probablemente, la pérdida o banalización del significado original y, a su vez, la descontextualización de su uso.

Si al hecho del riesgo asociado a los efectos que la composición de la sustancia ejerce sobre el individuo que la consume, se le suma la pérdida del significado original de la sustancia consumida y la descontextualización del uso, los riesgos de establecer una relación problemática con esa sustancia aumentan considerablemente. Llegando a su punto más álgido cuando se extiende el consumo dentro de los distintos estratos sociales y cada vez es mayor el número de individuos potencialmente susceptibles de problemas.

Si en una sociedad se tipifica una sustancia como droga con un valor nocivo, se le atribuye una peligrosidad, que en cierta medida genera una percepción que actúa como filtro. El temor y recelo que provoca en algunos grupos sociales disminuye la probabilidad de que éstos consuman. Sin embargo, cuando las sustancias forman parte de la idiosincrasia de una cultura, y están socialmente aceptadas, el uso se vive con tal naturalidad que la percepción de

riesgo queda disminuida hasta tal punto que sólo es palpable cuando el problema ya es muy grave.

La convivencia que la sociedad tiene con las drogas socialmente aceptadas y las no aceptadas genera percepciones parciales y comportamientos muy contradictorios. Los estragos que han causado las no aceptadas, como por ejemplo la heroína, han disminuido la percepción del riesgo que conlleva el consumo de las drogas aceptadas dentro de la cultura. Hasta el punto que éstas, causantes también de un sínfin de males, individuales, familiares y socio-sanitarios, carecen de la atribución necesaria para que se perciba el riesgo que conlleva el consumo.

Otra de las consecuencias de la polarización entre las drogas aceptadas y no aceptadas es que socavan la estigmatización de un perfil concreto de consumidor de drogas y contribuyen a potenciar la percepción de invulnerabilidad de los consumidores de sustancias socialmente aceptadas.

No obstante, contemplar la importancia que tiene el significado de una sustancia, la contextualización de su uso, el rol funcional y/o disfuncional que desempeñan según el momento y la construcción de la percepción social de los riesgos que conlleva el consumir drogas

5.2 Cambios socioculturales y crisis de drogas.

En los momentos de cambio dentro de una sociedad se agudizan las situaciones problemáticas. Se intensifican situaciones que antes tenían sólo cierto cariz de potencial peligrosidad, para convertirse en ese periodo de crisis en uno más de los síntomas del mismo, en un problema real en el que se exacerbaban sus consecuencias negativas, como es el caso de los consumos de drogas.

Por eso los problemas de drogas nunca aparecen aislados, normalmente se correlacionan con otros conflictos o ayudan a agravar los problemas. Más que un problema en sí mismos, se producen en un contexto de conflictos.

Otros elementos que influyen en la génesis actual del problema, además de los cambios culturales y sociales tan vertiginosos de esta época, ha sido la facilidad de las comunicaciones y de los intercambios y la progresiva sofisticación que ha facilitado el incremento del comercio internacional y la creciente complejidad de redes ilícitas de tráfico.

Otro asunto fundamental es el de la existencia de amplias zonas geográficas en gravísima situación económica, social e institucional que ha propiciado que extensos territorios se dediquen al cultivo de productos naturales básicos y a la producción de otras sustancias con distinto nivel de elaboración.

La influencia de estos aspectos en interacción con otros como los valores predominantes de un pueblo o país, el grado de bienestar alcanzado, la presencia y accesibilidad a las drogas, la aceptación social de las mismas, etc. hace que sea inevitable acudir a una visión sistemática cuando se quiere entender fenómenos como éste, al que no se puede acceder si no se atiende a la interrelación de los distintos factores que lo conforman y que la relación entre ellos configura la situación que entendemos como problema. Desde este punto de vista, esta última crisis de drogas, (éxtasis, finales de los 90 y principios del 2000) viene acompañada de una globalización y homogeneización de los problemas, es decir, la mayoría de los países están afectados con los mismos problemas, aunque en cada país haya manifestaciones singulares y concretas.

En estas décadas se ha extendido el consumo de sustancias socialmente no aceptadas afectando a todos los estratos sociales de alguna manera. Ha surgido de forma creciente un colectivo muy significativo con necesidad de atención sociosanitaria debido al abuso de drogas. Se han multiplicado los delitos asociados a consumo de drogas o de personas con

problemas de drogas que robanan o agredían en busca de financiación del consumo. Además se han expandido enfermedades infectocontagiosas aparejadas a ciertos patrones de consumo, como el SIDA que tiene, entre sus vías de transmisión, las prácticas asociadas al consumo por vía parenteral. Todos ellos han sido problemas de impacto internacional con singularidades concretas en cada país, ya sea en la sustancia principal consumida o el patrón de consumo, han tenido que admitir

En estos años, en la mayoría de los países, se han instrumentalizado planes de actuación en los que se ha contemplado la sensibilización de la población frente al problema. Sin embargo, el fenómeno del consumo de drogas es dinámico y cambiante y desde su aparición hasta la actualidad ha sufrido ciertas variaciones.

No sólo han cambiado los patrones de consumo sino que cada vez hay más oferta de sustancias para responder a la demanda de cualquier potencial usuario. La diferenciación entre países productores y consumidores se desdibuja cada vez más, entremezclándose la producción y el consumo en los mismos espacios.

6. LA OFERTA Y LA DEMANDA

Se puede entender por oferta de drogas la disponibilidad de sustancias existentes en una comunidad, y por demanda, el requerimiento de los individuos hacia esas sustancias para su consumo.

La oferta de drogas y los procesos de producción y distribución de las mismas son, sin duda, elementos básicos para entender la dimensión actual del problema de las drogodependencias. Sin embargo, a pesar de reconocer la importancia que, en términos históricos, ha tenido la evolución de la oferta para explicar la aparición del problema de las drogas y las drogodependencias en el mundo, ésta es sólo una de las dimensiones o caras que plantea actualmente este fenómeno, ya que la oferta de drogas está íntimamente vinculada a la demanda. Es difícil explicar una sin la otra.

Tradicionalmente, el control de la oferta de drogas se ha asociado a la producción y el tráfico de drogas ilícitas. Sin embargo, cada vez se plantea con mayor intensidad la necesidad de integrar las drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos) dentro de las estrategias dirigidas a la reducción de la oferta de drogas. La constatación del papel que sustancias como el tabaco o el alcohol desempeñan como drogas de inicio en las conductas de uso y abuso de drogas entre los adolescentes y jóvenes, ha llevado a prestar una mayor atención al control de las mismas.

Actualmente son numerosos los países europeos que han aprobado diferentes normas restringiendo desde el consumo de alcohol y tabaco hasta su distribución y venta en determinados espacios (centros educativos, transportes públicos, instalaciones deportivas, etc.) y colectivos. También se han desarrollado legislaciones autonómicas y nacionales para establecer acuerdos en el seno de la Unión Europea y restringir la publicidad de estos productos. Sin embargo, al igual que ocurre con el negocio que representan las drogas ilegales, son muchos los intereses que dificultan los avances en el campo del control de la oferta de drogas legales, entre los que se incluyen las presiones de las industrias dedicadas a la elaboración y transformación de estos productos, los intereses del sector publicitario, el peso de estas actividades en determinadas economías nacionales, los ingresos obtenidos por los estados vía impuestos, etc.

Estas dificultades en el control de la oferta nos sugieren que resulta imprescindible y básico actuar sobre la demanda. El consumo de drogas es un acto voluntario y, por tanto, susceptible de ser influido por una educación adecuada, tendente a evitar y/o retrasar el inicio en el consumo y a aumentar la capacidad del individuo para organizar su propio consumo sin que llegue a establecer una relación problemática con las drogas.

7. EL PROBLEMA DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA. UNA REVISIÓN HISTÓRICA

Realizaremos un recorrido histórico para conocer de la mejor manera la situación en este país de las drogodependencias.

Las décadas sesenta y setenta. Primeros síntomas de alarma social

En los años sesenta, la sociedad española parte de unos hábitos de consumo en materia de tabaco y alcohol que, en cierta manera, están normalizados, puesto que se encuentran culturalmente aceptados, forman parte del ritual de relaciones entre las personas y consecuentemente, sobre todo en el ámbito familiar, se admiten sin mayores problemas.

En este contexto, la incorporación paulatina de nuevas drogas entre grupos más amplios de la población se produce, fundamentalmente, a partir de 1965, aunque todavía en poblaciones muy diferenciadas que empiezan a evidenciar hábitos regulares en el consumo de derivados del cáñamo (que evolucionan desde la grifa a la marihuana y el hachís), alucinógenos (fundamentalmente LSD) y estimulantes (anfetaminas y cocaína).

Ante estos nuevos consumos, la tolerancia social comienza a desaparecer y se produce una primera alarma porque se perciben como una forma de contestación. Se suceden tres factores muy concretos que incrementan especialmente esta alarma:

- Una crisis cultural, ya que los nuevos consumos vienen envueltos en una aureola de nuevos movimientos juveniles e, incluso, aparecen revestidos de una etiqueta de modernidad. La droga aparece convertida en un símbolo de protesta que se extiende cada vez más. En ese primer momento, es difícil distinguir la alarma/rechazo ante lo ideológicamente extraño o peligroso.

- La sociedad española percibe, por primera vez, la potencialidad de crecimiento del problema de las drogas y, al mismo tiempo, ante el rápido desarrollo del mismo y ante la extrañeza producida por los nuevos consumos, queda, en cierto modo, paralizada por una visión catastrofista.

- A partir del final de los setenta aparece la heroína, una droga que se extiende con efectos y patrones de uso absolutamente distintos a los conocidos para otras drogas: se consume por vía parenteral y se extiende de modo alarmante en los ambientes más pobres y marginales. La heroína introduce ya la ima-

gen de una droga destructora, con efectos rápidos y devastadores en materia social y con graves consecuencias sanitarias.

Estos tres factores, desconcierto cultural, irrupción de la heroína y alarma de la sociedad, explican el salto brusco desde una situación caracterizada, a finales de los sesenta, por la anestesia social con receptividad casi nula a las primeras advertencias profesionales que se hacen, a otra situación a finales de los setenta, en la que, dentro de una enorme confusión, se produce repentinamente una demanda tan perentoria como caótica de acciones.

La década de los ochenta.

La heroína es el centro de todo, de la delincuencia, la inseguridad ciudadana y más tarde EL SIDA. Se alían la Represión y la Asistencia con un único objetivo sacarlos de la calle. Frente a esta droga de lo marginal aparece la droga del "guapo": la cocaína, así esta década tuvo una droga para los pobres y marginales y otra para los ricos y emprendedores.

La década de los noventa.

Todo ha evolucionado, creemos controlado el fenómeno, asistencia, represión, programas totalitarios, miedo. El cannabis se hace con la calle, la cocaína con las mentes de los jóvenes, su largo poder adictivo hace tenerla en un silencio clínico.

Se reduce el consumo de alcohol en adultos y aparece un consumo convulsivo de fin de semana en los jóvenes, "la Litrona".

El perfil del consumidor ha empezado a perder las características tipificadas para resurgir como sujetos socialmente integrados

Siglo XXI.

Si ya arrastrábamos el pastilleo, la vuelta de las anfetaminas y otras, en esta década aparece la mayor expansión de drogas de síntesis, que desdibuja la demanda y camuflan en cualquier piso, coche... la oferta.

Ocio, músicas vivir la noche sin parar, vivir el fin de semana, resistir y no parar adueñan a unos jóvenes que se dividen entre botellón (alcohol) y disco (pastilleo) uniéndoles el consumo de cannabis como encuentro.

Violencia en el ocio, en el joven por la droga o por la sociedad, la verdad es que por una sociedad que consume drogas.

SEGUNDA PARTE:

1. ABORDAJE TEÓRICO/PRÁCTICO DE LA INSERCIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE

De la formación micromodular a la búsqueda de empleo por itinerarios formativos

1.1 Abordaje teórico práctico

Al igual que en otros aspectos de las drogodependencias, en la inserción social se han iniciado importantes y novedosos marcos de actuación, haciendo frente no sólo al desempleo sino al mantenimiento en el empleo. El objetivo radicará en crear o dar al tratamiento un enfoque más globalizador e intermultiprofesional, quizás más allá de la intervención sanitaria o terapéutica encontramos el lugar de la inserción. Obviamente puede integrarse socialmente tras superar la adicción o al menos abandonar el consumo de algunas drogas pero la negación y las distintas tipologías de adicción nos dificultarán esta tarea y nos harán entender lo que produce tal opacidad.

Al disminuido físico, una vez superada su rehabilitación, se le inserta fácilmente. La minoría étnica, una vez conocen el idioma y poco más es fácil que encuentren un trabajo. El adicto lleva su adicción y ésta, en cualquier momento, puede producir una modificación de su comportamiento, no ecuaníme con su trabajo. Por lo tanto, la inserción en el plano más general en el drogodependiente tendrá esa dificultad. Necesitará de metodologías específicas diseñadas, desde el comienzo, de un tratamiento.

La adicción es vivida, comprendida y admitida por el grupo de profesionales, de enfermos y de sus familiares. Para los demás ciudadanos aún hoy es difícil entender esa entramada complejidad de perversión, intolerancia y frustración que puede producir la adicción.

Un simple enfoque psicosanitario o judicial demuestra cierta pobreza para comprender la drogodependencia en su totalidad. Hace ya años me atreví a hacer referencia a la sociedad de los excluidos como colectivo más vulnerable para las adicciones. Hoy, si bien es cierto que ha podido romper barreras sociales, ideológicas y culturales que ha impuesto la sociedad sin embargo, no ha sido capaz de quebrar las diferencias por su clase social.

La exclusión social es una nueva realidad transversal en el propio sistema de clase o de estatus que la sociedad ha permitido. En la actualidad, las nuevas

sociedades tecnológicas, ya sin clases y de distinta estratificación, pueden vivir, y así lo hacen, la exclusión de aquellos —los adictos— que han enajenado su libertad y alteran el comportamiento de los que viven a su alrededor. Bien es cierto que los excluidos representan un pequeño grupo donde se confunden simbólicamente mediante la venta de imágenes sociales y mediáticas, donde una entre las causas de la emergencia de estos colectivos es la adicción, preferentemente a sustancias tóxicas.

Ante este nuevo enfoque de la sociedad, de las nuevas tecnologías, de la imagen que nos venden de las adicciones, la inserción social del drogodependiente debe de acoplarse a estas situaciones. Al igual que el tratamiento ha evolucionado, del mismo modo que la abstinencia ha sido considerada un fin y hoy uno de los medios, la inserción ya no es la última etapa en el tratamiento sino una fase o un estadio que debe de ser trabajado desde el momento que la persona libre de drogas o en mantenimiento con otras sustancias desea cambiar su comportamiento, y su objetivo será la inserción, no sólo laboral sino también del ocio, cultura, etc.

Las reflexiones que pretendemos presentar parten de la experiencia de un centro de día dependiente de PATIM, ONG fundada en 1985 y que ha tenido una considerable evolución en sus planteamientos, filosofía y en adecuar cada uno de los programas a las respuestas que demanda esta parte de la sociedad: los drogodependientes.

Este servicio de día mantiene las intervenciones terapéuticas individuales, grupales, familiares e incluso ocupacionales para un sesgo de esa población histórica deteriorada, y ha incorporado dos nuevas áreas: acciones formativas experimentales y el aula de búsqueda de empleo.

Estas contextualizaciones nos marcarán ciertas reflexiones en cómo formar (qué metodología elegir, el acompañamiento es insertivo, el itinerario del acompañamiento). Son esas reflexiones las que quiero que produzcan en cada uno de los asistentes un discurso, que no se ha de poner en práctica al minuto, sino que desde los centros y los profesionales que trabajamos en drogas tengamos previsto para un futuro cercano.



La boyante y fácil situación laboral en algunas de nuestras comunidades autónomas está tocando techo, no sólo por fenómenos bélicos acaecidos en los últimos meses, sino por el propio mercado de trabajo y la inmigración que ha desdibujado la demografía y muchas teorías de mercado laboral que teníamos previstas.

El drogodependiente necesita, hoy más que nunca, de una formación adecuada y de un itinerario que produzca una plena inserción en lo laboral, económico, emocional y en las relaciones humanas.

Es de suponer que debido a largos periodos de adicción, los sujetos que acceden a estos servicios vienen marcados, no sólo por la etiqueta de excluidos, sino también por una marginalidad psíquica, física y social fruto, hoy en día, no sólo de la sustancia, el medio o el individuo sino del propio proceso tecnológico que produce con mayor rapidez una selección y segregación en estos sujetos con menos posibilidades de integración participación social.

Esta nueva exclusión social de la que estamos hablando ya no deviene únicamente del acceso a los bienes materiales, al trabajo, al ocio sino que procede de una cronificación de la ignorancia sobre la sustancia como de otros hechos sociales. Los usuarios de las drogas creen que lo saben todo pero todavía les falta mucho por aprender. Por lo tanto, después de estas reflexiones iniciales empezamos a tener claro que la formación, la propia generación del conocimiento, el propio proceso de comunicación y de cómo se haga éste es importante en la reinserción social del drogodependiente. No hemos de olvidar lo que hasta ahora se ha aceptado científicamente: no hay drogodependientes iguales.

Las sustancias no producen los mismos efectos en los individuos y el medio va a modificar el resultado. Así, la praxis educativa debe ser diferente, dado que los conocimientos que le van a permitir integrarse van a ser distintos. El adicto se convierte en educando y en nuestra metodología (micromodular) le permitimos incluso ser educador ya que con su propio esfuerzo de transmitir los contenidos adquiere un saber y una práctica.

La reinserción social

Estamos hablando y nos olvidamos de hacer reflexiones puntuales. Aún no hemos dicho que es la reinserción social. Nosotros apostamos por entenderla como una variable dentro del proceso terapéutico que tiene, y puede tener, un número ilimitado de valores que incluso los que nos denominamos normales, muchas veces no alcanzamos. Al hablar de la reinserción del drogodependiente no les vamos a

exigir lo que a lo mejor no hemos alcanzado nosotros. Cuando hablemos de reinserción social vamos a hablar de cuatro facetas que queremos alcanzar.

La primera de ellas es laboral. Es necesario una incorporación al mercado de trabajo, bien de una forma progresiva (prácticas, trabajo tutelado, becas, etc) o de forma directa (por cuenta propia o por contrato). Lo importante es que se inicie al trabajo y, en segundo lugar, como hemos dicho al principio, que se mantenga en él. La segunda es económica. Necesidad de un salario, de una contraprestación o subsidio. El usuario necesita el dinero para integrarse en una sociedad de consumo. Aquellos casos que en el objeto de la inserción no contemple enfrentarse y convivir con una sociedad pura de consumo tienden al más absoluto fracaso.

Para el ocio se necesita dinero, para ir a trabajar también. La inserción en el plano económico irá unida al aprendizaje en el gasto y a establecer prioridades en el consumo. En el aspecto emocional, se ha de ser consciente que la dificultad no es estar sólo sino saber estar a solas. Y es en este conocimiento de aceptación de uno mismo donde se puede, si se desea, entablar relaciones emocionales. La última será la relacional. Es distinta a la emocional puesto que existe una mayor manifestación de vacío y soledad.

Todas estas facetas pueden resumirse en tres requisitos para evaluar si se ha llegado a una reinserción. En primer lugar, tener experiencias satisfactorias. En segundo lugar, tener un mínimo de relaciones sociales y en tercer lugar asumir conocimientos, normas y culturas. En esta última, queda claro que hacemos referencia al conocimiento de las sustancias, dado que conocer será sinónimo de aceptar no sólo el bagaje terapéutico del que ha sido objeto sino también el que produce el uso de las distintas drogas.

Estos ítems para medir la inserción en las cuatro facetas anteriores, deben de traducirse en:

- Tener condiciones de vida mínima: ropa, vivienda, etc.
- Obtener, prioritariamente a través del trabajo, recursos económico para adentrarse en la sociedad de consumo.
- Hacer algo con cierto reconocimiento. Por ejemplo, no consumir drogas, ser diferente, ser igual que otros.
- Participar y saber qué lugar se ocupa en cada momento de las relaciones que se formalicen.

Ante todo tenemos que evitar cualquier elemento disgregador en el proceso de reinserción. Todo lo tenemos que convertir en integrador. A todo le tenemos que dar ese lado bueno que tienen todos los elementos que queramos utilizar como parte de un proceso de incorporación que acepte y parta desde una perspectiva socializadora.

Hasta ahora estamos hablando de que hay que salir de la exclusión y es necesario integrarse en la sociedad pero sería injusto, o más bien pobre, no hacer referencia a que para lograr una verdadera integración, a parte de la voluntad, de la propia decisión del drogodependiente, necesitamos también de una predisposición política y social. No olvidemos que la reinserción social sólo se consigue con la sociedad a la que debemos pedir una evolución en sus actitudes, en sus comportamientos, en esas mentalidades que llamamos sociales.

La reinserción social supone una interacción entre tres actores, o más bien agentes, sociales, económicos y políticos. Además, es necesario que estos agentes cuenten con estructuras que posibiliten la integración global de los drogodependientes. Este punto de vista, que hasta hace poco se denominaba de interacción y que ahora, por la moda, se define como globalización constituye la clave de una incorporación social. Más aún, la globalidad nos aúna en conceptos no progresivos, en estadios o en fases no progresivas o correlativas, sino dentro de un todo que las diferenciará. Por ello, a la preguntas que muchos de nosotros nos hacemos (cuándo, cómo y dónde incorporamos la reinserción en el tratamiento) debemos de partir de unas fases o estadios a conseguir en el propio tratamiento.

Desde un proceso dividido en tres fases (desintoxicación, deshabitación y reinserción) hoy consideramos que el proceso de inserción es un estadio más del tratamiento. Recordemos los cinco estadios que consideramos más apropiados.

- Paliación del daño. Oferta de alternativas y de recursos. Intervenciones inmediatas paliativas.
- Toma de conciencia. Acercamiento a recursos específicos.
- Intervención ante los efectos negativos tanto físicos, psíquicos y sociales.
- Integración del usuario en el entramado social normalizado.
- Mantenimiento del usuario dentro del entramado social, considerando que en ocasiones puede retroceder y es necesario intervenir.

En el primer estadio, como recurso tendríamos los Centros de Emergencia y Acogida, las Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD). En el segundo y tercer estadio se situarían los grupos de autoayuda, las Unidades de Conducta Adictivas (UCA), los Centros de Día, Centros Residenciales. En los dos últimos estadios se podría hablar de forma específica de Centros de Día, pero Centros de Día como el que os vamos a explicar, dado que en ellos se va a planificar un tratamiento individualizado y donde nos vamos a encontrar con nuevos perfiles laborales (tutores integrales y orientadores laborales)

que coordinarán, ordenarán y se priorizarán las acciones propias de la integración. En los Centros de Día, al poseer planes individualizados, no sólo se adecuará la formación circular sino que diseñemos itinerarios de empleo con criterios de flexibilidad que facilitarán que se compagine el proceso formativo con el proceso de incorporación y mantenimiento en el puesto de trabajo.

Todas estas alternativas, fases, estadios hemos dicho que necesitan de tres actores (los agentes sociales, económicos y políticos) pero sería necesario aclarar qué es preciso reivindicar y conseguir. Y esto es lo que mínimamente, como última reflexión os pido que abordéis. Quiero que penséis en rentas mínimas de subsistencia, en residencias o pisos baratos, la necesidad de potenciar medidas especiales de empleo, de ayudas a la contratación, fomentar prácticas laborales, la apertura de mercados tutelados, la necesidad de regular y con posterioridad potenciar las empresas de inserción, las bajas laborales y el despido, el considerar en toda su plenitud que la drogodependencia es una enfermedad crónica y recurrente, con secuelas físicas y psíquicas en muchos casos irreversibles o limitadoras de una normal capacidad. También se necesita de un apoyo solidario a la inserción con una reflexión ética y en muchos casos con una redefinición de solidaridad. Es necesario que en esta redefinición de solidaridad entre, participe y se le demuestre al sector lucrativo que puede adquirir no sólo un beneficio por medio de sus fundaciones sino que puede abrirse y firmar un compromiso de inserción y de futuro. La inserción no sólo es una tarea de la administración sino también de la empresa privada.

1.2 Abordaje práctico

Una vez hemos realizado un acercamiento a la realidad social de los drogodependientes y para no caer en continuas repeticiones hemos visto más adecuado continuar desde un abordaje práctico que tiene su referente en una experiencia del Centro de Día que dirigimos. Sin olvidarnos de la parte terapéutica de autoayuda y asistencial, vamos a reflejar sólo lo relativo a inserción.

El Centro de Día. Un marco para implantar acciones de reinserción.

La respuesta estructural al uso y abuso de las distintas drogas inevitablemente se tiene que traducir en el nacimiento, creación y reconocimiento de determinados servicios que acojan y den soluciones a las distintas adicciones que producen las drogas.



Las diferencias entre los individuos, las sustancias y el medio hacen de las drogodependencias un fenómeno sociocultural distinto, que nos hace ajustar nuestros servicios a la realidad actual. Los consumidores tradicionales de drogas no institucionalizadas (heroína), junto a los también no institucionalizados que empiezan a demandar tratamiento (cocaína) forman junto a los nuevos traficantes encargados de diseñar, con sustancias no reconocidas como tales, drogas de síntesis una nueva trilogía a la que nos enfrentamos. La demanda, fruto de la evolución y de las transformaciones, ha provocado la desaparición de conocidos programas que intervenían de forma global, metódica, casi sin distinciones y para comenzar una andadura individualizada que respete al usuario en todas sus dimensiones.

Tras la aparición de la ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, contemplamos un cambio cuantitativo y cualitativo en la atención a los que tienen algún tipo de adicción y su entorno familiar. La normativa tiene por objeto "establecer y regular, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden a la Generalitat Valenciana y dentro de su ámbito territorial, un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas tanto por el uso y, o abuso de sustancias que puedan generar dependencia como por otros trastornos adictivos". Según se deduce de la ley se asegura una asistencia pública, universal y gratuita, esperada durante muchos años.

Todo esto hace que en primer lugar aparecieran tras la orden del siete de julio de 1997 de la Conselleria de Sanidad las UCAS, Unidades de Conductas Adictivas, en numerosas áreas de salud de la Comunidad Valenciana Servicios de desintoxicación y deshabituación de carácter ambulatorio para el tratamiento de los trastornos adictivos garantizando la asistencia sanitaria a los drogodependientes, dentro del sistema sanitario público de la Generalitat Valenciana y como un servicio específico, normalizado e integrado facilitando por primera vez una asistencia sanitaria a dicha patología.

Una vez que la asistencia sanitaria estaba garantizada había que organizar, estructurar o acreditar recursos que hasta la fecha estaban dando una respuesta a las drogodependencias. Así el 15 de abril de 1998, por decreto 47.1998 del Gobierno Valenciano se registran, acreditan los centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias en nuestra comunidad. De este modo se cumplen con las obligaciones en materia de asistencia, protección y reinserción que emanan del art.31 de nuestro Estatuto de Autonomía.

El aumento en el consumo de drogas y la aparición de nuevas sustancias rompen con el perfil casi histórico del drogodependiente que demandaba nuestra atención, teniéndonos que preparar para una atención más generalizada y menos dogmatizada.

Los Centros de Día se acogen de inmediato al decreto de acreditaciones en su art. 3-3 que dice: "Los Centros de Día son aquellos que, en régimen de estancia de día, realizan tratamiento de deshabituación, rehabilitación y reinserción, mediante terapia psicológica, formativa y ocupacional, y promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con objeto de facilitar su incorporación social".

Tras las necesidades observadas durante estos años, se planifica y se pone en funcionamiento como complemento a los programas de tratamiento, un programa de reinserción que da cobertura a las carencias de integración sociolaboral que presentan los drogodependientes, con acciones formativas experimentales (AFE), formación teórico-práctica circular por micromódulos y habilidades de forma transversal. En la actualidad la inserción no es considerada como la última fase sino como una metodología de tratamiento en la propia intervención terapéutica. Al mismo tiempo se estructura un aula de búsqueda de empleo con características acordes a la realidad de los drogodependientes.

Todos estos servicios asistenciales, complementarios pero con funcionamiento independiente y autónomo, constituyen un marco de actuación integral en el tratamiento de las drogodependencias, que intentan cubrir, como principal objetivo, las carencias biopsicosocijurídicas que presentan los usuarios. Para ello, el tratamiento se individualiza y adapta a la situación particular de cada uno de ellos.

Las fases que a continuación vamos a exponer pretenden sintetizar y temporalizar en la medida de lo posible una intervención en adicciones cuyo objetivo es retener a los usuarios para poder mejorar su estado de salud, prevenir otras patologías e intentar motivar en una intervención grupal, individual y formativa si procede en los beneficiarios una intervención terapéutica adecuada que intente llegar en aquellos casos que se pueda a la abstinencia. Considerando la inserción social como una variable continua en el tratamiento que puede tomar un número ilimitado de acciones o formas: familiar, emocional, laboral, económica, relacional, académica, comunitaria etc... Dado que existen tantas formas de reinserción social como de drogodependientes cada uno alcanzará un nivel siendo conocedores que siempre les quedará un estilo residual de personalidad. Intentaremos evitar en todas las fases que el objetivo único sea la abstinencia dado que la experiencia nos demuestra que muchos

usuarios no lograron la reinserción social porque todos sus esfuerzos los centran en no consumir, convirtiéndose la recaída en fracaso y no en sintomatología patológica pasando su juventud entre el consumo y el tratamiento, entre el hecho de drogarse y el de intentar salir de las drogas. La reinserción del drogodependiente comienza desde el primer momento de su tratamiento en el Centro de Día, siendo conocedores que cada usuario demostrara una vulnerabilidad diferente en las formas de reinserción social no en lo que entendemos por sociedad sino en el entorno social del usuario.

Los factores psicológico y patológico será preciso abordarlos desde una óptica multidisciplinar y especialmente desde lo psicoterapéutico y lo educativo, con el objeto de atenuar o modificar las actitudes y los comportamientos.

La intervención la temporalizamos en fases principalmente, la duración de cada una de ellas e incluso en algunos casos el orden variara del estado en que nos encontremos al usuario.

En esta intervención sólo nos preocuparemos de la fase de inserción social, explicando la metodología circular por micromódulos y el aula de búsqueda de empleo.

Formación ocupacional circular por micromódulos.

El plano ocupacional se debate entre la mera ocupación o la formación.

Tras largas investigaciones basadas en métodos de investigación y en consultas de otras metodologías de formación vimos la necesidad de adentrarnos en nuevas perspectivas que ampliarán el campo ocupacional sin olvidar la vertiente terapéutica, y que promovieran el incremento de nuevos conocimientos para la población drogodependiente.

Por ello, tras un largo debate y amplias reflexiones, creamos un modelo válido, basado en la circularidad, complementariedad y en una metodología micromodular donde como características principales se dan:

- Las materias impartidas son rotativas: se superponen.
- La teoría y la práctica se entrelazan
- La materia a impartir no tiene un principio ni un fin en sí mismo. Es un enlace progresivo y causal, programado y con posibilidad de evaluarlo. La base de este proceso es su circularidad que permite la incorporación de nuevos usuarios en cualquier momento.
- Se realiza una continuidad en el aprendizaje a pesar de finalizar el periodo de formación por medio de tutorías.

- La formación general cuesta introducirla en el área de la formación específica, al igual que las materias transversales en el mundo de la docencia.
- Se atenua el aburrimiento y el hastio en los alumnos al convertirlos en educadores/ monitores y darles responsabilidades.
- Los monitores han de esforzarse por mantener su rol.
- El coste económico del programa es elevado pues cada acción formativa se compone de dos o tres micromódulos distintos que se imparten a la vez.
- El grado de inserción laboral de los usuarios que finalizan el programa es mayor así como su permanencia en un puesto de trabajo.
- El programa de formación va a intentar compaginar la propia intervención psicoterapéutica con el programa formativo, dentro de cual tendremos un área general y otra específica.
- La formación tendrá como características principales que:
 - Estará basada en una pedagogía dinámica, evolutiva, rotativa, microestructurada, personalizada y participativa. El objetivo es crear un clima de exigencias de rendimiento.
 - Estará orientada hacia el empleo, como cauce de incorporación desvinculado de la entidad y lo desarrollará el aula de búsqueda de empleo.
 - La formación en su área general tendrá unas competencias elementales. Por un lado, barajaremos los conceptos y por otro las praxis. Fomentaremos la autoestima, la higiene, la creatividad, el concepto de mejora, la motivación, la responsabilidad y en sí el propio concepto de trabajo.

Estas competencias de las áreas generales se entrecruzarán en las propias áreas específicas, que no son más que la propia teoría y la práctica, estructuradas en objetivos, tareas y métodos.

La metodología micromodular, como es lógico, necesitará que el monitor/ formador tenga unas características que abarquen desde una formación previa de la materia impartida hasta unos conocimientos de las habilidades y destrezas, para así sean transmitidas de una forma dinámica, planificada y que cree en todo momento una motivación.

Una vez las materias generales se entrecruzan con las específicas, estas últimas pueden estructurarse en microparcels que denominaremos "micromódulos formativos". Si consideramos el ejemplo de los oficios básicos vemos que el módulo de chapado es un micromódulo, como lo es lucir una pared, hacer regatas,... que se irán impartiendo como oficios básicos. Esto facilita que cualquier alumno pueda incor-

porarse en la acción formativa. Lo mismo ocurre con las otras competencias que van transmitiéndose de forma transversal y diaria.

Una de las reflexiones que se derivan de esta metodología es la siguiente. ¿Qué es lo que pretendemos con los usuarios, formarlos o mantenerlos en un oficio? Si quisiéramos formarlos en un oficio deberíamos realizar una selección, de manera que el propio proceso formativo actuaría como selección continua. Dado que los conceptos deberían ser más rígidos a la hora de impartirlos deberíamos respetar la temporalización del currículum. La segunda opción, mantenerlos en un oficio, nos va a obligar a bajar el listón curricular e incorporar y dar una mayor importancia a una serie de habilidades o competencias claves que hemos denominado "competencias elementales del área general".

Esta metodología de la formación puede crear dificultad a la hora de comprenderla pero es sencilla a la hora de ponerla en práctica. Una sencillez que se recoge en un manual pero que su verdadera programación radicará en la dinámica del monitor y en cómo éste intentará en todo momento que los propios alumnos puedan convertirse también en monitores de autoayuda dentro del proceso formativo.

Aula de búsqueda de empleo y de tiempo libre.

Partiendo de la intención de normalizar la situación personal social y laboral de los usuarios de drogas en programas de atención, tenemos que ajustarnos a la realidad y ser conscientes de que sigue siendo necesario crear servicios más eficaces tanto al usuario como a la sociedad en general.

Este servicio específico debe ser entendido como complementario y transitorio a los recursos normalizados de esta índole. La propia ley valenciana en drogodependencias mantiene la reinserción o integración laboral como uno de sus mayores objetivos. En gran parte de la población afectada el área laboral, así como la de ocio y tiempo libre quedan deteriorados con el paso del tiempo. Dependencia y trabajo se hacen incompatibles, dependencia y alternativas de ocio también.

El usuario a drogas centra todas sus aspiraciones hacia nuevos consumos y a facilitar los mismos, lo que le hace vivir en una espiral que progresivamente se va estrechando. Por tanto, todas las actividades de formación y orientación laboral para la búsqueda de empleo debe de ser prioritarias.

Todo tratamiento o marco de intervención que hemos reflejado en nuestra fundamentación tiende o más bien está orientado hacia la búsqueda de nuevos trabajos, de nuevos amigos, de nuevos ambientes. Por lo menos recuperarlos sería parte de la intervención terapéutica y a partir de ahí intentar mejorarlos.

Las áreas de intervención que pretendemos trabajar desde esta experiencia son:

- Área personal y social
 - Superación de la sintomatología negativa del consumo. Abstinencia o control así como adquisición de normas de convivencia y fomento de actitudes positivas.
 - Formación
 - Fomento de conocimientos. Cursos específicos y acciones formativas experimentales.
 - Empleo. Itinerarios laborales.
 - Cultura, ocio y tiempo libre
- Potenciar la integración en el tiempo libre es prioritario para lograr un equilibrio en el usuario. Buscar alternativas para cubrir el tiempo de ocio y cuidar este espacio es importante para que se mantenga en dicho proceso recuperativo.
- Regularización jurídico penal y jurídico civil
 - Esta área resulta esencial no sólo como parte normalizada sino como ofrecimiento de alternativa a la fase de tratamiento al cumplimiento de la pena o sanción.
 - Intervención comunitaria

La utilización de los recursos comunitarios le familiarizarán con otra cara de la ciudad y de la sociedad, totalmente olvidada o casi desconocida para los usuarios. Por ello, la integración en redes o servicios generales facilitarían no sólo la morbilidad del usuario sino su integración y servirá como mecanismo imprescindible de cara a un futura recaída.

En la actualidad, de estos seis requisitos se está trabajando principalmente el área personal y social, la formación, la regulación jurídico penal y jurídico civil y la intervención comunitaria. No obstante, queda en muchos casos sin cubrir el empleo (inserción laboral) y el ocio (inserción en el tiempo libre). Por ello, el principio de actuación de este servicio debe formar parte de los planes que ya existen (Centros de día, principalmente) dado que comprenden el abordaje de aspectos psicológicos, sociales, sociológicos, ocupacionales, formativos e integradores. La experiencia nos demuestra que la intervención en materia de incorporación con población drogodependiente ha de basarse en la premisa del acompañamiento o de la intervención continua en itinerarios desde una autonomía y discreción. Para conseguir este objetivo es necesario poner en marcha servicios especializados y transitorios que tutelen el propio proceso de acercamiento al mundo laboral.

OBJETIVOS GENERALES

- Incorporar al tratamiento desde sus inicios la inserción por medio de un AULA DE BÚSQUEDA DE EMPLEO Y TIEMPO LIBRE.
- Fomentar o mejorar la participación social

- Crear, mejorar, ampliar y enriquecer las relaciones sociales.
- Evitar los tiempos muertos que pueden llevar a recaídas.
- Incorporar metodologías homogéneas de formación laboral.
- Mejorar la calidad de atención a drogodependientes y su integración socio laboral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar y estudiar expectativas de trabajo y de ocio
- Descubrir y estudiar como superar obstáculos
- Fomentar habilidades para resistir en el trabajo
- Dotar de herramientas para facilitar la búsqueda de empleo
- Facilitar herramientas para encontrar recursos. Itinerarios.
- Provocar cambios en la utilización del tiempo libre
- Paliar la soledad que produce normalizarse
- Desarrollo de habilidades de análisis y toma de decisiones.
- Incrementar conocimientos sobre economía doméstica.

METODOLOGÍA DE ACCIÓN

- Preparación.
- Infraestructura material.
- Despachos. Normalizados y plurifuncional para trabajar individualmente.
- El Aula. Debe de contar con unas dimensiones adecuadas para trabajar con diez personas en grupos. Debe tener varios ordenadores, uno conectado a Internet y otros para realizar distintos trabajos. Además, la infraestructura mínima ha de contemplar con una mesa (para leer periódicos, escribir, etc) y una estantería. Además, resulta imprescindible contar con guías prácticas de consulta (callejeros guías de teléfono, etc), así como diverso material fungible (folios, libretas, bolígrafos, etc).
- Derivación por un terapeuta de un centro asistencial
- La derivación puede ser realizada bien desde el propio Centro de Día o desde cualquier otro recurso que trate adicciones.
- Entrevista personal. Orientación individualizada
- De carácter individual aunque pueda pedirse el acompañamiento de familiares amigos o voluntarios específicos. Hay que garantizar una información específica y adecuada estableciendo un clima empático y de colaboración
- Explicación del circuito.

- En todo momento el usuario y sus acompañantes han de saber qué objetivos pretendemos alcanzar y con qué metodología y temporalizaciones esperamos conseguir los objetivos propuestos. Se ha de realizar una explicación del contexto de trabajo y acordar compromisos comunes. Ha de quedar claro que no damos empleo, facilitamos la búsqueda de trabajo.
- Definir conceptos estudiar abanico de posibilidades. Talleres grupales.
- Tenemos que definir qué es integración laboral en tanto en cuanto analicemos y conceptualicemos el ocio y el tiempo libre. Partiendo de la idea de integración normalizada hemos de compaginar ambas inserciones para eludir el agobio y peligro que puede suponer el tiempo muerto. Para alcanzar estos objetivos hemos de utilizar técnicas expositivas y explicativas:
- Informar
- Dar conceptos básicos: trabajo, empleo, rendimiento, derecho, obligación, ocio, tiempo libre, asociación, actividad, deporte, lectura, descanso, etc.
- Estar al día de la oferta formativa laborales así como de las alternativas de tiempo libre y ocio
- En definitiva, trabajaremos sobre las actitudes con las que usuario llega a este servicio para conseguir que sean lo más estables posibles. Para ello trabajaremos:
- Desánimo o apatía.
- Conocimiento de que sí hay trabajo.
- Utilizaremos técnicas de búsqueda de empleo y ocio,
- Actitudes solidarias.
- Trabajo en equipo.
- Módulos formativos.
- Cada uno de estos módulos tendrán una duración de dos horas y se impartirán semanalmente.
- Motivación y actitud hacia el empleo.
- Técnicas de búsqueda de empleo.
- Habilidades sociales.
- Derechos y obligaciones laborales.
- Desarrollo de aspectos personales.
- Fase de contraste y retroinformación.
- Crear nuevas habilidades.
- Crear actividades y comprometerse.
- Autoconocimiento. Autoimagen y autoestima.
- Toma de decisiones.
- Autonomía, autocontrol.
- El autoempleo y la creación de aficiones y actividades de ocio
- Una de las salidas será la iniciativa personal, lo que significa que deben recibir un apoyo de asesoría para iniciar su propia actividad.
- La Formación ocupacional. Los recorridos culturales. Talleres prelaborales.

1.3 Metodología de actuación.

- Búsqueda activa de empleo y tiempo libre.
 - Acciones encaminadas a informar y motivar hacia una incorporación laboral y de ocio. Se procederá de común acuerdo a establecer un itinerario personalizado de incorporación, adaptado a su entorno laboral y social de referencia. Una vez preparado el usuario en técnicas de búsqueda de empleo así como en habilidades para el enfrentamiento del horario laboral u ocupacional pasaremos a la búsqueda activa de empleo o de recursos especializados en ocio, poniendo en funcionamiento todos los instrumentos y habilidades necesarios.
- Metodología del aula de búsqueda de empleo y ocupación del tiempo libre
 - Fomento de la motivación y de la autoestima: Intentaremos lograr una motivación hacia una búsqueda activa y dispersa de recursos, donde el usuario pueda discernir aquellos que entran en sus posibilidades, valorando no solo la inmediatez sino las dificultades que tiene que superar para mantenerse. Planificación temporalizada de las entidades que va a presentarse. Potenciando las habilidades, autonomía y organización que determine el tipo de recurso adecuado.
- Plan General de intervención.
 - Plantearemos tres objetivos que se corresponden a tres preguntas.

- Objetivo profesional o social:
 - ¿En qué quiero trabajar o participar?
- Objetivo personal:
 - ¿En qué puedo trabajar? o ¿En qué puedo participar?
- Objetivo de Búsqueda:
 - ¿Qué tengo que conseguir para trabajar o participar?
 - Una vez tenga las respuestas le podremos diseñar el itinerario de incorporación o integración.
 - Itinerario personalizado
 - Identificación y selección de prioridades.
 - Responsabilizaron.
 - Participación.
 - Temporalización.
- Entrevista. El primer contacto
 - Adecuación del currículum al trabajo seleccionado, contemplando la posibilidad de conocer o ampliar conocimientos del sector, la empresa, etc. Preparación para la entrevista por medio de simulaciones.
- Una vez integrado
 - Se pedirá la continuidad del ex usuario en grupos, para animar la continuidad de noveles o enseñar los mecanismos que le fueron útiles. De este modo se amplía la información del grupo, planteando y analizando la experiencia obtenida.
 - El seguimiento en el puesto de trabajo será función de cada terapeuta de referencia. (Deberá anotar en su historia clínica general como gestión de seguimiento).

2. PREVENCIÓN. FAMILIA, ESCUELA Y PROFESORADO

2.1 La educación para la salud en el contexto escolar

Los contenidos de la educación para la salud han adquirido gran importancia en los últimos años, tanto en Europa como en el resto del mundo, sobre todo porque se ha constatado que las enfermedades causantes de más muertes prematuras están relacionadas con estilos de vida y hábitos individuales.

Se sabe, que es en la infancia donde se van modelando las conductas que dañan la salud, de ahí que el periodo de enseñanza obligatoria resulte el más adecuado para tratar de potenciar desde el sistema educativo los estilos de vida saludables.

Una buena educación para la salud debe pretender que los alumnos desarrollen hábitos y costumbres sanos, que los valoren y que rechacen las pautas de comportamiento que no conducen a que se alcancen los beneficios a nivel de bienes físico, psíquico y social. La consideración de que deben aprender

contenidos de salud es aceptada mundialmente y despeja el camino para que los centros educativos piensen y reflexionen sobre que es la salud y entiendan que esta no es ausencia de enfermedad para desarrollar con total satisfacción este marco teórico que es la educación para la salud.

2.2 Contenidos curriculares de la educación para la salud

Conceptos, procedimientos y actitudes.

Aunque la Educación para la salud pretende fundamentalmente la adquisición de actitudes, no debe entenderse que los conceptos y procedimientos no son importantes. La escuela debe desarrollar una serie de bloques de contenidos en los que primará el aprendizaje de actitudes y procedimientos en los niveles más inferiores para, que poco a poco se des-

arrollen contenidos de salud más amplios para desarrollar completamente las actitudes y conductas saludables hacia las drogas.

El currículo oculto.

El conjunto de valores, normas y actitudes que de una manera implícita están presentes y conforman el microclima escolar.

El centro escolar debe convertirse en un agente promotor de la salud, incluyendo en sus currículos contenidos relativos al tema y tomando, además, una serie de decisiones que colaboren a que el alumnado respire realmente en la escuela una vida saludable.

Características de la educación para la salud. (según Young y Williams)

- Considera todos los aspectos de la vida del centro educativo y sus relaciones con la comunidad.
- Se basa en un modelo de salud que incluye la interacción de los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales.
- Se centra en la participación activa de los alumnos, con una serie de métodos variados para desarrollar destrezas.
- Reconoce una amplia gama de influencia sobre la salud de los alumnos e intenta tomar en consideración sus actividades, valores y creencias.
- Reconoce que muchas destrezas y procesos básicos son comunes a todos los temas de salud y que éstos deberían programarse como parte del currículo.
- Considera que el desarrollo de la autoestima y de la autonomía personal es fundamental para la promoción de una buena salud.
- Da gran importancia a la estética del entorno físico del centro, así como al efecto psicológico directo que tiene sobre los profesores, personal no docente y alumnos.
- Consideran la promoción de la salud en la escuela como algo muy importante para todas las personas que en ella conviven.
- Reconoce el papel ejemplarizante de los profesores.
- Sabe que el apoyo y la cooperación de los padres son esenciales para una escuela promotora de salud.
- Tiene una visión amplia de los servicios de salud escolar, que incluye la prevención y los exámenes de salud, pero también la participación activa en el desarrollo del currículo de la educación para la salud. Además, da a los alumnos la posibilidad de hacerse más conscientes como consumidores de servicios médicos.

Las acciones escolares nunca pueden plantearse como acciones aisladas, sino que requieren siempre la participación a nivel familiar y comunitario, para así implicar a toda la comunidad en la prevención del consumo de sustancias poniendo énfasis en las instituciones que son las que tienen mayor capacidad de actuación.

Las acciones preventivas desde un programa escolar deberán:

- Trabajar sobre las variables cuya modificación implique un efecto más relevante sobre los factores de riesgo y/o protección señalados.
- Centrarse en las variables que mejor se pueden modificar a través del trabajo en el centro educativo.
- Establecer los medios para permitir al ámbito familiar una participación activa y responsable en la formación de los hijos, en general, y en la prevención del consumo de drogas, en particular. Para ello, los programas escolares deben incluir también acciones dirigidas a los padres, en tanto que miembros de la comunidad educativa –independientemente de la existencia de otros programas de prevención específicamente destinados al medio familiar-, y cuya realización conjunta logrará, sin duda, un mayor afianzamiento de los objetivos preventivos abordables desde la acción educativa familiar.
- Favorecer una colaboración ágil con el resto de la comunidad, facilitando la acción del centro educativo como dinamizador de la participación comunitaria. Así pues, la comunidad educativa no sólo debe promover la implicación del resto de las instituciones.

En el ámbito escolar:

- Aumentar la autoestima.
- Desarrollar la capacidad de empatía, como base para el desarrollo, afectivo-, la competencia interpersonal y las actitudes prosociales.
- Aumentar la capacidad de autoexpresión emocional.
- Desarrollar actitudes positivas para la salud y contrarias al consumo de drogas.
- Mejorar el autocontrol.
- Desarrollar habilidades para tomar decisiones.
- Desarrollar habilidades para relacionarse con otros y oponerse a los deseos cuando sea necesario, aumentando así la competencia individual para la interacción.
- Mejorar su autoafirmación.

En el ámbito familiar:

- Desarrollar estilos educativos familiares adecuados como medio para mejorar el autocontrol y las habilidades de toma de decisiones.
- Desarrollar la competencia individual para la interacción con otras personas, especialmente con los iguales.
- Establecer un clima familiar de valoración y seguridad afectiva como base para aumentar la autoestima.
- Favorecer la participación conjunta de padres e hijos en actividades diversas de empleo del tiempo libre.
- Promover la intervención de los padres como modelos adecuados de ocio saludable.
- Crear hábitos saludables para favorecer el establecimiento de normas subjetivas contrarias al consumo de drogas y una adecuada valoración de la salud.
- Fomentar el desarrollo de otros valores afines a los objetivos preventivos (respeto por los demás y por uno mismo, amistad, cooperación, generosidad, conocimiento, etc.)

En el ámbito comunitario:

1. Promover la participación comunitaria para desarrollar habilidades sociales y actitudes prosociales.
2. Facilitar el acceso a alternativas saludables de tiempo libre.
3. Facilitar el establecimiento de relaciones interpersonales diversas en torno a intereses no relacionados con el consumo de drogas.

VARIABLES A MODIFICAR EN EL ÁMBITO ESCOLAR.
Autoestima

Los individuos que tienen una pobre valoración de sí mismos y de sus capacidades dependen más del reconocimiento de los demás y, para conseguirlo, son más proclives a plegarse a las demandas de otras personas. Claro factor de riesgo con relación al consumo de drogas, ya que reduce la probabilidad de enfrentamiento a la presión hacia el consumo procedente de los iguales o de la publicidad.

Actitudes hacia el consumo

Cognitivos: creencias, convicciones, expectativas, etc.
 Afectivos: sentimientos que experimenta el individuo respecto a las drogas y a todas las realidades asocia-

das a ellas. Se relacionan con las necesidades básicas y son los que proporcionan a la actitud su gran resistencia al cambio y su carácter motivacional.

Comportamentales: conductas relacionadas con la droga.

Actitudes hacia la salud

Actitudes positivas hacia la salud generan conductas en caminadas al no consumo de sustancias.

Autocontrol

La capacidad de inhibir los impulsos y de posponer la gratificación inmediata, en función de otra gratificación posterior, es esencial para que las estrategias de toma de decisiones puedan repercutir positivamente sobre la conducta.

Habilidades para la toma de decisiones

Capacidad de tomar decisiones autónomas y responsables, considerando las ventajas e inconvenientes de las opciones disponibles y asumiendo sus consecuencias.

Habilidades para la interacción social

En general habilidades sociales.

Habilidades de oposición

Capacidad de oponerse asertivamente a las demandas, influencias o manipulaciones de otras personas para hacer algo, es decir, negarse a las demandas de conducta del otro de forma no punitiva, sin crear conflictos innecesarios y sin poner en peligro las relaciones con los demás.

Habilidades de autoafirmación.

Habilidades sociales que facilitan la defensa asertiva de las propias convicciones y de las propias opciones de conducta, para defender los propios derechos, etc.

Capacidad de autoexpresión emocional.

Capacidad de exteriorizar emociones: expresar y demandar afecto, liberar estados emocionales, solicitar o brindar apoyo y cariño, mostrar ternura o compasión, etc. Así como canalizar las emociones negativas de aversión o rechazo.

Capacidad de empatía.

Capacidad de percibir y comprender los pensamientos y sentimientos de los demás.

La intervención en educación infantil

Para la intervención en educación infantil es necesario trabajar desde los primeros años de vida, para

con ello, lograr un correcto desarrollo afectivo, cognitivo y social, para que, con esta base, plantear objetivos específicos en lo referente a la prevención sobre drogas.

La intervención en educación primaria.

Se centrará en el desarrollo de la capacidades básicas que servirán de base para el trabajo posterior. Se trabajará: la empatía, la capacidad de reconocer y expresar las emociones y la capacidad de controlar de forma autónoma su propia conducta. Añadiendo el trabajo de la autoestima, siendo este un pilar esencial en la prevención de las drogodependencias.

La intervención en educación secundaria.

Se basa en los logros conseguidos en las etapas educativas anteriores (desarrollo de la empatía, de la capacidad de identificar y expresar sus emociones, el autocontrol, etc.), prestando menos atención a estas variables ya trabajadas, y se orienta, de una forma más eficaz, hacia las variables más directamente relacionadas con las drogas. Recibirá especial atención el proceso de autoconstrucción de la identidad que está muy relacionado con el desarrollo de las habilidades sociales.

EL PROFESORADO COMO AGENTE PREVENTIVO

El contexto educativo

- El educador conoce el funcionamiento del centro escolar y su realidad cotidiana, pudiendo estudiar, analizar y clarificar si la estructura lo permite el desarrollo de programas de prevención y, de no ser así, qué serán las modificaciones a realizar para un mayor desarrollo de estos programas
- Puede consensuar y coordinarse con los miembros del equipo docente en cuanto a que hacer y como hacerlo.
- Conoce la realidad del aula y de cada uno de los sujetos, de tal manera que puede adaptar metodologías y técnicas en función del grupo y de las necesidades individuales.
- Del mismo modo, para que el educador interesado y motivado en trabajar la prevención de drogas en el ámbito escolar puede llevarla a cabo ha de reunir una serie de condiciones que le permitan promover la participación de los suyos:
 - Ser una persona respetada dentro de la comunidad educativa facilitará que su discurso sea

escuchado, e implicará una actitud movilizador capaz de provocar situaciones que faciliten el cambio.

- Ser capaz de actuar como figura de transmisión y coordinación entre las necesidades detectadas en el entorno y el equipo facilitará la comunicación dentro del centro, y permitirá canalización de esfuerzos a través del consenso en un plan de actuación que englobe a la mayoría de los educadores.

Los alumnos

Contribuyen al desarrollo personal y grupal:

- Aumentando la autoestima de los alumnos y enseñándoles a afrontar las dificultades.
- Afianzando su habilidad para negarse asertivamente al consumo de drogas, superando las situaciones de oferta sin poner en juego las relaciones personales establecidas entre ellos.
- Trabajando para conseguir alumnos más autónomos, capaces de dirigir la conducta por sí mismos.

Contribuyen a que el alumno participe activamente en el entorno y aprenda a organizar y dar sentido al ocio y al tiempo libre:

- Enseñándoles a buscar experiencias nuevas pero, que sean adecuadas y saludables.
- Mejorando su implicación en la comunidad
- Desarrollando en ellos actitudes prosociales y cooperativas para que aprendan el valor de trabajar en pos de la comunidad e implicarse en la resolución de los posibles problemas sociales de su ámbito comunitario.
- Identificando gustos y aficiones alternativas a la cultura de consumo.

Los padres

La familia es un espacio de crecimiento y aprendizaje, en el que la prevención proviene de todas las actuaciones de los padres orientadas a transmitir a sus hijos modelos de salud, desarrollar su autoestima, habilidades sociales, expresión emocional, como resolver conflictos, valores y actitudes en pos de la sociedad y cooperativas.

Convocar a los padres y madres para la participación en programas o actividades supone siempre un difícil reto teniendo la problemática de que los padres más indicados para beneficiarse de estas acciones formativas en pos de una adecuada prevención en el ámbito no siempre acuden.

2.3 Técnicas grupales en el ámbito educativo

Las técnicas de participación activa son una manera de que las personas aprendan mediante una elaboración personal de los contenidos. Ésta es su especificidad diferencial. Consiste en tener en cuenta las posibilidades de respuesta al aprendizaje de los miembros del grupo con el que se va a trabajar, ha de establecer un sistema de aprendizaje en el que se tomen en consideración la capacidad de comprensión, los intereses, la sensibilidad interpersonal, etc., de los componentes del grupo. Éstos se mostrarán predispuestos a recibir y considerar los contenidos propuestos solamente, si perciben que la forma de abordarlos que se les ofrece está en consonancia con su propia forma de aproximarse al conocimiento y al juicio de las cosas y las situaciones.

- La reflexión silenciosa: a partir de una instrucción (pensar, escribir, dibujar) los miembros del grupo la desarrollan individualmente durante unos minutos. Las preguntas o instrucciones han de ser concretas, sencillas y con respuestas fácilmente al alcance de quienes han de elaborarlos. A partir del trabajo de reflexión individual se procede a una puesta en común, en la que cada componente leerá su respuesta o mostrará su trabajo.
- El cuchicheo: todos los miembros del grupo por parejas, comparten información sobre un tema propuesto por el director de la sesión, para a continuación hacer una puesta en común en el marco del gran grupo.
- El phillips: es un proceso en el que los participantes de un grupo se dividen en equipos de varias personas, dialogando entre ellos durante unos minutos, para exponer a continuación sus conclusiones ante el gran grupo. Todos han de hablar, pero ninguno sobrepasará el minuto. Nadie interferirá en el uso de la palabra de un compañero. El moderador hablará el último. El secretario anotará brevemente la opinión de cada uno, para luego exponerlas ante el gran grupo.
- La bola de nieve: siempre tiene lugar a partir de una anterior en la que se haya dividido el grupo en unidades de trabajo. Su objetivo es el de generar más interacción en esos subgrupos, añadiendo a los mismos una etapa más: cuando los equipos

han terminado su diálogo o tarea, antes de la puesta en común son invitados por el conductor de la sesión a fusionarse con otro equipo, para que comente con los miembros del nuevo subgrupo lo que han trabajado anteriormente.

- El foro: guiados por el moderador para facilitar que afloren ideas y puntos de vista personales respecto a contenidos informativos o formativos. Sus objetivos son: que el grupo, en interacción espontánea, se enriquezca desde las aportaciones de los iguales y que se estimule el pensamiento creativo generando un clima de participación.
- El debate: consiste en el intercambio de ideas a partir de un tema cuestionable, conocido por los participantes. La característica más notable es que deben aparecer dos opiniones antitéticas e incompatibles entre sí. Lo que se persigue con el debate no es persuadir a quien argumenta en contra, sino entender que existen enfoques distintos al propio. Puede ser o bien dirigido o bien espontáneo.
- Diálogos simultáneos: se debe aplicar cuando el grupo no es activo, si aparecen líderes, cuando hay muchos temas a tratar, se desea crear micro-reacciones y choques, sin agresividad grupal, dar responsabilidades y para realizar una autoevaluación.
- Técnica de casos: se suele utilizar en video jornadas. Es una técnica muy dinámica ya que incorpora casos que aparentemente no tienen relación con el tema que nos interesa tratar, pero refleja una situación no superada y que conviene tratarla en grupo.
- Tormenta de ideas (brainstorming): adecuada para dar conclusiones, observaciones o planificar actividades.
- Role-Playing: consiste en utilizar recursos dramáticos, mostrando una situación conflictiva, para que el grupo la analice. Se han de hacer dos grupos: actores y público.

LOS FENÓMENOS DEL GRUPO

- El silencio.
- La opinión sumada.
- El uso excesivo del turno de palabra.

TERCERA PARTE: LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL CÓDIGO PENAL

A continuación se ofrece una recopilación de artículos de Código Penal relacionados con las adicciones.

Capítulo III

De las formas sustitutivas de la ejecución de penas privativas de libertad

DE LA SUSPENSIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LAS PENAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD (Sección 1ª)

Art. 80

1. Los Jueces o los Tribunales podrán dejar en suspenso la ejecución de las penas privativas de libertad inferiores a dos años mediante resolución motivada, atendiendo fundamentalmente a la peligrosidad criminal del sujeto.
2. El plazo de la suspensión será de dos a cinco años para las penas privativas de libertad inferiores a dos años, y de tres meses a un año para las penas leves y se fijarán por los Jueces o Tribunales, previa audiencia de las partes, atendidas las circunstancias personales del delincuente, las características del hecho y la duración de la pena.
3. La suspensión de la ejecución de la pena no será extensiva a la responsabilidad civil derivada del delito o falta penados.
4. Los Jueces y Tribunales sentenciadores podrán otorgar la suspensión de cualquier pena impuesta sin sujeción a requisito alguno en el caso de que el penado esté aquejado de una enfermedad muy grave con padecimientos incurables, salvo que en el momento de la comisión del delito tuviera ya otra pena suspendida por el mismo motivo.

Art. 81

Serán condiciones necesarias para dejar en suspenso la ejecución de la pena, las siguientes:

- 1ª Que el condenado haya delinquido por primera vez. A tal efecto no se tendrán en cuenta las anteriores condenas por delitos imprudentes ni los antecedentes penales que hayan sido cancelados, o debieran serlo, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 136 de este Código.
- 2ª Que la pena impuesta, o la suma de las impuestas en una misma sentencia, no sea superior a los dos años en privación de libertad.
- 3ª Que se hayan satisfecho las responsabilidades civiles que se hubieren originado, salvo que el

Juez o Tribunal sentenciador, después de oír a los interesados y al Ministerio Fiscal, declare la imposibilidad total o parcial de que el condenado haga frente a las mismas.

Art. 82

Declarada la firmeza de la sentencia y acreditados los requisitos establecidos en el artículo anterior, los Jueces o Tribunales se pronunciarán con la mayor urgencia posible sobre la concesión o no de la suspensión de la ejecución de la pena. Mientras tanto, no comunicarán ningún antecedente al Registro Central de Penados y Rebeldes.

Si el Juez o Tribunal acordara la suspensión de la ejecución de la pena, la inscripción de la pena se llevará a cabo en una Sección especial, separada y reservada de dicho Registro, a la que sólo podrán pedir antecedentes los Jueces o Tribunales.

Art. 83

1. La suspensión de la ejecución de la pena quedará siempre condicionada a que el reo no delinca en el plazo fijado por el Juez o Tribunal conforme al artículo 80.2 de este Código. En el caso de que la pena suspendida fuese de prisión, el Juez o Tribunal sentenciador, si lo estima necesario, podrá también condicionar la suspensión al cumplimiento de las obligaciones o deberes que le haya fijado de entre los siguientes:
 - 1º. Prohibición de acudir a determinados lugares.
 - 2º. Prohibición de ausentarse sin autorización del Juez o Tribunal del lugar donde resida.
 - 3º. Comparecer personalmente ante el Juzgado o Tribunal, o Servicio de la Administración que éstos señalen, para informar de sus actividades y justificarlas.
 - 4º. Participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación vial, sexual y otros similares.
 - 5º. Cumplir los demás deberes que el Juez o Tribunal estime convenientes para la rehabilitación social del penado, previa conformidad de éste, siempre que no atenten contra su dignidad como persona.
2. Los servicios correspondientes de la Administración competente informarán al Juez o Tribunal sentenciador, al menos cada tres meses, sobre la observancia de las reglas de conducta impuestas.

Art. 84

1. Si el sujeto delinquiera durante el plazo de suspensión fijado, el Juez o Tribunal revocará la suspensión de la ejecución de la pena.
2. Si el sujeto infringiera durante el plazo de suspensión las obligaciones o deberes impuestos, el Juez o Tribunal podrá, previa audiencia de las partes, según los casos:
 - a) Sustituir la regla de conducta impuesta por otra distinta.
 - b) Prorrogar el plazo de suspensión, sin que en ningún caso pueda exceder de cinco años.
 - c) Revocar la suspensión de la ejecución de la pena, si el incumplimiento fuera reiterado.

Art. 85

1. Revocada la suspensión, se ordenará la ejecución de la pena, así como la inscripción de la misma en el Registro Central de Penados y Rebeldes.
2. Transcurrido el plazo de suspensión fijado sin haber delinquido el sujeto, y cumplidas, en su caso, las reglas de conducta fijadas por el Juez o Tribunal, éste acordará la remisión de la pena, ordenando la cancelación de la inscripción hecha a la Sección especial del Registro Central de Penados y Rebeldes. Este antecedente penal no se tendrá en cuenta a ningún efecto.

Art. 86

En los delitos que sólo pueden ser perseguidos previa denuncia o querrela del ofendido, los Jueces y Tribunales oírán a éste y, en su caso, a quien le represente, antes de conceder los beneficios de la suspensión de la ejecución de la pena.

Art. 87

1. Aún cuando no concurren las condiciones 1ª y 2ª previstas en el artículo 81, el Juez o Tribunal, con audiencia de las partes, podrá acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a tres años de los penados que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el número 2º del artículo 20, siempre que se den las siguientes circunstancias:
 - 1ª Que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión.
 - 2ª Que no se trate de reos habituales.
2. En el supuesto de que el condenado sea inculcante, el Juez o Tribunal valorará, por resolución

motivada, la oportunidad de conceder o no el beneficio de la suspensión de la ejecución de la pena, atendidas las circunstancias del hecho y del autor.

3. La suspensión de la ejecución de la pena quedará siempre condicionada a que el reo no delinca en el periodo que se señale, que será de tres a cinco años.
4. En el caso de que el condenado se halle sometido a tratamiento de deshabitación, también se condicionará la suspensión de la ejecución de la pena a que no abandone el tratamiento hasta su finalización. Los centros o servicios responsables del tratamiento estarán obligados a facilitar al Juez o Tribunal sentenciador, en los plazos que señale, la información precisa para comprobar el comienzo de aquél, así como para conocer periódicamente su evolución, las modificaciones que haya que experimentar así como su finalización.
5. El Juez o Tribunal revocará la suspensión de la ejecución de la pena si el penado incumpliere cualquiera de las condiciones establecidas. Transcurrido el plazo de suspensión sin haber delinquido el sujeto, el Juez o Tribunal acordará la remisión de la pena si se ha acreditado la deshabitación o la continuidad del tratamiento del reo. De lo contrario, ordenará su cumplimiento, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento; en tal caso podrá conceder razonadamente una prórroga del plazo de suspensión por tiempo no superior a dos años.

DE LA SUSTITUCIÓN DE LAS PENAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD (Sección 2ª)
Art. 88

1. Los Jueces o Tribunales podrán sustituir, previa audiencia de las partes, en la misma sentencia, o posteriormente en auto motivado, antes de dar inicio a su ejecución, las penas de prisión que no excedan de un año por arresto de fin de semana o multa, aunque la Ley no prevea estas penas para el delito de que se trate, cuando las circunstancias personales del reo, la naturaleza del hecho, su conducta y, en particular, el esfuerzo para reparar el daño causado así lo aconsejen, siempre que no se trate de reos habituales. Cada semana de prisión será sustituida por dos arrestos de fin de semana; y cada día de prisión será sustituido por dos cuotas de multa. En estos casos el Juez o Tribunal podrá además imponer al penado la observancia de una o varias de las obligaciones o deberes previstos en el artículo 83 de este Código.

2. Son medidas privativas de libertad:
 - 2ª. El internamiento en centro de deshabitación.
3. Son medidas no privativas de libertad:
 - 1ª. La prohibición de estancia y residencia en determinados lugares.
 - 2ª. La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
 - 3ª. La privación de licencia o del permiso de armas.
 - 4ª. La inhabilitación profesional.
 - 5ª. La expulsión del territorio nacional, de extranjeros no residente legalmente en España.
 - 6ª. Las demás previstas en el artículo 105 de este Código.

Art. 97

Durante la ejecución de la sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador podrá, mediante un procedimiento contradictorio, previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria:

- a) Decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto.
 - b) Sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejará tal medida sin efecto.
 - c) Dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido con su aplicación, por un plazo no superior al que reste hasta el máximo señalado en la sentencia que lo impuso. La suspensión quedará condicionada a que el sujeto no delinca durante el plazo fijado, y podrá dejarse sin efecto si nuevamente resultara acreditada cualquiera de las circunstancias previstas en el artículo 95 de este Código.
- A estos efectos el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar al menos anualmente una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad impuesta.

Art. 98

Para formular la propuesta a que se refiere el artículo anterior el Juez de Vigilancia Penitenciaria deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad y, en su caso, el resultado de las demás actuaciones que a este fin ordene.

Art. 99

En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el Juez o Tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abo-

nará para el de la pena. Una vez alzada la medida de seguridad, el Juez o Tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquella, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 105.

Art. 100

1. El quebrantamiento de una medida de seguridad de internamiento dará lugar al reingreso del sujeto en el mismo centro del que se hubiese evadido o en otro que corresponda a su estado, sin perjuicio de deducir testimonio por el quebrantamiento de la medida en los casos de los sometidos a ella en virtud del artículo 104 de este Código.
2. Si se tratare de otras medidas, el Juez o Tribunal podrá acordar la sustitución de la quebrantada por la de internamiento si ésta estuviese prevista para el supuesto de que se trate y si el quebrantamiento demostrase su necesidad.

DE LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD (Capítulo Segundo)

De las medidas privativas de libertad (Sección primera)

Art. 102

1. A los exentos de responsabilidad penal conforme al número 2º del artículo 20, se les aplicará, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia.
2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

Art. 104

En los supuestos de eximente incompleta en relación con los números 1º, 2º y 3º del artículo 20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito. Para su aplicación se observará lo dispuesto en el artículo 99.



Excepcionalmente podrán los Jueces o Tribunales sustituir las penas de prisión que no excedan de dos años a los reos no habituales cuando de las circunstancias del hecho y del culpable se infiera que el cumplimiento de aquéllas habría de frustrar sus fines de prevención y reinserción social. En estos casos, la sustitución se llevará a cabo con los mismos requisitos y en los mismos términos y módulos de conversión establecidos en el párrafo anterior.

2. También podrán los Jueces y Tribunales, previa conformidad del reo, sustituir las penas de arresto de fines de semana por multa o trabajos en beneficio de la comunidad. En este caso, cada arresto de fin de semana será sustituido por cuatro cuotas de multa o dos jornadas de trabajo.
3. En el supuesto de quebrantamiento de condena o incumplimiento en todo o en parte de la pena sustitutiva, la pena de prisión o de arresto de fin de semana inicialmente impuesta se ejecutará descontando, en su caso, la parte de tiempo que se haya cumplido, de acuerdo con las reglas de conversión respectivamente establecidas en los apartados precedentes.
4. En ningún caso se podrán sustituir penas que sean sustitutivas de otras.

DE LA LIBERTAD CONDICIONAL (Sección Tercera)

Art. 90

1. Se establece la libertad condicional en las penas privativas de libertad para aquellos sentenciados en quienes concurren las circunstancias siguientes:
 - 1ª. Que se encuentren en el tercer grado de tratamiento penitenciario.
 - 2ª. Que hayan extinguido las tres cuartas partes de la condena impuesta.
 - 3ª. Que hayan observado buena conducta, y exista respecto de los mismos un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social, emitido por los expertos que el Juez de Vigilancia estime convenientes.
2. El Juez de Vigilancia, al decretar la libertad condicional de los penados, podrá imponerles la observancia de una o varias de las reglas de conducta previstas en el artículo 105 del presente Código.

Art. 91

Excepcionalmente, cumplidas las circunstancias 1ª y 3ª del apartado 1 del artículo anterior, el Juez de Vigilancia Penitenciaria podrá conceder la libertad condicional a los sentenciados a penas privativas de

libertad que hayan extinguido las dos terceras partes de su condena, siempre que merezcan dicho beneficio por haber desarrollado continuamente actividades laborales, culturales u ocupacionales.

Art. 92

No obstante lo dispuesto en los artículos anteriores, los sentenciados que hubieran cumplido la edad de setenta años, o la cumplan durante la extinción de la condena, y reúnan los requisitos establecidos, excepto el haber cumplido las tres cuartas partes de aquella, o, en su caso, los dos terceras podrán obtener la concesión de la libertad condicional.

El mismo criterio se aplicará cuando, según informe médico, se trate de enfermos muy graves, con padecimientos incurables.

Art. 93

El período de libertad condicional durará todo el tiempo que le falte al sujeto para cumplir su condena. Si en dicho período el reo delinquire o inobservase las reglas de conductas impuestas, el Juez de Vigilancia Penitenciaria revocará la libertad concedida, y el penado reingresará en prisión en el período o grado penitenciario que corresponda, sin perjuicio del cómputo del tiempo pasado en libertad.

Título IV

De las medidas de seguridad

DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EN GENERAL (Capítulo Primero)

Art. 95

1. Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes, a las personas que se encuentren en los supuestos previstos en el capítulo siguiente de este Código, siempre que concurren estas circunstancias:
 - 1ª. Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.
 - 2ª. Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.
2. Cuando la pena que hubiere podido imponerse por el delito cometido no fuere privativa de libertad, el Juez o Tribunal sentenciador sólo podrá acordar alguna de las medidas previstas en el artículo 105.

Art. 96

1. Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.



REAL DECRETO 1079/1993, de 2 de julio por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas.

El capítulo IV de la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre protección de la Seguridad Ciudadana, establece un régimen sancionador que asegura el cumplimiento de las finalidades de la propia Ley y de las correspondientes garantías constitucionales. En la tipificación de infracciones que realiza y, específicamente entre las graves, incluye el consumo en lugares públicos y la tenencia ilícita de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, así como el abandono en dichos lugares de los útiles o instrumentos utilizados para su consumo (artículo 25.1).

Paralelamente, y atendiendo al fin resocializador y no exclusivamente retributivo de la sanción, el artículo 25, apartado 2, de dicha Ley prevé la posibilidad de suspender tales sanciones en los casos en que

el infractor se someta a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado (artículo 25.2).

Con el presente Real Decreto, dando cumplimiento al mandato de determinación reglamentaria que contiene, se desarrolla el artículo 25.2 de la Ley Orgánica 1/1992, regulando el procedimiento de suspensión de sanciones en los casos de infracciones tipificadas en el apartado 1 de dicho artículo.

Atendiendo al fin rehabilitador de toxicómanos propugnado por la normativa vigente y los convenios internacionales en materia de drogas y estupefacientes, la suspensión de sanciones, que será de aplicación a quienes sean consumidores habituales de dichas drogas o sustancias, podrá llegar a la remisión total y definitiva de tales sanciones, en los casos en que el infractor lleve a cabo satisfactoriamente su tratamiento de deshabituación, en la forma y con las condiciones que se establecen en este Real Decreto.

CUARTA PARTE: RECURSOS PARA EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES

Centro de Día: Reflexiones

Centros de carácter semi-residencial, donde se asiste de forma temporal y con diferentes profesionales, (educadores, monitores, psicólogos, etc.) a personas con problemas de drogodependencia. Tanto el ambiente como el grupo de personas se estructuran con una finalidad terapéutica-educativa y de inserción, dentro de las líneas de intervención y asistencia indicados por las políticas autonómicas de cada comunidad.

Del taller ocupacional al servicio plurifuncional

Muchos de nosotros aún recordaremos aquellos Centros de Día, que tenían que permanecer abiertos "todo el día" con una población que ni sabíamos nosotros tratar y ni querían permanecer en aquellas aburridas estancias que se caracterizaban principalmente por pedir una abstinencia total y "a pelo".

La recaída o consumo era motivo de expulsión y no de intervención, el manifestar su ansiedad, motivo de sospecha. La única actividad era talleres aburridos, macramé, botes de sal y un largo itinerario formativo de "chorradas". Se exigía un cambio y un comportamiento en la vida que muchos de los que considerábamos normales no lo llevaban. "Una santidad". Todo aderezado por obsesivas terapias basadas en las confrontaciones, en los ataques, en ocupaciones clandestinas o domésticas. "Checas" donde se hacía decir la verdad: "He consumido, soy culpable". Asistencia obligada y condicionada a la expulsión del centro y en muchos casos de la familia. Recomendación terapéutica del gran saber.

La familia se convierte en el guardián, se le da una autoridad omnipotente en nombre de la rehabilitación. Los que empezaban a admitir con agonistas y antagonistas, éramos unos pecadores. Los centros que nos basábamos en la profesionalidad, sin haber pasado programas o por la experiencia de la droga, éramos considerados un atajo de frescos

que queríamos vivir de la droga. La ratio studiorum de las adicciones en aquellos tiempos podría resumirse en: ABSTINENTIAE CUM DOLORE INTRAT, "La abstinencia con dolor entra".

Todo ha cambiado. Muchos lo atribuyen a los cambios sociales, otros al rotundo y estrepitoso fracaso que teníamos tanto los pecadores como aquellos que vendían la moto de tener la verdad absoluta o divina en sus programas. La Verdad es que toda ciencia avanza.

Pero no es hora de recordar, ni de buscar culpables, es hora de encuentros. Lo importante es que desde distintas ópticas estemos intentando ver el presente y el futuro de estos servicios.

Hoy, sabemos que los Centros de Día:

- Nacieron entre los años 83 y 92
- 58 % Pertenecen al tercer sector
- 22% Pertenecen al sector público
- 5% al sector privado
- El resto aún sigue sin saber de quién depende.
- El 82% tiene programas prelaborales o dicen hacer alguna acción en inserción.
- Son multiprofesionales y plurifuncionales.
- Están regulados o acreditados.
- Tienen costes tipificados.
- Siguen careciendo de una financiación propia. Se regularizan con conciertos.
- Siguen careciendo de una "misión conjunta" o "programa marco" o "libro de estilo" en su concepción general.
- Carecen de un plan de marketing.
- De una cohesión e independencia.

La experiencia concreta de PATIM

Una vez visto este conjunto quisiera explicar un poco nuestra misión o como se dice ahora nuestro "Libro de estilo". Principalmente diremos:

- Tenemos un Centro de día según la normativa vigente de acreditaciones de la Generalitat Valenciana.
- Lo consideramos como un centro plurifuncional.
- Mantenemos la coordinación en el ámbito municipal, autonómico y en un plano filosófico-relacional en el ámbito nacional e internacional por medio de plataformas.

- Intentamos que las vías de financiación sean estables un 50% por GV, un 25 Planes FIL y otros y un 25% restante por vías municipales, provinciales nacionales y a veces europeas.
- Nuestra solvencia económica estriba y sufre la normativa de los Bancos que a la par son solidarios y benefactores a través de sus fundaciones.
- Intentamos economizar acciones y tiempo: la deshabitación y la inserción a la par.
- Sin ser dogmáticos, tenemos como normas fundamentales, dar una información real, reconocer que no somos los únicos que podemos o debemos intervenir, crear una motivación y principalmente, transmitir que el paciente está para ser tratado.
- Tendemos a una preselección o especialización según los pacientes, residuales, duales, adictos VIH, jóvenes, parados o inactivos, menores, familiares, etc. Con los que trabajamos en el ámbito individual, de grupo o en grupos.
- Mantenemos una individualidad en el tratamiento desde distintos enfoques según sea los pacientes o los propios terapeutas, carecemos de un enfoque similar para todos los usuarios, dado que cada paciente es distinto, cada terapeuta está formado en una o varias corrientes.
- Los objetivos que queremos alcanzar se basan en la deshabitación y en la inserción. Considerando la calidad de vida.
- La deshabitación desde enfoques cognitivos conductuales, funcionales, prosociales, psicoanalíticos, etc.
- Somos conscientes de que no puede haber una inserción plena si no creamos habilidades en:
 - Lo laboral.
 - Lo relacional
 - El hábitat

Centro de día

Servicio plurifuncional, ambulatorio y semirresidencial en el que se intentan recuperar las habilidades del usuario a través de cursos de formación y tutelar su incorporación en la sociedad. Dedicado principalmente a las adicciones tóxicas, VIH, duales crónicos y familias.

En el caso de PATIM no quiere ceñirse sólo a la deshabitación o abstinencia, sino que pretende compaginar estos objetivos con la reinserción social, familiar, laboral, cultural. Se divide en dos bloques (inserción y deshabitación) y se articula por medio de módulos independientes, aunque

complementarios, que se adaptan a las necesidades del usuario.

El primer módulo contempla la terapia ocupacional y la formación alternativa (talleres de educación para la salud, Sida, cultura general). El segundo refuerza la búsqueda activa de empleo y los talleres de empleabilidad (técnicas de búsqueda de empleo, ocio y tiempo libre, salud laboral y hábitat), además de tutorías. El módulo C está dedicado a la informática, psicoterapia individual y grupal, dinámicas de grupos y atención a familias. El último presta una especial atención a la atención ambulatoria (valoración y acogida, terapias y familias). Para completar todo este organigrama existen talleres específicos como los dedicados a la información sobre VIH, grupos informativos para usuarios con sanciones administrativas, seminarios y el programa de familias.

Unidad de conductas adictivas UCA

Centros o servicios de tratamiento ambulatorio (desintoxicación y deshabitación) de los trastornos adictivos, que desarrollan actividades asistenciales a los enfermos drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos. Además existen las UA (unidades de alcoholología) variedad de la UCA cuyo tratamiento se centra únicamente en el alcohol.

Unidad de deshabitación residencial (UDR)

Son aquellos centros que, en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabitación, rehabilitación y reinserción mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional, y promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado con objeto de facilitar su incorporación social, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieran.

Unidad de prevención comunitaria (UPC)

Recursos que, perteneciendo a una Corporación Local o entidad privada especializada, desarrollan actuaciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y por tanto los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludable y una cultura de salud que incluya rechazo del consumo de drogas.

Unidad residencial tutelada o vivienda tutelada (URT o VT)

Es un servicio especializado de apoyo al tratamiento en régimen residencial. Su objetivo es normalizar las siguientes áreas: biosanitaria, psicológica, social, jurídica, laboral, cultural y educativa, ocio y tiempo libre, medioambiental y ética.

Unidad de valoración y apoyo al drogodependiente (UVAD)

Son aquellos recursos que tiene como función el asesoramiento y apoyo a los órganos jurisdiccionales en la valoración de drogodependientes con problemas legales.

Tratamiento en Régimen de Ingreso Hospitalario (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria)

Modalidad asistencial para drogodependientes en un contexto clínico donde los pacientes permanecen las 24 h. Del día, con una estancia que no suele superar los quince días, recibiendo tratamiento médico dentro del sistema de salud, en hospitales generales o especializados.

Centro de encuentro y acogida (CEA)

Son aquellos recursos que, en régimen de internamiento temporal y/o ambulatorio, plantean su intervención en el ámbito social, sanitario y terapéutico, desde un modelo de disminución de daños y riesgos priorizando el objetivo de minimizar los daños provocados por las conductas adictivas.

QUINTA PARTE: ADICCIONES NO TÓXICAS

La ley 3/97 de la Conselleria de Bienestar Social, Dirección General de Drogodependencias de la Comunidad Valenciana considera el trastorno adictivo como: "patrón desadaptativo de comportamiento que provoca una dependencia psíquica, física, o de ambos tipos, a una sustancia o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológicas, física y/o social de las personas y su entorno." Esta ley considera el juego patológico como "el principal trastorno adictivo no producido por drogas".

Para completar esta definición es conveniente añadir que: "Si los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia, las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas como el alcohol o los opiáceos. De hecho, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida de las personas afectadas". (Echeburúa y Corral, 1994)

Juego patológico

Desde que en 1977, por Real Decreto, se legalizó el juego de apuesta en nuestro país, con la argumentación de ofrecer al turismo internacional un incentivo apetecible en el periodo vacacional con una normativa insuficiente, el número de afectados por el trastorno del Juego Patológico, que en España era minoritario, reducido a jugadores clandestinos de cartas, subió hasta situarse al nivel de los países occidentales, con 20 años más de juego legalizado. Aún es más en cuanto a gasto en juego de apuestas, España ha sobrepasado a casi todos sus países vecinos. Es el país europeo, junto con Alemania, que más gasta en juego. Las máquinas tragaperras se han convertido en el juego de apuestas por excelencia. En España hay alrededor de 450.000 jugadores patológicos, afectan a un 1,5% de la población adulta, 4750.000 jugadores problema porcentajes semejantes a los demás países.

Clasificación y diagnóstico

El juego patológico es recogido y por lo tanto reconocido como trastorno "oficialmente", a nivel profesional en 1980, mediante su inclusión en el D.S.M. III, clasificándolo como Trastorno del Control de los Impulsos.

Y definiéndolo tanto en el DSM-III, como en el DSM-III-R, como un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos de jugar y en la aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares o vocacionales".

El DSM-IV, define como característica esencial del juego patológico "un comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente que altera la vida personal, familiar o profesional".

Otros autores, como Custer ponen el acento en su carácter adictivo.

Criterios para el diagnóstico de F63.0 Juego patológico

- a) Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:
- Preocupación por el juego (preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
 - Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
 - Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
 - Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
 - El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (por ejemplo, sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
 - Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas).
 - Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
 - Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego.
 - Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
 - Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.



b) El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco.

El jugador patológico

Su característica fundamental la constituye su pérdida de control, o pérdida de habilidades para dejar de jugar. Para estos individuos el juego pasa de ser un entretenimiento a una necesidad, causada o no por un intento de disminuir la ansiedad, la tensión o ser una escapatoria al vacío interior. Este aumento de la necesidad y de la preocupación por jugar, le empuja al juego en forma de adicción o de urgencia obsesiva. El individuo sufre pérdidas repetidas y excesivas. Existe en él, un optimismo irracional, que le empuja a pensar siempre que en la próxima apuesta saldrá el número, la bola o la ficha por la que ha apostado.

Sólo puede centrarse en el juego, a pesar del cansancio y del mal humor que sufre después de importantes pérdidas y de los problemas que el juego le acarrea. Al punto álgido alcanzado por el jugador le siguen sensaciones de culpabilidad, autocompasión, además de un posible síndrome de abstinencia, que tan sólo puede ser evitado de una forma: jugando. Mientras no juega esta buscando continuamente la forma de abastecerse de dinero para jugar. Existe un deterioro personal, familiar y social, además de financiero. A menudo pueden existir intentos de abstinencia e incluso auto-castigo o suicidio.

Características demográficas:

- **Sexo:** La proporción es de dos hombres por cada mujer entre los adultos y de cuatro hombres por cada mujer en adolescentes.
- **Edad:** Aunque el juego afecta a personas de todas las edades, es más frecuente, contrariamente a la imagen tópica y a la realidad de hace unos años, entre los menores de treinta años, que suponen un cuarenta por ciento del total de afectados.
- **Clase Social:** Las diferencias en este sentido se entablan en función del tipo de juego, así la clase media-alta correspondería más a casinos y la media-baja a Bingos y Máquinas Tragaperras.
- **Nivel Educativo:** No son relevantes los datos en este apartado y se corresponde a las proporciones existentes en la población en general.
- **Estado Civil:** La mayor parte de los que acuden a tratamiento son jugadores casados, a pesar de que en la población afectada se da una clara diferencia a favor de solteros, divorciados, separados y viudos.

Tipos de juego y potencial adictivo

No todos los juegos de azar alcanzan el mismo nivel en cuanto a las cantidades jugadas, dándose una importantísima diferencia, sobre todo, en el relativo a las máquinas tipo "B" o tragaperras, circunstancia esta que se repite en el porcentaje de personas que acuden a tratamiento que, en un 80 por ciento son adictas a las mismas, seguidas del Bingo.

¿Qué explicación podemos dar a tal circunstancia? Sin duda alguna y al margen de los factores psicológicos y socio-ambientales con anterioridad aludidos; al diferente potencial adictivo de los juegos aludidos, que vendría determinado por:

- **Nivel de participación y manipulación.** Más en las máquinas tragaperras que en el Bingo, el jugador cree poder incidir en la probabilidad y cuantía del premio, por la manipulación de los teclados y botones de las mismas, que basa en su habilidad y pericia.
- **Inmediatez del resultado.** Es conocido que uno de los factores que facilitan la consolidación de una conducta es la continuidad temporal del refuerzo positivo. Así sucede en el juego y es por esto que aquellos en los que el resultado se difiere en el tiempo constituyen un riesgo menor de provocar conductas adictivas.
- **Rapidez de respuesta.** Ambos juegos requieren un alto ritmo a los usuarios lo que provoca un incremento en el nivel de tensión y activación de éstos, que como más adelante veremos, es uno de los factores a los que se atribuye alto riesgo adictivo.
- **Estímulos asociados al juego.** Los niños acuden a las máquinas tragaperras y tratan de encaramarse a ellas por lo llamativo y espectacular de sus luces, sonidos, dibujos, la reducción del volumen de sus músicas ha dado lugar a máquinas parlantes que incitan directamente a jugar, los premios se anuncian estrepitosamente por la propia máquina para que tal circunstancia no pase inadvertida a nadie. Toda esta aparatosis no solo hace más atractiva la aproximación, sino que pronto pasará a convertirse en estímulos condicionados que reclamarán a los jugadores pasar a la acción.
- **Accesibilidad y disponibilidad.** En nuestro país las máquinas tragaperras, desde el Reglamento sobre el Juego existente, no tienen apenas restricciones para su instalación, de modo que menos en las Farmacias y en las Notarías las encontramos en cualquier establecimiento, mucho más, naturalmente en bares y pequeños establecimientos de hostelería, para cuyo sostenimiento son providenciales y que constituyen un fenómeno de verdadera masificación en España.

- Refuerzo intermitente de razón variable. En el proceso de adquisición de la dependencia al juego es frecuente entre los jugadores que asisten a tratamiento, el comentario de que en sus primeras jugadas tuvieron "la mala suerte" de que les "tocará". Efectivamente este suele ser el primer suceso de vinculación al juego, la frecuencia se incrementaría con el transcurso del tiempo, en base al tipo de refuerzo aludido que hace esperable el premio en cualquier momento del episodio de juego, llevando al jugador a distorsiones tales como la denominada "ilusión de control". Su carácter intermitente y su razón variables, son bien conocidos por la Psicología del Aprendizaje que le confiere un alto potencial en la promoción de la conducta adictiva o de alta adhesión. Las pérdidas posteriores e inevitables deudas llevarán al jugador, desde su pretensión irracional de recuperar, exclusivamente las pérdidas del día anterior, a la adicción y al deterioro conocido.
- Economía de la apuesta. Tanto las máquinas tragaperras como los Bingos se encuentran al alcance de todos los bolsillos por lo económico de la apuesta. Esto unido a la elevada proporción del premio, constituye un importante aliciente.

Fases de desarrollo del juego patológico

Según Custer (1984) el proceso que sigue una persona para convertirse en jugador patológico comienza, en la mayoría de los casos, durante la adolescencia, transcurriendo un promedio de cinco años, desde las primeras apuestas hasta la pérdida de control sobre el juego y pasando por las fases siguientes:

Fase de ganancia

"La suerte del principiante". En esta fase los premios frecuentes producen en el jugador la impresión de tener una especie de "habilidad especial" o de "buena estrella" con el juego de apuesta, que estimula sus expectativas de conseguir "dinero fácil" y les produce gran excitación.

Fase de pérdida

Convertido ya en jugador habitual, el optimismo irracional de la primera fase lleva al jugador a arriesgar cada vez más, con lo cual las pérdidas comienzan a ser frecuentes e importantes. Según Lesieur (1984), la accesibilidad a préstamos, a dinero ajeno,

llevará al jugador a justificaciones absurdas para continuar esta actividad, la tan escuchada frase, en las fases iniciales de nuestras terapias: "juego para recuperar", cierra el círculo que rodea al Juego Patológico, de manera que préstamos, deudas y absurdos intentos de "recuperar" se retroalimentan hasta llevar al jugador a "tocar fondo".

En esta fase, bien por que algo escapa a su control, bien porque las deudas se le echan encima, la familia, normalmente el cónyuge, ve aclararse el motivo del extraño comportamiento del esposo/a, que no sabía a que atribuir. Las promesas de no reincidir y la desinformación de los familiares, llevan a que se pierda una buena oportunidad de que el jugador acepte ponerse en tratamiento, llegando, finalmente, a la tercera fase.

Fase de desesperación

A pesar de las promesas, el juego prosigue, más virulento y oculto que nunca, llevando al jugador a vivir por y para él. Absorto en las escasas y ya arriesgadas oportunidades de conseguir dinero, desviar sospechas...etc., se desvincula de la relación familiar, baja su rendimiento laboral y pierde progresivamente sus relaciones, no sólo por el incumplimiento de las deudas sino por que, realmente, sólo le interesa cuanto tenga que ver con el juego.

En esta fase, el jugador tiene conductas impensables para él en el pasado: coge dinero de la empresa para la que trabaja, roba objetos de valor a su propia familia... su desequilibrio emocional se hace cada vez más evidente: duerme mal, se encuentra abatido, estresado, cada día se insulta duramente después de jugar y vuelve a hacerlo al día siguiente, hasta que la idea de que no tiene solución, de que nadie puede ayudarle comienza a abrirse paso. Habitado a evadir la realidad, ésta es demasiado dura para poder afrontarla y pronto comienza a pensar en el suicidio como única alternativa. En esos momentos, en la mayoría de los casos, agotado y desesperado se "deja" descubrir con "errores" supuestamente involuntarios y si su familia obtiene el asesoramiento adecuado comienza para todos la recuperación.

Problemas asociados al juego

El jugador patológico se caracteriza no sólo por haber perdido el control sobre el juego, de modo que no puede resistir el impulso de jugar, sino porque esta conducta le causa problemas en el ámbito personal, familiar, social, laboral y legal.

Personales

En muchas ocasiones, el juego va acompañado de una serie de alteraciones en la esfera personal, alteraciones que hay que conocer y valorar realizando, en su caso, un doble diagnóstico.

Consumo de drogas

Es bastante frecuente que la persona consuma alcohol, tabaco u otras drogas mientras juega, lo que agrava las consecuencias negativas. Como vimos anteriormente las tasas de incidencia de alcoholismo entre los jugadores patológicos son superiores a las existentes entre el total de la población. Algo similar ocurre con el tabaco.

El consumo de alcohol y otras drogas desempeña un papel importante en las recaídas, ya que estas sustancias hacen que disminuya el control que la persona tiene sobre sus propias conductas.

Otras conductas adictivas

McCormick y Taber (1987) hacen referencia al estilo compulsivo que los jugadores manifiestan a veces en otras actividades placenteras, como fumar, comer, la actividad sexual, e incluso, el fervor compulsivo con el que acuden a Jugadores Anónimos. En el estudio de Lesieur y sus colaboradores (1991), el juego patológico correlacionó positivamente con un uso de tabaco, alcohol, drogas ilegales y comer en exceso.

Trastornos afectivos

La depresión aparece con frecuencia acompañando al juego – en el 76% de los casos, en el estudio de McCormick, Russo, Ramírez y Taber (1984), en el 72% en el trabajo de Linden, Pope y Jonás (1986), y en muchas ocasiones suele ser la demanda por la que la persona solicita asistencia. Esta depresión puede ser tan intensa que llegue a desembocar en un intento de suicidio, aunque por lo general es menos severa que en nuestras clínicas McCormick y Taber (1987).

Ansiedad

En la mayor parte de los jugadores, la ansiedad suele ser pasajera y producto de las presiones financieras o legales, pero también es verdad que muchos sujetos confunden síntomas de ansiedad con depresión.

Błaszczynski y McConaghy (1989) encuentran que las puntuaciones en ansiedad-rasgo y ansiedad-estado evaluadas mediante el STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) en un grupo de 75 pacientes en tratamiento por juego patológico, son similares a las del grupo normativo para pacientes neuropsiquiátricos del propio Spielberger, y significativamente más altas que las de la muestra de estudiantes universitarios. García y sus colaboradores (1993) encuentran niveles de ansiedad severa, evaluada por el ISRA (Miguel Tobal y Cano, 1988) en una muestra de 135 jugadores en tratamiento. Además, la ansiedad podría ser mayor en los sujetos que utilizan el alcohol mientras juegan, como un modo de bloquear la ansiedad producida por el propio juego McCormick y Taber (1987).

Trastornos psicósomáticos

También parece existir una incidencia relativamente alta de trastornos psicósomáticos entre los jugadores patológicos, tales como dolores de cabeza, problemas estomacales, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, etc. (García et al., 1993; Lorenz y Yaffee, 1986).

Trastornos de personalidad

Aunque de momento no existen muchos datos, parece que el juego patológico puede acompañar a determinados trastornos de personalidad, principalmente al trastorno antisocial de la personalidad (Błaszczynski, McConaghy y Frankova, 1989; McCormick y Taber, 1987), al narcisista (Rosenthal 1984; Taber et al., 1986) y al límite (Rosenthal, 1984). Los datos parecen indicar que estos trastornos de personalidad precederían al inicio del juego patológico, actuando como predisponentes al mismo, pero sus consecuencias contribuirían a su vez al agravamiento del trastorno de personalidad.

Familiares

Los miembros de la familia del jugador son los más afectados por su falta de control sobre el juego y las consecuencias que esto tiene a nivel social, económico, legal y de relación.

Pero también suelen ser el principal motivo para dejar de jugar. Por lo tanto, los miembros de la familia funcionan tanto como un elemento facilitador como inhibidor del juego (Rodríguez-Martos, 1987). Las personas más afectadas son la pareja y los hijos. Se ha estudiado más a los cónyuges femeninos, debi-

do a que la mayor parte de los jugadores que buscan tratamiento son hombres. Se ha encontrado una alta tasa de trastornos psicósomáticos y depresivos entre las mujeres de los jugadores patológicos (Lorenz y Yaffee, 1988); así como dificultades de comunicación y relaciones sexuales insatisfactorias (Lorenz y Shuttlesworth, 1983).

Las consecuencias negativas del juego patológico sobre los hijos son múltiples y variadas, tanto por las condiciones negativas en las que viven, como por los modelos a los que se ven sometidos. Por lo tanto, no es extraño que sea una población de riesgo para el desarrollo de conductas problemáticas tales como juego patológico u otras conductas adictivas, ansiedad, depresión, problemas escolares, etc. (Franklin y Thoms, 1989).

Sociales

En sus fases avanzadas, el juego patológico suele llevar al aislamiento social, no sólo porque la persona pasa gran parte del día jugando o pensando cómo jugar, y pierde interés en el contacto con otras personas no relacionadas con el juego, sino porque tiende a pedir o sustraer dinero, muchas veces de modo repetido, a las personas conocidas mediante diversas excusas, dinero que nunca devuelve. Obviamente, esto da lugar a un rechazo por parte de amigos y conocidos.

Laborales

El juego puede afectar el ámbito laboral a varios niveles: por un lado suele conllevar una menor implicación en el trabajo, y no son extrañas las ausencias al mismo. A un nivel más grave, cuando las deudas de juego son acuciantes, algunos jugadores pueden recurrir a apropiaciones indebidas, aunque en la mayor parte de las ocasiones sea con «la intención de devolverlos». Esto puede llevar al despido, la no promoción en el trabajo —cuando se trabaja por cuenta ajena— o a graves pérdidas económicas cuando se trata de un trabajador autónomo (por ejemplo, taxista o agente comercial). En el trabajo de García y sus colaboradores con una muestra de 254 jugadores en tratamiento, el 45 por 100 reconoce problemas laborales originados por el juego (García et al, 1993). En el estudio de Lesieur y sus colaboradores (1991), el juego patológico en adolescentes correlacionó negativamente con las calificaciones escolares.

Legales

Como la persona precisa cada vez más dinero debido a las pérdidas, una vez agotadas las fuentes

de financiación legal puede recurrir a la comisión de delitos que le permitan obtener dinero para seguir jugando (Blaszczynski et al, 1989; Ciarrochi y Richardson, 1989; García et al, 1993; Lesieur, 1987). Estos delitos no suelen conllevar violencia física.

Juego patológico en jóvenes

Día a día desde nuestro trabajo cotidiano en la Asociación Alicantina de Afectados por la Ludopatía, "Vida Libre", venimos observando la influencia progresiva de jóvenes entre 18 y 30 años que van configurando un grupo específico cada vez más numeroso y homogéneo.

Probablemente nos encontramos con esa "Segunda Hornada" con dependencia a los juegos de azar y de dinero. Segunda generación de ludópata, más numerosa que su predecesora.

Conscientes de que la adolescencia es una etapa crítica en la adquisición de dependencias y actitudes futuras frente a la adicción, no podemos evitar nuestra preocupación por la situación que reflejan datos recogidos de las encuestas realizadas por diversos investigadores:

- El 90% de los padres saben que sus hijos de 14 a 18 años juegan a las máquinas tragaperras y el 84% no le parece mal.
- Más de la mitad de los chicos juegan con sus padres, sus hermanos, o con algún miembro de la familia, iniciándose a los juegos de apuestas a través de la familia.
- La probabilidad de que los hijos de los jugadores patológicos adquieran el trastorno puede llegar a ser el 50% de los casos.
- La actitud de la familia ante el juego y la administración y valor atribuido al dinero, es trascendente para el desarrollo del juego patológico en los jóvenes, así como una mala administración económica tendente, al consumismo y sin planificación de futuro.
- Es presumible que en España el problema se agrave, en la medida en que la primera generación (padres) modelo para los jóvenes carecen de la formación e información necesarias.
- Si se tiene la primera experiencia de juego en la adolescencia antes se desarrollen los problemas de juego y antes aumenta el riesgo de adicción al mismo.
- En España se calcula una incidencia entre un 3% y un 5% de adolescentes afectados por el juego Patológico. Un estudio reciente realizado en Galicia corrobora estos datos, índices mayores que los existentes en la población adulta.

Detección

Hay, por supuesto, un problema con la identificación de los jugadores problema adolescentes, y es que no son observable los signos ó síntomas como en otras adicciones. Aunque hay algunos informes del cambio de personalidad en los jóvenes jugadores, muchos padres pueden atribuir el cambio del hijo a la adolescencia misma. Hay un número de posibles signos de alarma. Estos signos incluyen:

- Un repentino bajón en relación a sus trabajos escolares.
- Cambios en la personalidad tales como volverse malhumorados, de humor variable o estar constantemente a la defensiva.
- Desaparecer dinero de casa.
- Vender posesiones caras y no ser capaz de dar cuentas sobre el dinero.
- Pérdida de interés en actividades que utiliza para divertirse.
- Falta de concentración.
- No cuidar de su apariencia o higiene.

Como siempre, muchos de estos "signos de alarma" no son necesariamente únicos del juego patológico y pueden ser también indicativos de otras adicciones (alcohol y otras drogas).

Evaluación del juego patológico

Objetivos de evaluación

Son muchas las áreas que deben tomarse en consideración para obtener una estimación precisa de la gravedad del problema, así como de las alteraciones que la adicción al juego produce en aspectos importantes de la vida del jugador. Todo ello hace imprescindible, desde la perspectiva de una evaluación integradora de la ludopatía, el análisis conjunto de todos estos ámbitos:

- Diagnóstico del juego patológico
- Evaluar la motivación al cambio
- Obtener información precisa sobre el problema de juego

- Historia de juego
 - Comienzo del problema
 - Curso del problema
- Análisis funcional de la conducta de juego (características del juego)

antecedentes — conducta — consecuentes

- Evaluación de las áreas afectadas
- Variables autobiográficas que incidieron con el inicio y mantenimiento del problema de juego

- Evaluar problemas asociados a la ludopatía

- Ansiedad
- Depresión
- Consumo de alcohol y drogas.
- Otras conductas adictivas.
- Existencia de otras psicopatologías
- Trastornos de personalidad

Nuestras propuestas de tratamiento

Características

- Es un programa multicomponente, pues entendemos que el tratamiento del juego patológico es un proceso complejo en el que están afectadas muchas áreas de la persona.
- De enfoque cognitivo-conductual
- Es un programa que incluye la implicación de la familia del paciente y de la colaboración de los jugadores recuperados en el proceso terapéutico.
- Con dos modalidades de intervención, sucesivas: individual y terapia de grupo.
- De duración prolongada, porque, como toda patología adictiva, precisa de un seguimiento de los cambios comportamentales establecidos durante el tratamiento. El programa debe verificar la consolidación de nuevas pautas de vida y el autocontrol del jugador en un periodo de tiempo prolongado.

Objetivos del programa

- Abstinencia de la conducta de juego
- Reestructuración de las áreas afectadas por el juego patológico, que propicie un cambio en el estilo de vida.
- Aumento de las habilidades de afrontamiento
- Cambio de creencias sobre el juego.
- Resolución de los trastornos psicológicos asociados al juego.
- Prevención de recaídas, a fin de conseguir el mantenimiento de la abstinencia.

Fases del tratamiento

1ª FASE: ACOGIDA

La entrevista de acogida es realizada por un jugador recuperado o un familiar. En ella se da apoyo emocional creando un clima de confianza, reduciendo la angustia del paciente y sus familiares y fomentando expectativas de éxito en el tratamiento, al ser recibido por alguien próximo en relación a su problema,



que pasó por lo mismo que ellos y que lo ha resuelto de manera satisfactoria.

Es una entrevista libre, más parecida a una charla, en la que los afectados se expresan, aportando de forma indirecta una primera información sobre el problema.

2ª FASE: DIAGNÓSTICO

- Evaluación psicológica
- Contrato terapéutico: Compromiso escrito del cumplimiento de normas durante el tratamiento. Duración: De dos a tres sesiones.

3ª FASE: TRATAMIENTO

- Terapia individual.
- Duración: de tres a cinco meses.
- Terapia de grupo.
- Duración: seis meses con sesiones de frecuencia semanal, prolongándose hasta el año con sesiones de seguimiento (quincenales y mensuales).

4ª FASE: SEGUIMIENTO TRAS LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

A los tres, seis y doce meses.

Proceso terapéutico

Terapia individual

En los primeros momentos del proceso terapéutico, se ayuda al paciente a tomar conciencia de la dimensión de su problema de juego patológico, incidiendo en su motivación de acuerdo con el procedimiento descrito por Prochaska y DiClemente.

En estos primeros momentos también es importante trabajar con el familiar para que asuma su competencia en el cambio y se implique en el proceso terapéutico, cambie su actitud (disminución de críticas) y cambie sus creencias sobre el problema proporcionándole información sobre este trastorno.

Deshabitación y autocontrol

Exposición con prevención de respuesta y control de estímulos

Fases: Antes de llegar a la aplicación de la exposición el paciente debe aprender una serie de estrate-

gias conductuales, fisiológicas y cognitivas que le posibilitarán el enfrentarse a los estímulos elicitadores del impulso a jugar durante la exposición.

- Control de estímulos
- Entrenamiento en relajación
- Entrenamiento en autoobservación
- Entrenamiento en detención del pensamiento
- Entrenamiento en Desensibilización Sistemática en imaginación
- Exposición en vivo con prevención de respuesta: La recuperación se produce cuando el sujeto se expone a los indicios de riesgo y no tiene dificultades para resistirse a la conducta de juego.
- Terapia Cognitiva para originar el cambio de las creencias sobre la suerte y el azar, a través de la toma de conciencia de las propias distorsiones de pensamiento y el adiestramiento en verbalizaciones racionales sobre el juego.

Modificación del estilo de vida a través de la normalización de las áreas afectadas

Tan importante como conseguir que un jugador deje de jugar, es el que modifique otras series de conductas directa o indirectamente implicadas en el juego y llevando a cabo conductas alternativas que le permitan una forma de vida más adaptativa.

- Área familiar y de pareja
- Área económico laboral
- Área social
- Área de ocio y tiempo libre

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Las dos principales categorías de habilidades de afrontamiento que normalmente el jugador aprende son las habilidades de solución de problemas y las habilidades sociales.

Prevención de recaídas

Prevenir la recaída, implica, en primer lugar, entrenar al paciente en reconocer las situaciones específicas de alto riesgo que van a aumentar la probabilidad de recaída.

El plan de prevención de recaídas incluye una lista para cada episodio desencadenante con la respuesta de afrontamiento adaptativa, alternativa, que puede ser usada para controlar una situación sin jugar. El jugador es instruido para que estas estrategias sean usadas si experimenta un aumento del deseo de jugar.

Finalmente, el plan incluye acciones específicas para llevar a cabo si ocurre la caída.

Uso problemático de Internet

¿Qué es Internet?

- Red de ordenadores que comparten datos y recursos.
- Existe una conexión de redes a nivel mundial que permite a los ordenadores (y a las personas) comunicarse entre sí en cualquier parte del mundo. Esto nos permite tener acceso a información y personas que de otra manera no sería posible.
- El fenómeno Internet se extiende a raíz, a principios de los 90, del primer "navegador", programa que permite ir de un lugar a otro dentro de la red de un entorno gráfico.

Estadística

- 500 millones de usuarios en el mundo.
 - 160 millones entre USA y Canadá.
 - Casi 8 millones en España: 19% de su población en el 2001.
- En nuestro país, en el primer trimestre del 2003, un millón y medio de nuevos usuarios. Se extiende a gran velocidad. El índice de crecimiento es del 12% mensual. Se calcula que el promedio de edad del usuario tipo es de 32 años y de 1 de cada 10 es menor de 18 años, el 57% hombres y el 43% mujeres.

Qué hacer y qué se pueden encontrar en Internet

- La mayoría de los adolescentes entre 12 y 15 años utiliza Internet para chatear, bajarse juegos o bien obtener música.
 - Jugar a videojuegos
 - Enviarse y recibir correos electrónicos.
 - Bajarse apuntes y trabajos.
 - Participar en sorteos, bingos, ruletas. Aquí nos encontramos con un riesgo remoto pero real, que puede ser la antesala de la ludopatía vía Internet. El juego de apuestas está prohibido a los menores mientras en la Red no hay límites, y si los hay, también hay jóvenes expertos en saltárselos.
 - Visitar páginas pornográficas.
 - Participar en chats de contenido sexual.
- Una encuesta realizada por Elena Rodríguez y editada por la FAD (2002), sobre una población de 3000

estudiantes de 14 a 18 años, revela los siguientes datos:

- Respecto a las actividades de tiempo libre en CASA que se practican 3 o más veces por semana o todos los días se observa, en frecuencias bajas, "navegar por Internet", "Chatear" con porcentajes entre el 17.5% y el 13.3% (frecuencia)
- El perfil básico de quienes realizan las dos actividades que nos ocupan con esa frecuencia de más de tres veces por semana sería el siguiente:
 - Chatear: los varones de 14-15 años; los estudiantes y los parados; aquellos con estudios de BUP, COU o FP; aquellos cuyos padres tienen estudios superiores; los que se consideran situados los últimos de la clase.
 - Navegar por Internet: los varones; los 16-17 años; los que estudian y trabajan; aquellos que tienen estudios universitarios medios-superiores; los que sus padres también tienen estudios medios superiores; los que se sitúan entre la primera mitad de su clase.

Efectos negativos del uso excesivo de Internet. ¿Adicción a Internet?

Varios estudios, realizados en los últimos años, apuntan la posibilidad de que Internet pudiera ser una fuente de posibles alteraciones conductuales:

- Egger y Rottemberg (1996): El 10% de los encuestados se consideraron, a sí mismos como adictos. Estos describían la necesidad de utilizar Internet cuando no se hallaban conectados; tendían a anticipar con más frecuencia su próxima conexión; se sentían más nerviosos cuando se bloqueaba o restringía su acceso; experimentaban mayores sentimientos de culpa o tristeza tras permanecer conectados durante largos periodos de tiempo y tendían más a pensar que ocurría en la red cuando no estaban conectados.
- Young (1996): En su encuesta identificó dos subgrupos: dependientes y no dependientes. Concluyó que la adicción a Internet existe, no en sí a Internet, sino a determinados servicios, que por su naturaleza pueden ser adictivos o encauzar otras adicciones psicológicas.
- Brenner (1997): El 17% de los encuestados utilizaba Internet más de 40 horas semanales. Identificó un subgrupo de personas cuyo uso de Internet provocaba más consecuencias negativas que en el resto de la muestra.
- Manuel de Gracia y colaboradores. (2002). Conclusiones
 - El 4,9% manifiestan tener problemas frecuentes por Internet.

- efectos negativos sobre la relación social y familiar.
- Reducción de otras actividades cotidianas por estar conectado.
- Pérdida de control sobre la duración de la conexión.
- Pérdida de tiempo laboral o de estudios.
- Un mayor deseo de estar conectados.
- Sentimientos de culpa.
- Pérdida de la noción de tiempo mientras se está conectado.
- Este 4,9% también hace un mayor uso del chat, accede con mayor frecuencia a páginas de contenido "solo para adultos" y presenta un mayor nivel de ansiedad y disfunción social que el resto de la muestra.
- No hay relación relevante entre el tiempo de conexión diario y el uso problemático. Si en el número total de horas semanales y en el número total de horas dedicadas a una sola conexión.
- Los efectos negativos quizás a la falta de integración con el resto de actividades diarias. (La televisión media de 3,7 horas/día y no interfiere pues está integrado).

"Si se pretende sostener la idea de un mero subtipo de trastorno en el control de los impulsos equiparable al juego patológico, dichas evidencias deben venir fundamentalmente del estudio de casos clínicos y no de estudios exploratorios auto seleccionados."

- Ferran Viñas (2002): Se trabaja en este estudio con 1277 sujetos. Los resultados son los siguientes:
 - Las puntuaciones obtenidas por el grupo que usa diariamente la red más de una hora, en comparación con el resto son más altas en: depresión, sensibilización interpersonal, ideación paranoide, psicoticismo, pensamientos de muerte, sentimientos de culpa, sintomatología general.
 - El chat es la aplicación por la que muestran una mayor predilección.
 - Relación entre psicopatología y preferencia por el uso del chat: los que se decantan por el chat, puntúan más alto en: desesperanza, depresión, somatización, obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, insomnio y sentimiento de culpa.
 - Mientras que la proporción de varones y mujeres que muestran preferencia por el chat es muy similar, los que se decantan por otros contenidos son mayoritariamente hombres.
 - Los que preferentemente utilizan el chat se muestran más insatisfechos en sus relaciones de pareja y en sus relaciones familiares y en su capacidad o habilidad social.

Discusión

- Todavía hay una proporción importante de alumnos (40.8%) que apenas utiliza la red.

- Un 1.6% de la muestra realiza conexiones con una periodicidad y duración que en algunos estudios aparece asociado a un uso adictivo de Internet (Estallo, 1994)
- Comparados con los otros que no lo utilizan tanto, presentan el perfil que se ajusta a las predicciones (sintomatología).
- Con relación a una mayor preferencia por el uso del chat, su uso con independencia de su duración de la conexión, está asociado a un malestar mayor. La sintomatología es coherente con otros estudios a excepción de la sensibilidad interpersonal, la ansiedad y la ideación paranoide.
- Insatisfacción en sus relaciones familiares, pareja en su agresividad o habilidad social.
- Más que un uso excesivo es el uso de determinadas aplicaciones o en el contenido de las páginas consultadas en donde debemos buscar las causas o analizar las relaciones con esta alteración emocional y conductuales que aparecen asociadas al uso de Internet.

El uso problemático de la red, en el que la incapacidad del individuo para controlar su uso causa malestar psicológico y afectación funcional se ha descrito en la literatura psicológica como adicción a Internet en base a los criterios del DSM IV para definir la dependencia de sustancias y el juego patológico.

Según esto, no es la red la que provoca adicción puesto que sólo actúa de proveedor de conductas reforzantes (relaciones interpersonales, juegos, sexo,...), sino que son estas las que realmente tienen la capacidad de producir dependencia.

En base a los estudios realizados, Young (1996), propone los siguientes criterios diagnósticos, cumpliendo cinco o más de los siguientes síntomas:

- Preocupación por Internet.
- Necesidad de usar Internet, incrementada con el tiempo, para conseguir más satisfacción.
- Hacer infructuosos esfuerzos para controlar, disminuir o interrumpir el uso de Internet.
- Estar inquieto, de mal humor, deprimido o irritable cuando intenta reducir o parar el uso de Internet.
- Estar conectado más tiempo del que, en principio se pretende.
- Poner en peligro, arriesgar o perder relaciones significativas.
- Mentir a los miembros de la familia, terapeuta u otros para ocultar la extensión de la implicación con Internet.
- Usar Internet como medio de escapar de los problemas o reducción de los problemas emocionales negativos.

Echeburua señala que los síntomas más frecuentes de los afectados a esta adicción son:

- Privación de sueño para "engancharse" a la red.
- Descuido de otras actividades importantes.
- El pensar constantemente en la red cuando no se está conectado a ella.

Una de las aplicaciones usadas en la red más adictiva es el chat. Las características del chat que las hacen tan atractivas:

- Anonimato (mascaras, imaginación,...)
- La descorporalización.
- La distorsión del tiempo.

Consecuencias:

- Desinhibición más absoluta.
- Identidades estigmatizadas que interactúan con otros en la red, ven incrementadas su auto aceptación y seguridad.
- "intimidación acelerada" (sienten una sensación de intimidad y de conexión social con el otro de una manera mucho más rápida de lo normal.
- Dependencia, aparición de nuevos hábitos como la necesidad de conectarse cada día. Este hecho puede generar la aparición de alteraciones emocionales y conductuales asociados.

Controversia actual

Para la mayoría de los autores, Internet se limita a cubrir un déficit importante en la personalidad y en las habilidades sociales del usuario que al final deventrá adicto justamente por ello.

- No hay documentación suficiente para considerar el uso problemático de Internet como una categoría clínica en sí misma.
- Estamos en una etapa inicial y no se tiene datos con certeza para definir un diagnóstico y un tratamiento.
- El conjunto de síntomas aun no tiene consistencia ni fiabilidad.
- Hay que seguir investigando, se requieren estudios epidemiológicos y mayor acumulación de estudios de casos clínicos

Shapira y col. (2000), concluye que el uso problemático de la red puede representar un síndrome de importancia clínica que se muestra asociado a malestar, afectación funcional y a trastornos psiquiátricos, incluidos en el Eje I del DSM IV. Pero se necesita precisar si es un trastorno distinto o forman parte de otro.

Los autores ponen énfasis en los riesgos que pueden suponer para los adolescentes que Internet sustituya o condicione las relaciones personales en un periodo vital en el que son especialmente críticas.

Seamn (2000) considera que "hay un escepticismo sobre el diagnóstico. El principal argumento usado en contra es que otras enfermedades psiquiátricas conducen al mal uso de Internet. Pero esto también es cierto para otras adicciones"

Perfil

Sujetos jóvenes, preferentemente varones, con un elevado nivel educativo y habilidades en el uso de la tecnología que viven en grandes ciudades. Se especula con la existencia de un subgrupo de usuarios caracterizados por la timidez que encuentra en el cibersexo la posibilidad de liberarse de la ansiedad producida por las relaciones sociales cara a cara.

Cómo usar bien Internet

- Marcar un horario de uso, unos tiempos, unos límites y unas reglas.
- Es imprescindible aprender a caminar con criterios, valores y evitar riesgos.
- Es preciso escoger un proveedor de acceso a Internet que brinde la posibilidad de un acceso filtrado.
- Es bueno situar todo ordenador provisto de acceso a Internet en una zona común de la casa.
- Dedicar tiempo a navegar por Internet con los hijos.
- Hay que entrar en Internet con un objetivo concreto.
- Hay que animar a los hijos a que reflexionen sobre lo que encuentran en Internet y que recurran a los padres cuando han encontrado algo que no les convence.
- Ha de quedar muy claro que encontrarse en la calle, en la realidad real, con alguien que se ha contactado en la realidad virtual supone una serie no despreciable de riesgos.
- Que la conexión a la red no se prolongue mas de dos horas diarias
- Distinguir lo que es el uso normal de Internet de lo que es una adicción
- No abandonar ninguna afición por el uso del mismo,
- Mantener las relaciones sociales y familiares sin dar prioridad al contacto con la red.

Juegos de apuestas en Internet

Parece que el juego de azar en Internet despegará por varias razones. "Primera, es fácil el acceso y la

participación en una actividad que ocurre dentro de casa vía pantalla. Segunda, el juego de apuesta por Internet tiene el potencial de ofrecer los efectos de excitación visual similar al de las máquinas tragaperras. Además, la frecuencia de los acontecimientos es muy rápida". Griffiths (2000).

Dos estudios recientes han sugerido que los jóvenes usuarios habituales de Internet es más probable que jueguen apostando en Internet:

Morahan-Martin y Schumacher (1997), examinaron el uso excesivo de Internet entre la población estudiantil. Hallaron que los usuarios de uso patológico de Internet era más probable que fueran hombres y que usaran Internet para conocer gente nueva, como soporte emocional, para jugar a juegos "on line", para jugar apostando y para abordar sexo "on line". Scherer y Bost (1997) encuestaron a estudiantes acerca de su uso de Internet y encontraron una lista de control de 10 síntomas clínicos semejantes a los síntomas de abuso y dependencia de sustancias. Los resultados también demostraron que aquellos que eran definidos como adictos a Internet usaban los servicios menos populares (juegos, tableros de anuncios, chats, juegos de apuesta).

Para recomendar un tratamiento nos remitimos al proceso terapéutico descrito en el apartado correspondiente a "Juego Patológico", con la excepción de que el objetivo se dirige al control de dicha conducta más que a la abstinencia.

Adicción a la televisión

La pantalla del televisor es la "decana" de las que nos ocupan, integrada en nuestros hogares, normalmente en lugar preferente, es la más frecuente de nuestras actividades cotidianas.

Según encuestas del CIS, cerca de la mitad de los españoles no lee nunca la prensa, otra mitad no oye nunca la radio, pero el 85% ve todos los días la T.V. más de tres horas.

Como en el resto de las adicciones no tóxicas se mantiene, aunque muy debilitada, la controversia sobre los criterios diagnósticos de la adicción al televisor:

En el 2000, Horvat Cary, propone, como predictores de adicción los siguientes:

- Género masculino.
- Soledad.
- Baja necesidad de conocimientos.
- Sedación, mientras se mira el televisor.
- Pasatiempo habitual.
- Exposición al TV.

La televisión esa ventana abierta a un mundo espectacular que, por medio del lenguaje visual, alcanza, direc-

tamente, el ámbito sensorial y emocional, generando actitudes sin el filtro de la razón, preconizando valores de audiencia, por encima de los valores éticos, lo cual es especialmente preocupante en los más jóvenes. El 70% de los escolares están solos mientras ven la televisión que, además, por aprendizaje vicario, pueden adquirir modelos de conducta poco recomendables.

Normas para el buen uso de la televisión

- Es aconsejable ver la televisión en familia: Favorece la cohesión de sus miembros y facilita el diálogo crítico y educativo ante sus contenidos.
- No es deseable que el niño consuma televisión estando solo: Fomenta el aislamiento y la inhibición del niño mayor, y tampoco debe ser la "niñera electrónica" del niño pequeño.
- No ver la televisión durante las comidas: no acostumbra favorecer la digestión y romper la comunicación familiar.
- Evitar que el niño se acueste tarde por culpa de la televisión, especialmente en vigilia de clase: exceso de televisión es causa de trastornos del sueño y del mal rendimiento escolar.
- Los padres y educadores deben seleccionar previamente los programas cuando los niños son pequeños y hacerlo conjuntamente cuando los niños son mayores: es lícito utilizar la visualización de la televisión como premio.
- Permitir que el niño hable durante la visión de televisión: no vale decir "a callar" y a "mirar", sino comentarle y ayudarlo a comprender lo que está viendo.
- Los padres y educadores deben hacer comentarios y críticas sobre los espacios televisivos: se ha de alertar a los niños sobre los efectos de la publicidad.
- Dosificar el tiempo de visión de televisión para que haya tiempo de hacer otras cosas: no más de una o dos horas diarias, según la edad o mejor no verla durante los días laborales.
- Los padres y educadores no deben olvidar que sus propios hábitos de televisión serán adoptados por sus hijos: deben saber apagar la televisión porque hay algo mejor que hacer.

Abuso de telefonía, videojuegos y telefonía móvil

Desde hace algunos años, en la misma proporción en que han aumentado sus ventas y al mismo ritmo que se han ido instalando en los hogares españoles,

han aparecido, cada vez con más frecuencia en los medios de comunicación, artículos y programas relacionados con los video-juegos y sus efectos en la población infanto-juvenil. Por encima de la inexactitud y del alarmismo de buena parte de ellos hay que recoger su significado último: la enorme preocupación que, para padres, enseñantes y profesionales del ámbito de la salud mental ha supuesto éste, aún y a pesar de su extensión, nuevo fenómeno. ¿En qué se basa tan alarmada actitud?

- Sus posibles efectos nocivos se darían en la población infantil.

Las edades de inicio se sitúan alrededor de los 7 años.

- Se trata de nuevas tecnologías, no asimiladas mayoritariamente por la población.
- Su crecimiento de proporciones geométricas y la falta de control de sus contenidos, mayoritariamente violentos y sexistas.
- Su meteórica introducción en nuestra sociedad, su vertiginosa evolución y la enorme atracción que ejerce sobre sus potenciales consumidores.
- Su proximidad tanto espacial (salas de juego), como morfológica con las temidas máquinas tragaperras y sus efectos adictivos.

Desde los 90, coincidiendo con la masiva introducción de videojuegos en el mercado español, se detecta en los dispositivos asistenciales de nuestro país que los jugadores patológicos que acuden a tratamiento son cada vez más jóvenes y presentan con mayor frecuencia antecedentes de abuso o adicción con videojuegos. Investigaciones realizadas al efecto en nuestro país, confirman que, a mayor frecuencia, antigüedad o mayor número diario de juego con videojuegos, mayores problemas de juego con apuesta.

Más recientemente, a mediados de dicha década, comienzan a aparecer menores cuyo abuso o adicción con los videojuegos se relaciona con fracaso escolar, conductas desadaptativas a nivel sociofamiliar y una serie de síntomas muy similares al de los jugadores patológicos.

Argumentos a favor

- Conducen a la concentración de la atención y a la mejora de las habilidades cognitivas.
- Favorecen la coordinación óculo-manual y los reflejos.
- Es un modo ideal de aprendizaje: por el reto y desafío, por que desarrollan la fantasía y estimulan la curiosidad.
- Por la posibilidad de aplicaciones creativas y pro sociales en algunas disciplinas: rehabilitación física, educación, etc.

- Conducen a un aumento de la auto-estima: Proporcionan sentido del dominio y control.
- Reducen la posibilidad de otras conductas problemáticas.
- Sirven, como terapia, en el tratamiento de ciertos trastornos relacionados con el estrés.
- Sirven como preparación al mundo de la informática.

Argumentos en contra

La mayoría de los investigadores del tema coinciden en cinco factores negativos:

- Producen un aumento, a corto plazo, de la conducta agresiva.
- Los valores y pautas de comportamiento que transmiten son contraproducentes para la formación humana de los niños, por sus contenidos violentos, sexistas, individualistas y competitivos.
- Inhiben otras actividades como el estudio y otros juegos.
- Inhiben conductas sociales constructivas.
- Crean adicción.

Otros efectos negativos serían

- Efectos biopsicológicos: cambios temporales en la frecuencia cardíaca, presión sanguínea, etc.
- Provocan el hurto o gasto de dinero destinado a cosas precisas.
- Producen ansiedad y alteran el sistema nervioso.
- Disminuyen la capacidad de distribución de la atención.
- Limitan la imaginación.
- Conducen, con frecuencia a desequilibrios emocionales.
- No contribuyen al desarrollo de la creatividad.

Gran parte de la polémica sobre los efectos antagónicos descritos, sitúa a los investigadores en dos bandos: Los que defienden que los video-juegos no son potencialmente peligrosos y los que enfatizan sus efectos negativos.

La polémica se reduce en la medida en que los defensores acaban siempre encontrando un porcentaje reducido de chicos que presentan los efectos problemáticos aludidos.

Potencial adictivo

Los diseñadores y fabricantes manejan dos conceptos: la "jugabilidad" y la "enganchabilidad".

La "jugabilidad" se basa en la calidad técnica que permite un desarrollo lógico, fluido, con nivel de complejidad adecuado.

La "enganchabilidad": es la suma de la anterior, más los contenidos, gráficos, sonidos, competitividad, nivel de adrenalina, etc., que tienen como finalidad que tengas ganas de seguir jugando de forma permanente. En el estudio efectuado por Elena Rodríguez y otros (2002), llama la atención, como los propios jóvenes, asocian la "enganchabilidad" como causante de las principales consecuencias negativas de su uso. Se ha encontrado un incremento notable de los niveles de dopamina durante el juego, lo que puede suponer una prueba objetiva de que jugar con los videojuegos produce adicción física.

Críticas al diagnóstico de adicción a videojuegos

Todos los autores encuentran un porcentaje de chicos que cumplen los criterios de adicción, no obstante al tratarse de estudios transversales otros autores argumentan que dichos sujetos pueden jugar por problemas previos de juego y que en lugar de que aquellos sean consecuencia de tal actividad, sería causa de la misma.

Respecto a las posibles consecuencias adictivas de los videojuegos:

- Es difícil discernir si tal situación adictiva responde a efectos personales o a problemas antisociales, o si es consecuencia directa del uso de videojuegos.
- Los trabajos entorno a su potencial adictivo, no parten de una base teórica sólida
- Para que pueda considerarse dependencia además de frecuencia de juego, duración, dinero gastado y la comisión de actos reprobables para jugar, debe existir pérdida de control sobre dicha conducta.

Conclusiones de la revisión realizada en nuestro país por R. Tejeiro y de la encuesta de la FAD (2002)

- La frecuencia de juego es más alta que en los años 80 y similar a los de nuestra década. En algunos adolescentes la conducta de juego con videojuegos se asemeja a la dependencia. En ellos tal conducta está fuera de control, es invasiva, es usada para escapar de la realidad o conlleva serios riesgos para su desarrollo social.
- Los adolescentes de 14 a 16 años son los que más tiempo dedican a jugar, la mayoría con la edad va reduciendo la intensidad de juego, pero queda segmentos de jóvenes de 18 años especialmente duros en frecuencia y duración.

- El dos por ciento de los niños y niñas españoles aficionados a este tipo de juego, pueden considerarse verdaderos adictos, ya que confiesan dedicar siete o más horas a los juegos de ordenador.

Del videojuego a las máquinas tragaperras

Algunos autores han evidenciado la existencia de una escalada regular que se incrementa con la edad en la proporción de niños que acuden a las salas recreativas que juegan con máquinas tragaperras tanto como con videojuegos.

A nuestro juicio, la coincidencia morfológica y geográfica de ambos juegos podría explicar tal fenómeno, tanto en los llamados Videojuegos de "Arcade", ubicados en salones recreativos, como en juegos de apuestas a través de Internet.

Síntomas típicos del niño con alta adhesión al videojuego

- No puede controlar el momento en que debe dejar de jugar.
- Presenta un comportamiento desadaptativo y compulsivo.
- Sacrifica alguna actividad social, profesional o recreativa para poder jugar.
- Gasta todo su dinero en la compra de accesorios y complementos para la consola.
- Si es necesario miente, pide o roba con tal de conseguir dinero suficiente para cubrir sus necesidades con el video-juego.
- Todas sus preocupaciones e intereses giran en torno a las máquinas de juego.
- Dedicar todo su tiempo libre, y más, en jugar con la consola.
- Se muestra irritable si no puede jugar.
- Tiende a aislarse del mundo real.
- Utiliza el video-juego como un mecanismo mediante el cual canalizar sus emociones y evadirse de la realidad.
- La mayor parte de su actividad física y mental la dedica al video-juego.
- Las razones por las que jugaba al principio se modifican. Ahora juega más frecuentemente, de otra manera y por razones distintas. Más concretamente describe los siguientes factores para el diagnóstico del videoadicto:
 - Preocupación frecuente por jugar.
 - Necesidad de aumentar la apuesta para conseguir la excitación deseada.



- Intranquilidad o irritabilidad cuando no puede jugar.
- Sacrificio de actividades sociales (amigos, familia...), profesionales (colegio...) o recreativas (deporte, excursiones...) para poder jugar.
- Intentos reiterados de superación en el juego.

Nosotros añadiríamos:

- Alto nivel de excitación mientras juega.
- Gastar todo el dinero disponible y, en ocasiones pedir prestado para jugar.
- Preocupación por elementos asociados a los video-juegos (revistas, programas de TV, etc.).

Evaluación y tratamiento

Lo más probable es que la información inicial provenga de los padres, siendo, en principio reticentes los jóvenes a reconocer los problemas que su conducta de juego acarrea, por ello es conveniente que, desde el comienzo, no nos clasifiquen como "brazo armado" de sus padres, sino, al contrario, como un medio de ayuda. En cualquier caso, la evaluación constara de:

- Auto-observación y registro.
- Análisis funcional de la conducta de juego.
- Detección de trastornos asociados.
- Alternativas actuales al ocio y tiempo libre.
- Principales áreas afectadas.
- Clima familiar.

En el tratamiento será de especial relevancia la empatía que establezcamos con el chico, así como:

- Motivación
- Entrenamiento en técnicas de auto-control
- Control de estímulos
- Iniciación en actividades de ocio saludables e incompatibles con el juego.
- Tratamiento específico de áreas afectadas o deficitarias.

Así mismo se entrenará a los padres en el control de estímulos y manejo de contingencias.

Dependiendo de la gravedad del caso tendremos por objetivo la total extinción de la conducta de juego o

la normalización de la misma, empleando, en consecuencia la exposición progresiva con control de estímulos y prevención de respuesta en el primer caso y siendo el entrenamiento en juego controlado el aplicable al segundo.

Telefonía móvil

Diversos autores vienen refiriéndose a ellos como la más reciente de las llamadas "adicciones tecnológicas". En nuestro País, las líneas móviles superan ya a las fijas. Aproximadamente el 70% de españoles usan móvil. Adolescentes y jóvenes son quienes más los utilizan, logrando con ellos total independencia comunicativa.

Melodías, logos, juegos atractivos, acceso a Internet, fotografía, video,son algunos de los ingredientes que los convierte en polivalentes y estimulantes, pero entre todos ellos destaca el SMS o "Servicio de Mensajes Cortos". El más utilizado entre los jóvenes, que constituye un lenguaje peculiar y en el cual (por lo económico) hay chicos que gastan la mayor parte de su limitada economía.

Paulino Castells e Ignasi de Bofarull (2002), definen al "móvil adicto" con rasgos similares al adicto a otras "pantallas": TV, ordenador, videojuegos..... "un estado de ansiedad elevada ante la falta de uso; con la necesidad compulsiva de estar utilizándolo a todas horas. Es muy similar a cualquiera de las adicciones a la pantalla".

No obstante, habrá que tomar con mucha cautela tales afirmaciones que no se encuentran, por el momento, avaladas por investigaciones objetivas.

Las bases de datos científicas apenas ofrecen algún texto de reflexión sobre este masivo aparato.

No hemos atendido ni un solo caso con este trastorno en nuestra experiencia terapéutica en "Vida Libre". Consideramos, por tanto, con la información y experiencia existentes en la actualidad más apropiado hablar de mal uso o abuso que de adicción. Y tal diagnóstico deberá especificar a cuál o cuáles de sus funciones se refiere.



SEXTA PARTE: CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS

1. Clasificaciones populares

Drogas duras, blanda y semiduras

2. Clasificación por su procedencia

- Sustancias naturales
- Sustancias semisintéticas
- Sustancias de síntesis

3. Histórica de Lewin

- Primer grupo: Euphorica
- Segundo grupo: Phantastica
- Tercer grupo: Inebriantia
- Cuarto grupo: Hypnotica
- Quinto grupo: Excitantia

4. Clasificación por su estructura química

5. Clasificaciones farmacológicas

Se basan en los resultados de experimentación animal y humana.

6. Clasificación por su efecto principal

- Depresoras
- Estimulantes
- Psicodélicas

7. Clasificación legal

- Completamente institucionalizadas
- Institucionalizadas
- Sustancias institucionalizadas
- Sustancias institucionalizadas, pero con un uso aceptado diferente al psicotrópico
- Sustancias institucionalizadas de producción estrictamente controladas
- Sustancias no institucionalizadas.
- Sustancias no institucionalizadas cuya producción es ilegal, así como su comercio y, en muchos casos, su consumo

Efectos, vía de administración y duración de los efectos

La clasificación propuesta hace referencia a las distintas familias de sustancias que existen:

- Cannabinoides
- Opiáceos
- Opio

- Morfina
- Codeína
- Heroína
- Alucinógenos
- LSD
- Psicofármacos
- Barbitúricos
- Benzodiazepinas
- Anfetaminas
- Drogas de síntesis
- Éxtasis
- Inhalantes
- Clorhidrato de cocaína
- Alcohol
- Tabaco
- Xantinas

Cannabinoides

Son compuestos derivados de la planta denominada *Cannabis sativa*. Farmacológicamente se clasifica como un alucinógeno menor. Los constituyentes químicos más conocidos son los cannabinoides, en concreto en tetrahidrocannabinol (THC), responsable de casi todos los efectos característicos de estas sustancias.

Se suele presentar de tres formas: "marihuana o hierba", preparada a partir de las hojas secas, flores y pequeños tallos de la *Cannabis sativa*; "hachis o hash", que se elabora prensando la resina de la planta hembra, dando lugar a un bloque de color marrón que justifica el nombre coloquial de "chocolate". Por último, existe un concentrado líquido conocido como "aceite de cannabis o aceite de hachis" que se obtienen mezclando la resina con algún disolvente dando lugar a una mezcla.

La mayoría de los usuarios del cannabis lo fuman, siendo poco común su ingesta. Normalmente se fuma mezclado con tabaco en cigarrillos hechos a mano. Otra manera de fumar es mediante pipas fabricadas para tal fin.

Sus efectos, de rápida aparición, varían según la dosis, el tipo de cannabis, el estado de ánimo del individuo, sus expectativas, etc. En dosis elevadas puede provocar confusión, letargo, percepción alterada de la realidad y, de manera más inusual, estados de pánico. Existen pocas posibilidades de sobredosis mortal por cannabis.



- Efectos inmediatos: en dosis bajas puede producir sensaciones placenteras de calma y bienestar, aumento del apetito, euforia, locuacidad, taquicardia, enrojecimiento de ojos, dificultades en los procesos mentales complejos y alteraciones de la percepción temporal y sensorial. A ello sigue una segunda fase de depresión y somnolencia.
- En cuanto a los efectos a largo plazo, destaca una frecuente disminución de la concentración y la memorización. Puede causar alteraciones del sistema inmunológico y del sistema reproductor.
- El THC atraviesa la barrera placentaria por lo que el consumo supone un riesgo para el feto tanto durante el embarazo como en la lactancia.

Esta constatada la potencialidad del cannabis como elemento desencadenante de psicosis y cuadros delirante-alucinatorios en personas de riesgo.

Puede generar tolerancia y dependencia con el consecuente síndrome de abstinencia en caso de retirada brusca de la droga que conlleva ansiedad, insomnio, irritabilidad, depresión, anorexia, etc.

Opiáceos

Son derivados de la adormidera con una potente acción depresora y analgésica sobre el sistema nervioso central.

OPIO

El opio es el producto natural de un tipo de amapola llamada *Papaver somniferum*. Derivado de la adormidera se obtiene el opio crudo, que tras pasar por un proceso de refinado y transformación, puede ser fumado, comido o bebido. Sus efectos son:

- Efectos inmediatos: el consumidor manifiesta cierto grado de estimulación con aumento de la imaginación y la locuacidad. Se trata de sensaciones de corta duración tras las cuales la respiración se hace más lenta, los procesos del pensamiento y la imaginación se vuelven confusos y el sujeto sucumbe en un sueño profundo.
- A largo plazo, el consumo crónico produce en el individuo un deterioro notable a todos los niveles: ausencia de hambre, estreñimiento severo y disminución de los fluidos corporales; disminución de la presión sanguínea y el impulso sexual; percepción constante de frío. Aislamiento, con menoscabo de las relaciones interpersonales...
- El consumo de opio en mujeres embarazadas tiene repercusiones graves en el feto y es frecuente el riesgo de parto prematuro.

A medida que aumenta la tolerancia, la dependencia se torna más consciente provocando síntomas semejantes a los morfínicos.

MORFINA

La morfina, principal elemento activo del opio, fue aislada al inicio del siglo XIX. Su utilización hoy en día se limita casi de forma exclusiva al ámbito médico. La sustancia, que se presenta en forma de polvo, tabletas o líquido, se introduce en el organismo por vía oral o inyectada. Elimina el dolor, relaja al paciente y le proporciona una sensación de bienestar. Es por ello que se utiliza en casos de graves traumatismos o de ciertas enfermedades terminales (algunos tipos de cáncer o síndromes de dolor intenso).

Algunos de los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, vómitos, estreñimiento, confusión, cambios en el estado de ánimo...

Al igual que el resto de las drogas, la morfina atraviesa la membrana placentaria en las mujeres embarazadas y esto conlleva riesgos para el feto, pudiendo ocasionar partos prematuros. Como resultado de un uso continuado aparecen los fenómenos de tolerancia y dependencia; si al sujeto se le priva de su dosis regular de morfina, a las pocas horas se presenta un síndrome de abstinencia característico de todos los opiáceos. Hay que señalar que, en pautas de administración terapéutica, cuando se indica para el tratamiento de dolores severos, las posibilidades de aparición de una dependencia disminuyen drásticamente.

CODEÍNA

Se trata de otro alcaloide que, al igual que la morfina, existe de forma natural en el opio. Se encuentra en el mercado farmacéutico en forma de comprimidos o líquido (jarabe o ampollas). Sus efectos son similares a los de la morfina, pero mucho menos intensos; clínicamente se utiliza para atenuar dolores moderados y como antitusígeno.

Resulta poco común como droga de abuso. El riesgo de que se instaure una dependencia es pequeño; en caso de aparecer un síndrome de abstinencia por retirada brusca de la codeína, sus síntomas son mucho más ligeros.

HEROÍNA

En 1874 la compañía Bayer sintetizó, a partir de la morfina, la heroína. Inicialmente tuvo un uso médico, pero enseguida se hicieron evidentes sus riesgos y efectos negativos. La heroína se administra principalmente por vía intravenosa, pero en la actualidad existe una tendencia a fumar o aspirar el vapor producido por el calentamiento de la sustancia.

Muchas de las complicaciones típicas que sufren los

heroínómanos guardan estrecha relación con infecciones provocada por la inyección, como la falta de adecuados hábitos higiénicos, sanitarios, alimenticios y con la adulteración del opiáceo. Ello justifica la gran incidencia en el paciente de llagas, abscesos, procesos infecciosos como hepatitis, neumonías, SIDA, etc. Sus efectos son:

- Efectos inmediatos: Durante un intervalo de 2-3 horas, tras una posible reacción inicial desagradable (vómitos, mareo...), el sujeto percibe:
 - Intensa sensación de placer (flash).
 - Sedación y cierta euforia.
 - Alivio de cualquier malestar o tensión.
- A nivel físico la heroína provoca:
 - Sequedad de la boca
 - Miosis (disminución del tamaño de la pupila).
 - Depresión del sistema respiratorio.
 - Estreñimiento.
 - Disminución de la temperatura corporal.
- Efectos a largo plazo y dependiendo de muchas variables tales como el tiempo de consumo, vía de administración, hábitos sanitarios, estilo de vida... las consecuencias pueden ser:
 - Alteraciones de la nutrición (adelgazamiento extremo).
 - Afecciones gastrointestinales (estreñimiento severo).
 - Dolencias cardiovasculares.
 - Trastornos psicológicos (apatía, depresión...).
 - Patologías ginecológicas (ausencia de menstruación, problemas ovulatorios...)

Muchos de los efectos observados en el embarazo tienen que ver más con el género de vida y el nulo o escaso control prenatal que con la sustancia. Entre los efectos cabe destacar el grave sufrimiento fetal, partos prematuros y bajo peso del recién nacido y el alto índice de síndrome de abstinencia neonatal.

El consumo crónico de heroína conlleva serios déficits en el ámbito social del individuo: la desestructuración familiar, la situación de desempleo, la ruptura de relaciones intrapersonales, la ausencia de recursos económicos... son el inicio de una carrera que con demasiada frecuencia desemboca en graves problemas judiciales.

Desarrollo de tolerancia con gran rapidez: se tiende a aumentar la cantidad de heroína autoadministrada para conseguir los mismos efectos que previamente se lograban con proporciones menores, lo cual desencadena una manifiesta habituación y dependencia. Transcurridas varias horas desde la última administración de la sustancia, el adicto necesita una nueva dosis para evitar el síndrome de abstinencia. Este presenta diferentes fases: en el estadio inicial aparece lagrimeo, sudoración, bostezos y rinorrea;

el sujeto se encuentra inquieto y con un alto grado de ansiedad que se intensifica en la fase intermedia del síndrome. En ese momento, el usuario sufre temblores, dolores musculares, irritabilidad, piloerección, dilatación de las pupilas y agitación psicomotriz. A medida que el cuadro de abstinencia progresa sobreviene diarrea, náuseas, vómitos, eyaculación espontánea, fuertes dolores y calambres en las extremidades, fiebre, etc. Aproximadamente en una semana suelen desaparecer estos síntomas, aunque permanece el recuerdo constante de la droga.

Alucinógenos

Los alucinógenos o psicodislépticos son sustancias capaces de provocar en el sujeto que las consume alteraciones de la percepción (por ejemplo: delirios y alucinaciones). Algunos de ellos (psilocibina, mezcalina) son de origen natural, mientras que otros se elaboran de forma sintética en laboratorios clandestinos; entre los más conocidos son el LSD 25 y la feniciclidina (PCP).

LSD

Se trata de un producto sintético extraído del comenuelo del centeno (*Claviceps purpúrea*). El LSD puede presentarse de muy diversas formas: tabletas, cápsulas, tiras de gelatina, micro-puntos, etc. La distribución de la sustancia también se lleva a cabo en hojas de papel secante sobre las que se ha impregnado dicha droga.

En función de la cantidad ingerida las primeras manifestaciones se presentan al cabo de treinta o cuarenta minutos y se prolongan durante ocho horas más para desvanecerse a partir de entonces de forma paulatina. Los efectos de la sustancia no se pueden predecir, pudiendo resultar muy gratos y divertidos o conllevar experiencias francamente desagradables. En este último caso, el sujeto suele experimentar una pérdida completa del control emocional, estados de pánico, ideas de persecución, vértigos, desorientación, etc.

- Los efectos inmediatos más comunes son:
 - Sensación de mayor agudeza sensorial (colores más brillantes, sonidos que eran imperceptibles se convierten en audibles, se "escuchan los colores", "se visualiza las notas musicales", etc.).
 - Dificultad de concentración, de control del pensamiento y disminución de la capacidad de recordar.
 - Alteración de la noción temporal y espacial.

- Se reduce la coordinación muscular y la percepción del dolor.
- Fluctuaciones del humor.
- Presencia de alucinaciones: pueden ir desde la percepción de alguna imagen que simplemente no existe hasta la completa inmersión en un mundo irreal.
- Experiencias místicas, profundo sentimiento de alegría, de paz, de sintonización y unión con los demás.
- Efectos a largo plazo:
 - No hay datos contundentes en cuanto a las secuelas de tipo físico producidas por el consumo de LSD; sí existen, en cambio, en lo referente a trastornos psicológicos como depresión, ansiedad, psicosis, etc.
 - Un riesgo asociado al consumo de LSD guarda relación con las alucinaciones que vive el sujeto que, en algunos casos, desencadenan comportamientos mortales como por ejemplo el precipitarse al vacío. Otro riesgo es el llamado flash-back o retorno de la vivencia tenida con la droga. Puede ocurrir semanas después de la ingesta de la sustancia –sin mediar una nueva dosis– y conlleva riesgos considerables para la integridad de la persona.
 - Con relación a los embarazos, se han descrito una mayor frecuencia de malformaciones fetales a nivel del sistema nervioso y ocular, como también un mayor número de abortos espontáneos y anomalías cromosómicas.

No se ha demostrado que los alucinógenos produzcan dependencia. La tolerancia, sin embargo, se desarrolla con bastante rapidez pero desaparece tras varios días de abstinencia.

Psicofármacos

Con este título genérico nos referimos a sustancias depresoras y activadoras del sistema nervioso central. Se producen en laboratorios farmacéuticos en cantidades industriales y con diversas presentaciones (barbitúricos, benzodiacepinas, anfetaminas).

BARBITÚRICOS

Desde que en 1863 se sintetizó el ácido barbitúrico, se han investigado más de dos mil quinientos derivados de esta sustancia. Se prescriben para tratar el insomnio nervioso severo, algunas formas de epilepsia, ciertos cuadros convulsivos y determinados desórdenes psicológicos. En la actualidad, su utilización ha disminuido de forma considerable siendo las benzodiacepinas las que se erigen como la mejor alternativa.

Todos los barbitúricos son depresores del sistema nervioso central; sin embargo existen distintas variedades (larga, media y corta duración) que difieren de forma significativa en lo referente a sus efectos, vida media y toxicidad.

- En dosis bajas, los efectos inmediatos son: sensación de tranquilidad y ayuda para conciliar el sueño. Cantidades más elevadas disminuyen los reflejos y provocan enlentecimiento respiratorio que puede llevar al coma o la muerte.
- Los efectos a largo plazo tras un consumo prolongado son: trastornos físicos como anemias, depresión, incoordinación motora y entorpecimiento del habla, etc.
- Se ha asociado la mayor frecuencia de recién nacidos de bajo peso al uso de barbitúricos durante el embarazo.

El consumo continuado facilita la instauración de tolerancia y dependencia, por lo que si se disminuye o suprime la dosis habitual sobreviene un peligroso síndrome de abstinencia (convulsiones, confusión, riesgo vital serio).

BENZODIACEPINAS

Constituyen el grupo de fármacos más útiles y de mayor aceptación para el tratamiento de los estados de ansiedad. Dado que el margen de seguridad es mayor y que presentan menos efectos secundarios, han reemplazado a los barbitúricos.

Tienen una acción ansiolítica, mejoran el rendimiento del paciente e inducen a un estado de relajamiento muscular y somnolencia. En ocasiones producen desinhibición, mostrándose el usuario locuaz, excitable e incluso agresivo.

Dosis elevadas provocan náuseas, aturdimiento, confusión, disminución de la coordinación psicomotriz, etc. Todos los efectos, al igual que con los barbitúricos, se ven incrementados con el alcohol, hasta el punto que la mezcla de ambos puede conducir a una sobredosis. La adicción materna a las benzodiacepinas ha sido asociada con malformaciones fetales (labio leporino, fisura palatina), aumento de las cesáreas, etc.

Las benzodiacepinas tienen la capacidad de desarrollar tolerancia y, tras un uso prolongado, dependencia de las mismas. La retirada brusca de la droga puede resultar peligrosa, pero su abandono no es problemático si se realiza de forma gradual. Los signos que configuran un síndrome de abstinencia a estos fármacos son aumento de la ansiedad, insomnio, irritabilidad, náuseas, dolor de cabeza y tensión muscular, temblor y palpitaciones, disforia y en casos graves: convulsiones y estados epilépticos.

ANFETAMINAS

Las anfetaminas pertenecen al grupo de las drogas psicotónicas o estimulantes, su principal acción es potenciar la actividad del sistema nervioso central. Inicialmente fueron fármacos de frecuente prescripción médica: se utilizaron para el tratamiento de la narcolepsia, obesidad, mal de Parkinson, asma, etc. En la actualidad el empleo de estas sustancias desde ámbito médico se ha visto muy restringido.

Las formas más corrientes de encontrar la sustancia son tabletas, cápsulas y en polvo. Pueden tener texturas y colores diferentes, y su pureza en el mercado ilícito suele ser baja; las principales sustancias de corte son la lactosa, manitol, cafeína, paracetamol, etc. Las anfetaminas se absorben sin dificultad tanto por el tracto digestivo como por vía parenteral, por lo que se suelen administrar oralmente (método más habitual), inyectada o esnifada.

Los efectos inmediatos son sensación de euforia que se manifiesta con excitación nerviosa, insomnio, locuacidad, aumento del grado de confianza y autosatisfacción, agitación, en ocasiones agresividad, ausencia de apetito y de fatiga e hiperactividad. Una de las acciones propias de las anfetaminas es la capacidad que tienen de incrementar el nivel de atención y concentración en tareas concretas; esta es la razón por la que su uso ha estado tan difundido en el ámbito estudiantil.

A nivel físico la persona puede manifestar sed, sudoración, taquicardia, aumento de la tensión arterial, náuseas, malestar, dolor de cabeza, vértigos... A menudo se presentan muecas exageradas y anormales de la mandíbula o movimientos estereotipados.

Las sobredosis aumentan la temperatura corporal, pueden causar inquietud, alucinaciones, irritabilidad, convulsiones e incluso la muerte.

La característica más acusada es la aparición del cuadro denominado psicosis tóxica anfetamínica, que se manifiesta mediante hiperexcitabilidad, temblor, síntomas delirantes y alucinatorios. Con frecuencia se puede confundir con la esquizofrenia.

Efectos a largo plazo tras el uso de este fármaco son las depresiones severas.

El consumo de anfetaminas durante el embarazo está relacionado con el bajo peso del recién nacido, parto prematuro, malformaciones fetales, mayor mortalidad perinatal, etc. Provoca en el individuo alta tolerancia y dependencia psicológica en el individuo un fuerte deseo de la sustancia y una necesidad imperiosa de consumirla.

Drogas de síntesis

Bajo esta denominación se hace referencia a un amplio grupo de sustancias psicoactivas con las

siguientes características comunes. Se elaboran por síntesis química en laboratorios clandestinos. Algunas de ellas se fabrican a partir de productos farmacéuticos que fueron relegados por falta de utilidad terapéutica (por ejemplo, éxtasis); otras imitan la estructura química de sustancias de origen botánico. Sus efectos sobre el cerebro humano se asemejan a los de otras drogas más conocidas (estimulantes y alucinógenos débiles). Puesto que se trata de productos novedosos y muchos de ellos aún no están recogidos en las listas de sustancias prohibidas elaboradas por la Comunidad internacional, los traficantes, con frecuencia, no se exponen a ninguna sanción legal establecida.

Tienen un potencial tóxico adicional por la descontrolada variedad de productos (activos y adulterantes) que, de hecho, se encuentran en el mercado ilegal bajo la etiqueta de nombres "comerciales" atractivos (por ejemplo, lo que se vende como éxtasis lleva con frecuencia MDA, LSD, MDEA, anfetaminas, adulterantes). Estudios realizados avanzan los primeros resultados sobre el efecto de estas drogas en mujeres embarazadas, destacando casos con malformaciones en extremidades, defectos craneales y problemas cardíacos congénitos. No obstante, todavía son estudios insuficientes.

ÉXTASIS

Se elaboró inicialmente como un producto farmacéutico con fines terapéuticos, pero se retiró inmediatamente por sus efectos negativos. Bajo este nombre se encierran otras sustancias de composición química similar y efectos secundarios más graves (MDA, MDE). Normalmente se toma por vía oral en forma de tabletas, cápsulas o polvos; las primeras son las de uso más extendido y se presentan en una gran variedad de tamaños, formas y colores con el fin de hacerlas más atractivas y comerciales.

Los efectos inmediatos de índole fisiológica son: actúan sobre el corazón provocando taquicardia, arritmias, hipertensión y aumento de la frecuencia cardíaca; sequedad de boca, sudoración, contracción de la mandíbula, temblores, vértigo, deshidratación, hipertermia, sobreestimulación (aumento del estado de alerta, insomnio, etc.).

Entre los de índole psicológica destacan: ansiedad, irritabilidad, sensación de euforia, locuacidad, vivencia de energía física y emocional, mejora de la autoestima, emotividad desinhibida y mayor facilidad para las relaciones sociales.

Dosis elevadas pueden producir ansiedad, pánico, confusión, insomnio, psicosis y fuertes alucinaciones visuales o auditivas. Cuando estas sensaciones



decaen sobreviene agotamiento, fatiga, inquietud y depresión que pueden durar varios días.

No se han podido establecer con rigor las secuelas a largo plazo del consumo de MDMA. No obstante, se pueden citar los siguientes efectos residuales: confusión mental, agotamiento, fenómenos recurrentes (posibles flash-back, al que ya se ha hecho referencia), cambios bruscos del humor, alteraciones hepáticas y cardiovasculares, etc.

Inhalantes

Bajo esta denominación se incluyen un numeroso grupo de sustancias químicas con diversas aplicaciones industriales o domésticas que, aunque han tenido escasa incidencia como drogas de abuso en Europa, sí son de uso generalizado en otros países y contextos tan dispares como México o Japón. Entre ellos se encuentran algunos productos derivados del petróleo, lacas, pinturas, quitamanchas, colas plásticas, extintores, gasolinas, etc. La vía de administración es por inhalación; lo más común es verter el producto en una bolsa de plástico y, ajustando el orificio en la boca y nariz, aspirar los vapores que se desprenden.

Entre los efectos inmediatos destacan exaltación del humor, euforia, alegría, ocasionales alucinaciones y trastornos de la conducta (agresividad, hiperactividad motora...). Pasados estos efectos iniciales aparece una depresión del sistema nervioso central, somnolencia y confusión. Si la inhalación continúa puede alcanzarse una intoxicación grave, semejante a la embriaguez etílica, con amodorramiento profundo e incluso pérdida de la conciencia. A ello se unen síntomas no buscados por el consumidor como náuseas, vómitos, tos, lagrimeo, etc.

Los efectos a largo plazo son palidez y fatiga permanente, una disminución de la memoria y de la concentración, pérdida de equilibrio, depresión, irritabilidad, conducta agresiva, anomalías hepáticas, afecciones renales, pulmonares y cardíacas, neuropatías, etc. Con relación al consumo de inhalantes por mujeres embarazadas, se han descrito un mayor número de abortos y mayor frecuencia de malformaciones fetales a nivel cerebral así como hendidura palatina.

No existe consenso sobre la capacidad de los inhalantes para generar dependencia física; en cambio, hay datos suficientes para afirmar que sí causan dependencia psicológica y tolerancia.

Clorhidrato de cocaína

En el siglo XIX se aísla el principio activo responsable de los efectos de la planta, un alcaloide que

acordaron llamar "cocaína". Se consume habitualmente por vía nasal (esnifada), aunque también se absorbe por mucosas (frotando las encías). Algunos consumidores se la inyectan, sola o mezclada con otras drogas (heroína).

Los efectos inmediatos de dosis moderadas de cocaína son ausencia de fatiga, sueño o hambre; exaltación del estado de ánimo; mayor seguridad en sí mismo; prepotencia, ya que disminuyen las inhibiciones y el individuo suele percibirse como una persona sumamente competente y capaz; aceleración del ritmo cardíaco y aumento de la presión arterial; aumento de la temperatura corporal y la sudoración; reacción general de euforia e intenso bienestar; anestésico local; cuando el uso es ocasional puede incrementar el deseo sexual y demorar la eyaculación, pero también puede dificultar la erección. A largo plazo, con dosis pequeñas se observa insomnio, agitación, ansiedad intensa y agresividad, ilusiones y alucinaciones, temblores y movimientos convulsivos. La sensación de bienestar inicial suele ir seguida de una bajada caracterizada por cansancio, apatía, irritabilidad y conducta impulsiva.

Los efectos a largo plazo que se han descrito son complicaciones psiquiátricas (irritabilidad, crisis de ansiedad, disminución de la memoria y la capacidad de concentración), y una mención especial merece la llamada "psicosis cocaínica", que consiste en un brote de ideas paranoides que llevan a la persona a un estado de confusión, pudiendo producir verdaderas crisis de pánico, cuadros alucinatorios. También se constata apatía sexual o impotencia, trastornos nutricionales (bulimia o anorexia nerviosa), alteraciones neurológicas (cefaleas o dificultad para respirar, perforación del tabique nasal), cardiopatías (arritmias), problemas respiratorios (disnea o dificultad para perforar, perforación del tabique nasal), importantes secuelas sobre el feto durante el embarazo (aumento de la mortalidad perinatal, aborto y alteraciones nerviosas en el recién nacido).

Los datos con respecto a la dependencia física y la tolerancia de la cocaína no son concluyentes. Sin embargo, sí se puede afirmar con rotundidad que el grado de dependencia psicológica es uno de los más elevados entre las diferentes sustancias psicoactivas.

Alcohol

Al hablar del alcohol nos estamos refiriendo al etanol, que es el principal componente de las bebidas alcohólicas; éstas se obtienen por fermentación o destilación. Según se trata de un procedimiento u otro, se consiguen diferentes bebidas de diferente graduación; así por ejemplo, vinos, cervezas o cava



surgen a partir de la fermentación de frutas o granos, mientras que habrá que recurrir a la destilación para lograr ginebra, whisky, ron, etc.

El alcohol se toma por vía oral. Transcurridos pocos minutos tras la ingesta del alcohol, éste pasa al torrente sanguíneo donde puede llegar a mantenerse varias horas y desde el cual ejerce su acción sobre los diversos órganos del cuerpo. Es un depresor de sistema nervioso central; actúa bloqueando el funcionamiento del sistema cerebral responsable del controlar las inhibiciones.

Los efectos inmediatos son euforia, alegría, falsa seguridad en uno mismo que puede conducir en ocasiones a la adopción de conductas temerarias. El consumo excesivo de alcohol produce acidez de estómago, vómitos, diarrea, descenso de la temperatura corporal, sed, dolor de cabeza, deshidratación... Si las dosis ingeridas han sido muy elevadas se produce falta de coordinación, lentitud en los reflejos, vértigo e incluso visión doble y pérdida de equilibrio. Y en caso de intoxicación etílica, puede inducir a la depresión respiratoria, coma (coma etílico) y, ocasionalmente, la muerte.

Al referirse a los efectos a largo plazo un consumo crónico conlleva alteraciones de diversa naturaleza: degeneración y atrofia (encefalopatía con deterioro psicorgánico, demencia alcohólica), anemia, disminución de las defensas inmunitarias, alteraciones cardíacas (miocarditis). El alcoholismo es una de las principales causas de hepatopatía que puede manifestarse en forma de hepatitis o cirrosis. En el estómago (gastritis, úlceras); la inflamación y degeneración del páncreas; trastornos del intestino en la absorción de vitaminas, hidratos y grasas, que provocan cuadros carenciales. El consumo habitual por parte de la mujer embarazada puede dar lugar al llamado síndrome alcohólico-fetal caracterizado por malformaciones, bajo coeficiente intelectual, etc. A nivel psicológico: irritabilidad, insomnio, delirios de celos o de persecución. Entre las consecuencias sociales destacan: los conflictos familiares (celos, peleas, malos tratos, etc.), los conflictos laborales (absentismo, accidentes, problemas de relación, etc.) y a nivel de relación social se pueden dar alteraciones del orden, conducción temeraria y conductas delictivas.

El alcohol tiene una clara capacidad de generar tolerancia y dependencia. La retirada brusca en el paciente consumidor suele desencadenar un aparatoso síndrome de abstinencia que requiere atención médica de urgencia. A partir del segundo día de abstinencia, en los casos más graves, surge el denominado delirium tremens caracterizado por una clara confusión mental, aparición de delirios y alucinaciones, fuertes temblores, etc. Muchos alcohólicos pre-

sentan la denominada tolerancia negativa: es suficiente una pequeña cantidad de etanol para que queden completamente ebrios.

Tabaco

El tabaco es una planta del género nicotiana y concretamente la *Nicotina tabacum*. En la combustión del tabaco se producen miles de sustancias (gases, vapores orgánicos y compuestos suspendidos en forma de partículas) que son transportadas por el humo hacia los pulmones. Actúan principalmente sobre el aparato respiratorio, aunque algunas de ellas se absorben y pasan a la sangre desde donde influyen sobre los otros tejidos u órganos del cuerpo. Estas sustancias son la nicotina (responsable de la dependencia física), irritantes (responsables de la alteración de los mecanismos de defensa del alcohol), monóxido de carbono (gas de elevado poder tóxico) y alquitranes y otros agentes cancerígenos. La forma más frecuente de consumo del tabaco es fumada.

En cuanto a los efectos, al fumar un cigarrillo se produce una elevación del ritmo cardíaco, de la frecuencia respiratoria y la tensión arterial, lo que produce un aumento del "tono" del organismo. Al inhalar el humo, la nicotina actúa en el cerebro de forma inmediata, produciendo una acción recompensante para el sujeto; la reiterada práctica de esta conducta termina por consolidarse en la conducta del fumador.

A largo plazo, El humo del tabaco produce una acción irritante sobre las vías respiratorias, lo que provoca una mayor producción de moco y dificultad para eliminarlo. La irritación continua da lugar a la inflamación de los bronquios (bronquitis crónica). Las secreciones dificultan el paso del aire lo que origina obstrucción crónica del pulmón y serias complicaciones (enfisema pulmonar).

De forma progresiva se produce una disminución de la capacidad pulmonar: los fumadores ven mermada su resistencia al ejercicio físico y se cansan más. Por otra parte, es indudable la relación causa-efecto entre el tabaco y los problemas respiratorios pudiendo llegar al cáncer de pulmón. También se ha descrito la aparición de cánceres extrapulmonares como esófago, páncreas y vejiga. El tabaco es un factor de riesgo importantísimo en lo referente a enfermedades cardiovasculares: su acción provoca la aparición de arterioesclerosis y esta lesión favorece el desarrollo de trastornos vasculares (por ejemplo: trombosis e infarto de miocardio).

El tabaquismo materno influye en el crecimiento fetal, de manera especial en el peso del recién nacido. También esta droga origina un incremento de las tasas de aborto espontáneo, complicaciones durante



el embarazo y el parto y nacimientos prematuros. El humo del tabaco también afecta a las personas no fumadoras que, ante altas exposiciones al humo del tabaco, pueden sufrir riesgos para su salud.

El tabaco es una droga con capacidad de generar tolerancia y dependencia. La supresión brusca de la tasa de nicotina en sangre produce una sintomatología amplia, que evidencia el síndrome de abstinencia tabáquica, el cual se presenta como sigue: intranquilidad o excitación, aumento de la tos y la expectoración, ansiedad y agresividad, alteraciones displacenteras, mal humor, falta de atención en la conducción de vehículos y aumento del peso corporal.

Estudio sobre creencias y hábitos en el consumo de tabaco en la población drogodependiente

Realizado en los centros de día de Castellón, Salamanca, Madrid, Oviedo, Barcelona, La Coruña y Granada

El estudio se plantea cómo analizar las creencias que los drogodependientes que se encuentran en tratamientos psicoeducativos de deshabituación-reinserción, en los Centros de Día, tienen en relación al consumo de tabaco. Para ello hemos contado con la colaboración de siete Centros de Día dispersos por toda la geografía española (Salamanca, Castellón, Madrid, Oviedo, Barcelona, La Coruña y Granada), lo que nos ha permitido estudiar una muestra de 115 usuarios.

La forma de llevarlo a cabo ha sido elaborando un sencillo cuestionario que sirve como una recogida de información, tanto sobre las creencias, como sobre los hábitos de consumo. En él hemos preguntado sobre aquellas cuestiones relacionadas con el consumo de tabaco en las que creemos que podemos tener algún tipo de intervención que pueda tener un efecto positivo y que además tenga sentido desde los centros de tratamiento en los que nos encontramos. También se recogen opiniones que nos pueden orientar sobre lo que piensan las personas que se encuentran inmersas en un programa de rehabilitación, sobre la adicción a la nicotina y cómo se puede superar.

Previamente al paso del cuestionario hemos querido conocer el grado de dependencia a la nicotina, a través de un test muy sencillo como es el de Fageström. La tercera de las aportaciones que hemos querido recoger, ha sido la de los propios profesionales que trabajamos en estos centros.

Con todo ello, hemos pretendido que el estudio responda a diferentes objetivos: que nos permita conocer el perfil del drogodependiente (de otras sustancias) adicto a la nicotina, que se encuentra en nuestros centros, que podamos extraer las conclusiones necesarias para reflexionar en los equipos de tratamiento sobre cómo estamos abordando la adicción a la nicotina con nuestros usuarios y si le estamos dando la importancia que se merece, y por último que este pequeño estudio nos permita obtener algunas hipótesis de trabajo que den pie a abrir nuevas líneas de investigación en el campo psicosocial.

Nuestro estudio

Datos aclaratorios sobre la población de estudio. Hablamos de personas fumadoras, donde la mayoría fuman entre quince y veinticinco cigarrillos, con una edad media en torno a los treinta y tres años, consumidores de tabaco desde los catorce años (la media de la población en el consumo diario de tabaco es de 18 años Fuente: DGPNSD) y con un largo historial de consumo de drogas. Dependientes, en su mayoría, de más de una sustancia tóxica: heroína, cocaína, alcohol, benzodiazepinas, hachís, etc... (nota 1)

Nos encontramos con una población que tiene una proporción de fumadores del 96%, frente al tercio que rondan todas las encuestas de población. Donde cerca del 60% manifiesta que nunca han intentado dejarlo y que de los que lo han intentado, la mayoría no han pasado de dos o tres veces. Esto nos debe llamar la atención sobre la ausencia del concepto de problema que supone para la mayoría de este colectivo el hecho de fumar.

Análisis de las creencias

La población drogodependiente nos demuestra que no es ajena a los riesgos que conlleva el consumo de tabaco, el 98% creen que puede ocasionar algún tipo de enfermedad grave, y el 93% considera que este consumo puede ser perjudicial para su salud.

Cuando preguntamos sobre las dos sustancias adictivas legales de mayor consumo, como son el alcohol y el tabaco, el 90% consideran el tabaco como menos o igual de perjudicial que el alcohol. Esto puede tener su explicación en la abundancia de hepatitis crónicas (B y C) que se da entre los usuarios de los Centros de tratamiento y el estricto control médico que se suele tener sobre los pacientes con alteraciones en el número de trans-

aminasas, ya que hay fármacos que se utilizan en la deshabituación del alcohol y la heroína (como por ejemplo: la Naltrexona), que influyen directamente sobre ellas. También está el hecho de que en la mayoría de los casos estamos hablando de sujetos politoxicómanos donde la "dependencia de alcohol" puede ser una variable más en la globalidad del problema y donde el fenómeno de sustitución de una droga por otra (por ejemplo: alcohol por heroína) es una experiencia muchas veces vivida. De la misma manera también puede estar influido por la consideración de que lo más frecuente es menos peligroso. En el estudio de opiniones y actitudes ante las drogas en la encuesta de PNSD, se pone de manifiesto que las experiencias u hábitos de consumo modulan las opiniones que se tienen sobre la peligrosidad del consumo de ciertas sustancias, haciendo que se considere menos peligroso las conductas más frecuentes (como por ejemplo: sólo uno de cada cuatro encuestados por el PNSD en el informe de marzo del 2001 considera que fumar un paquete diario entraña muchos problemas).

A la hora de hacer una valoración sobre la propia dependencia de la nicotina, como se pide en la pregunta 4:

¿Te consideras dependiente del consumo de tabaco?
 Mucho.....Bastante.....Poco.....Nada.....No fumo

Existe un amplio sector (en torno al 80%) que se va a considerar como bastante o muy dependiente. Aunque en cerca de un 70 % exista una coincidencia entre la autovaloración de su dependencia y el nivel de dependencia que marca el test de Fageström, el otro 34 % de la población se considera más dependiente de lo que marca el test, como muestra la figura 1. Este dato nos lleva a valorar la necesidad de que la persona conozca realmente el grado de dependencia que tiene, pues el bajo interés que algunos usuarios muestran en reducir o abandonar el consumo de tabaco, puede estar motivado por una idea preconcebida de fracaso ante una elevada dependencia. *Esto nos hará trabajar en el futuro sobre la conveniencia o no, de que la persona conozca su grado real de dependencia a la nicotina.*

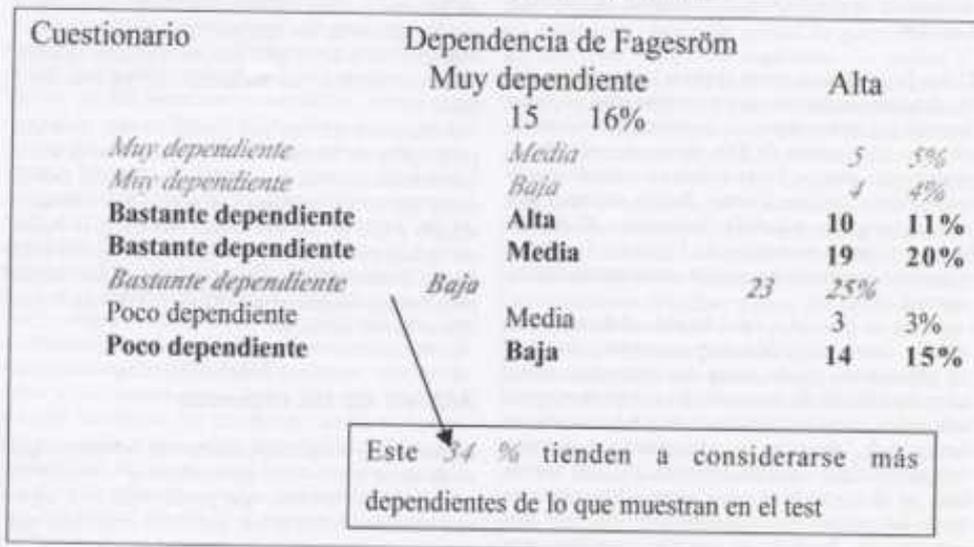


Figura 1

Queriendo profundizar en la relación que pueda existir entre el grado de dependencia que el sujeto tiene con el interés que puede mostrar por dejar de fumar y con la disponibilidad ante un programa de deshabituación, nos ha parecido interesante relacionar las tres preguntas que vienen a continuación: la 4ª *¿te consideras dependiente?*, la 6ª *¿qué interés tienes en dejar de fumar?* y la 7ª *¿estarías dispuesto a entrar en un pro-*

grama para abandonar el consumo de tabaco?. Pretendemos comprobar si el considerarse con una dependencia más o menos alta influye a la hora de potenciar el interés en dejar de fumar y si ese interés se puede concretar en la aceptación de un programa de deshabituación del consumo de tabaco.

De aquellos que consideran que su dependencia es alta (Mucho y Bastante), parten dos flujos diferencia-

dos: Por un lado, como se muestra en la figura 2, estarían ese cerca del 30% de personas que demuestran un interés alto en dejar de fumar (Mucho y Bastante). Prácticamente la misma proporción está dispuesta a aceptar un programa de deshabituación, por todo ello, podemos concluir diciendo que la práctica totalidad de las personas con alta dependencia y alto interés en

dejar de fumar están dispuestas a asumir dicho programa. Este contingente, uno de cada tres usuarios, ignorado en la mayoría de los casos, nos parece que nos tiene que hacer reflexionar sobre la conveniencia o no, de incorporar en nuestros Centros programas de reducción del consumo de tabaco, o al menos prestarle más atención a este fenómeno.

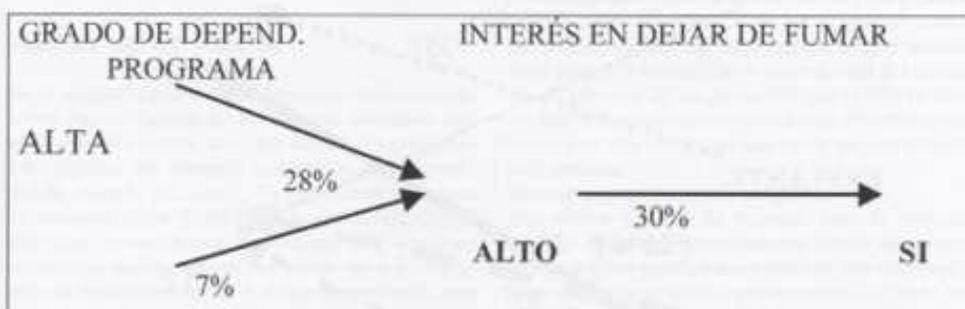


Figura 2

Por otro lado, como se muestra en la figura 3, el 54% de los encuestados se consideran con una dependencia alta (Mucho y Bastante) y con un bajo interés en abandonar el consumo de tabaco (Poco y Nada). Esto, unido al 11% de población que considera su

dependencia en niveles bajos (Poco y Nada) y con un bajo interés, nos permite concluir que nos encontramos ante una población mayoritariamente "poco motivada" a emprender ninguna acción que vaya en la dirección de reducir este hábito.



Figura 3

Si seguimos avanzando en nuestro planteamiento de relacionar las tres preguntas, y ponemos el "interés en dejar de fumar" en relación con la aceptación de un programa de reducción o abandono del consumo de tabaco" nos encontramos con lo siguiente: el tanto por ciento más alto (un 22%), se da entre aquellos con un "bajo interés en dejar de fumar", pero dispuestos a incorporarse a un "programa de reducción o abandono", como se muestra en las figuras 3 y 4. Esto nos ha hecho reflexionar sobre si no estamos ante una pobla-

ción demasiado acostumbrada a que se le ofrezcan programas y a incluirse en ellos, aunque su interés sea más que cuestionable, como ellos mismo han manifestado. También nos respondemos desde un planteamiento que valora el momento vital de la persona y el proceso en el que esta población se encuentra imbuida, donde ese punto de "cierta incoherencia" ante algunos planteamientos o acciones concretas, no nos es desconocido a los profesionales que trabajamos en las drogodependencias.

Por el contrario, debemos destacar que en el 70% de los casos impera la coherencia y que *el interés en dejar de fumar se convierte en el mediador* para que las personas elijan si quieren o no hacer un programa

de deshabituación: la aceptación del programa está relacionado con un interés alto en dejar de fumar, y por el contrario, la no aceptación del programa está relacionado con el interés bajo.

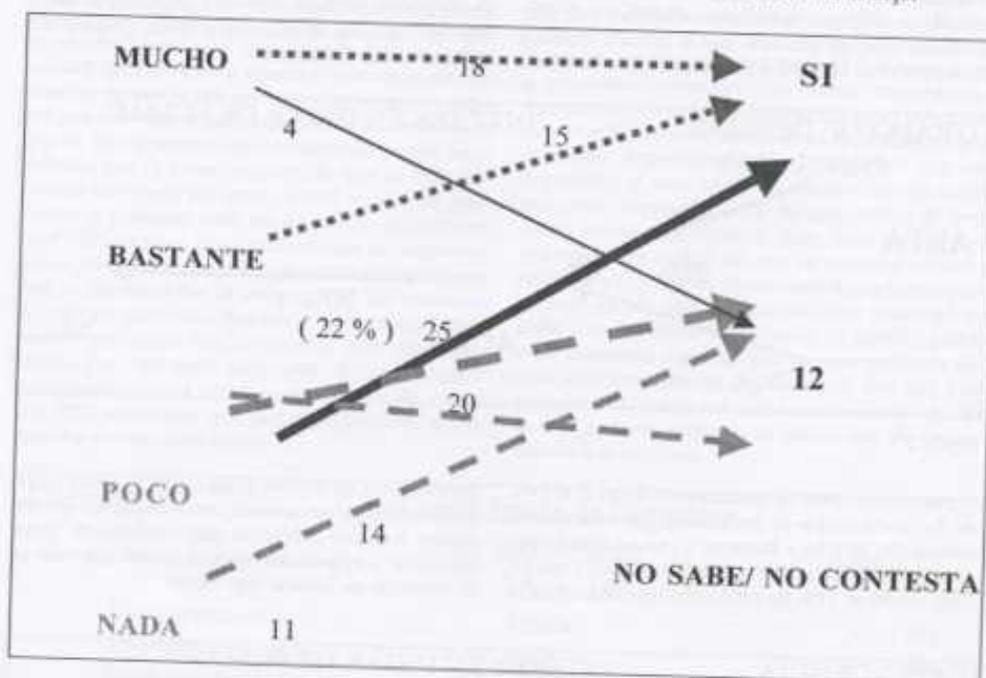


Figura 4

Por último, desde el estudio se ha querido pulsar la opinión de los propios afectados preguntándoles (preguntas 8, 9 y 10) sus planteamientos sobre la obligatoriedad en la abstinencia que algunos Centros de Tratamiento (normalmente residenciales) defienden, tratando por igual todas las adicciones, incluida la provocada por la nicotina. Más de la mitad de los preguntados son contumaces: les parece mal que obliguen a dejar el consumo, entendiéndose que esto es algo que se debe dejar libremente y por ello la mayoría demandan información y ayuda pero muy pocos casos apoyan la obligatoriedad. Sin embargo hay otro casi 30% que, aunque con algunas salvedades, se les ha incluido en la opción que "les parece bien" y lo consideran como la ayuda necesaria para dejarlo, ese empujón que pueden estar necesitando. Quizá el Centro Día da la opción de fumar fuera de las horas de duración del Programa Terapéutico (horarios continuados de mañana o hasta las 7h o 8h de la tarde), cosa que no ocurre en una Comunidad Terapéutica cerrada, y por

esto, las respuestas en favor de la aceptación de una abstinencia de nicotina hay que observarlas con cierta cautela.

Ante la pregunta:

¿Qué harías si en este Centro no te permitiesen fumar?

Cerca del 25% se marcharían o no optarían por un programa de rehabilitación tan restrictivo, sin embargo, sorprendentemente, un 50% ha contestado que se mantendría en el Centro y acataría la prohibición. Quizá debamos pensar que la población de los usuarios de los Centros de Día está más receptiva de lo creemos a las indicaciones que los equipos de tratamiento hacemos y aunque esto pueda parecer contradictorio a lo que más adelante se expone, referente a lo inoperante de las informaciones sobre los riesgos del tabaco, ya que proviene del mismo equipo, cuando se formula en clave de *normas* parece que tiene una mejor acogida. Quizá desde esta

hipótesis de trabajo debíamos planteamos ser algo menos permisivos en cuanto al consumo indiscriminado de tabaco en los Centros. Si bien es cierto que en este sentido se han dado pasos del tipo de: no fumar más que en los espacios y horarios predeterminados, siempre haciéndolos coincidir con momentos de descanso.

Análisis de los hábitos

En la segunda parte del estudio hemos profundizado sobre algunos hábitos en el consumo de tabaco con el objeto de conocer aun más como se comportan los usuarios de nuestros centros: cuánto fuman, dónde, cuándo más, etc... (Respuestas en el Anexo) La encuesta sobre "hábitos" ha puesto de manifiesto que hay determinadas actividades y/o acciones específicas que se vienen realizando en los programas de deshabituación de la drogodependencia, con carácter puramente terapéutico (en el marco de lo que son los objetivos prioritarios de estos programas: que no se consuma determinada sustancia problemática para el individuo, que se adquieran determinadas habilidades, que se cuide y mejore la salud, que se aprenda a manejar el ocio, las amistades, etc...) que pueden servir a un doble objetivo, ya que van a favorecer también el no consumo, o el consumo reducido de tabaco. Por lo tanto, desde los Centros deberemos estar atentos y fomentarlas.

Algunas de ellas son:

- Fomentar las actividades deportivas, tanto dentro como fuera del horario del Centro, aparte de los beneficios conocidos por todos, lleva a más del 70% a no fumar (o a fumar menos) inmediatamente después de realizarlas.
- Desde el ámbito médico y psicológico, nos parece importante estar atentos al nivel de ansiedad o nerviosismo que el sujeto manifieste, pues queda demostrado que el 90 % fuma más cuanto más nervioso se encuentra. Esto mismo se refleja, aunque no con tanta contundencia, al preguntarles sobre los momentos de rebajadas de sustancias relacionadas con el control de la ansiedad o desintoxicaciones de sustancias tóxicas, donde manifiestan que fuman igual o más, en altos porcentajes (Anexo I).
- Desde el ámbito de la educación social, el estar entretenido, tanto si están dentro como fuera de casa, les hace fumar menos. De ahí se desprende la importancia y el sentido que tiene el incluir en los Programas de Tratamiento talleres específicos sobre el manejo del tiempo libre, que trabajen el conocimiento de los recursos de ocio, tanto los propios (aprender a programarse, fomentar las afi-

ciones y las relaciones sociales, ...) como los que la sociedad nos ofrece, por ejemplo: actos público, actividades en asociaciones, actos culturales, zonas de entretenimiento no relacionadas con el consumo de alcohol, etc...

Por el contrario, los resultados obtenidos del cuestionario quizá tengan que haceremos replantear nuestro trabajo en los talleres de Educación para la Salud, pues la mera información de los riesgos se vuelve inoperante, ya que un 95% respondió que fumaba igual ante la información de la toxicidad del consumo de tabaco y de los perjuicios que de ella se deriva, máxime en una población donde el deterioro de la salud es una constante que se da en una proporción elevada.

Esto me sugiere diferentes preguntas:

¿No somos capaces de transmitir bien la información?, ¿Es una población que ha vivido situaciones de riesgo para su salud tan extremas que un riesgo a largo plazo no le resulta preocupante?, o bien ¿No querer hacerse consciente de la realidad funciona como una defensa para no tener que dejar algo placentero?, etc ...

Posiblemente ninguna sea la única razón, ni estén todas, pero lo que parece palpable es que nos encontramos ante una población en la que la concienciación de los riesgos que entraña la dependencia del tabaco se plantea como una difícil empresa. Me llama poderosamente la atención que hay un 20%, de personas con un nivel de adicción tan fuerte que incluso cuando son preguntados por las dos situaciones de enfermedad relacionadas con el aparato respiratorio, patología aguda y crónica, responden que fuman la misma cantidad, estén sanos o enfermos. Posiblemente estos son los que se quedarían fuera del circuito terapéutico en el hipotético e improbable caso de que las políticas de tratamiento se volvieran totalmente restrictivas en el consumo de tabaco dentro de los Centros.

¿Qué hacemos desde los Centros de Día?

También hemos querido conocer algo más sobre las opiniones de los profesionales que trabajamos en el mundo de la rehabilitación de las drogodependencias, por este motivo se paso un cuestionario a los Centros del que hemos extraído las siguientes conclusiones. Quizá influidos por el trabajo realizado durante años, la tradicional división de drogas legales e ilegales y porque desde los Centros de Día no se reciben demandas de personas que quieren abandonar la dependencia de la nicotina, o incluso por la nor-



malización con que es vivido el consumo de tabaco en la sociedad (el número de trabajadores de los Centros de tratamiento que fuman está en torno a las proporciones indicadas en las encuestas de población del PNSDI), en los Centros de rehabilitación la dependencia de la nicotina se estima como una dependencia de segundo orden. De tal forma que es interpretada como un problema de salud más, y así queda demostrado en los temarios de Educación para la salud que se imparten en algunos Centros. Incluso debemos decir que no todos los programas tienen dentro de su horario un espacio semanal para la Educación para la salud.

Pero peor están las cosas cuando preguntamos por programas específicos de Deshabitación del tabaco, ya que ninguno de los centros preguntados tienen en la actualidad dichos programas en marcha. Esto parece ser una consecuencia directa de observar la dependencia de nicotina como un tema de salud y no contemplarlo dentro de la oferta terapéutica del Programa.

Parece que donde estamos de acuerdo es en la habilitación de tiempos y espacios en los que el usuario del Centro puedan fumar si lo desean. Esto, que a priori puede parecer una ventaja para reducir el número de cigarrillos, sobre todo en aquellos que más fuman, a veces, se toma en desventaja para aquellos que fumando habitualmente menos, se ven abocados a momentos de descanso en los que parece que lo institucionalizado es que "ha llegado la hora del cigarrillo". Este fenómeno es prácticamente imposible de combatir cuando estamos hablando de una porcentaje de fumadores próximo al 100%, donde lo que está bien visto es ofrecer tabaco cuando uno fuma.

Por último, hablaremos de una dimensión social que a menudo nos encontramos, es la de aquellas personas a las que hay que ayudar económicamente porque sus únicos ingresos son los que sacan de la calle, la mendicidad o la prostitución, y nos enfrentamos ante una disyuntiva que nos cuestiona nuestra forma de actuar. ¿Les ayudamos económicamente en el consumo diario de tabaco (acto que médicamente no debe estar muy bien visto) o no lo hacemos y se pueden ver obligados a abandonar el programa, o volver a pedir, o buscarse la vida en la calle...? Por ello hemos incorporado esta pregunta a nuestro cuestionario.

"¿Qué opinión te merece el hecho de que desde algunos Centros se facilite o incluso se financie el consumo de tabaco de aquellos usuarios que no se lo pueden pagar?"

Encontramos respuestas como esta,

"Teniendo en cuenta las situaciones en que suelen iniciar el tratamiento algunos paciente, el consumo de tabaco en principio es un mal menor e incluso puede llegar a boicotear el proceso terapéutico. Esta cuestión debe abordarse en etapas más avanzadas de dicho proceso"

O esta otra

"Dado que entre los objetivos nos encontramos con el de la reducción del daño, el proporcionar tabaco facilita en estos momentos el no rechazo del usuario al Centro. No obstante en todo momento se pretende concienciar del daño que produce el tabaco"

Esto vuelve a poner de manifiesto que nuestra prioridad es la rehabilitación de la persona y que la dependencia a la nicotina la contemplamos bajo un abordaje integral y secuenciado en el proceso de su rehabilitación, siempre previa concienciación y bajo una plena libertad de elección.

Conclusiones

La primera será que debemos hacer una cura de humildad y aceptar que el consumo de tabaco, a pesar de lo que acabamos de exponer, es una dificultad a la que debemos prestar más atención. Somos conscientes de que nos encontramos ante una población con un escaso concepto de problema y con cierta dificultad de motivación, como veíamos anteriormente. Pero no es menos cierto que contamos con un contingente próximo al tercio de la población, que está dispuesta a trabajar la reducción o el abandono del consumo de tabaco.

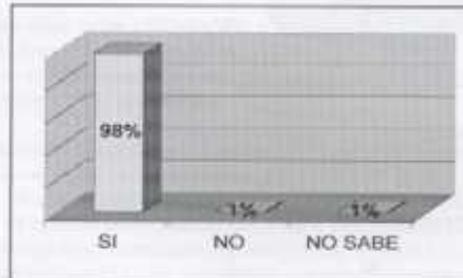
También queda demostrado que deberíamos utilizar todas nuestras herramientas para potenciar, desde la más absoluta libertad, el interés por dejar de fumar, ya que como se mostraba en la figura 2, el interés es el mediador fundamental para implicarse o no en un programa de reducción o abandono del tabaco.

Por último, desde el estudio de hábitos se ha puesto de manifiesto que hay actitudes que favorecen la disminución del consumo de tabaco y que pueden ser potenciadas desde los Centros. Así como, que contamos con una población satisfecha con su permanencia en los programas y con el respeto a su libertad de elección, pero a la vez, receptiva a las normas que se imponen en los Centros.

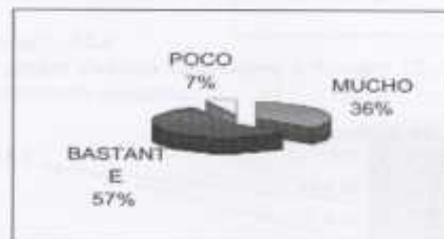
Cuestionario utilizado

Son fumadores 96%
 No Fuman 4%

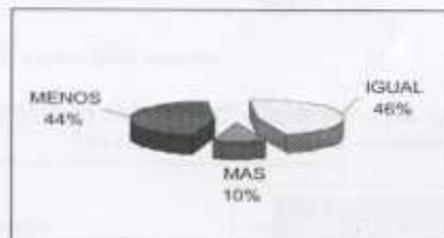
1. Creo que el consumo de tabaco puede producir algún tipo de enfermedad: cáncer, problemas respiratorios, problemas cardiovasculares, etc...



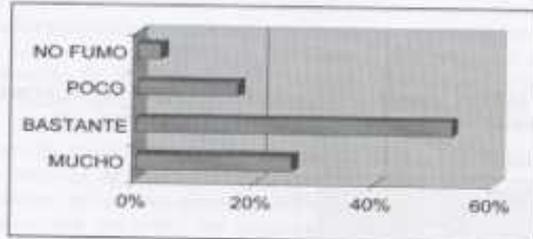
2. Considero el consumo de tabaco perjudicial para mi salud.



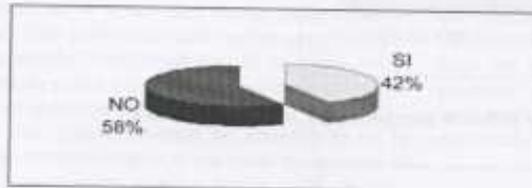
3. Creo que el consumo de tabaco es : más , menos o igual de perjudicial que el consumo de alcohol:



4. ¿Te consideras dependiente del consumo de tabaco?



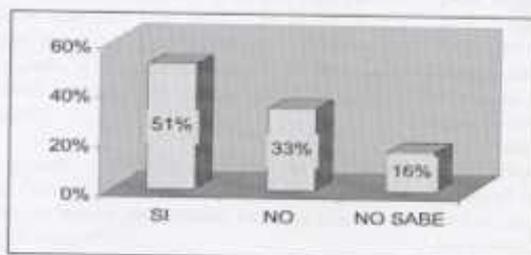
5. ¿Alguna vez has intentado dejarlo?



6. ¿Qué interés tienes en dejar de fumar?



7. ¿Estarías dispuesto a intentar dejar de fumar si desde tu Centro se te ofrece programa de reducción o abandono de consumo de tabaco?



8. ¿Qué te parece que haya Centros de tratamiento que obliguen a dejar de fumar y beber?

Le parece mal que se obligue a cerca del 50 %.
 En la categoría de los que ven en la obligación una ayuda estarían un 25 %.

También están los que los consideran bueno para el alcohol pero no para el tabaco.
 Y otro 20 % que no se definen o las respuestas no tienen significación.

9. ¿Piensas que esta obligación ayuda al tratamiento de otras dependencias?

Creen que sí puede ayudar el 20 %
 Creen que no puede ayudar o sería contraproducente el 30%
 El resto no saben o no contestan.

10. ¿Qué harías si en este Centro no te permitiesen fumar?

Las respuesta más comúnmente elegida fue la de plantearse respetar las normas y no fumar(38), así como hubo otros que advierten claramente que respetarían las normas en el centro pero fumarían fuera del mismo (6).

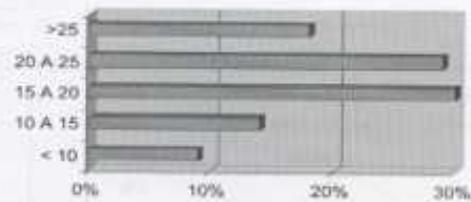
También los hay que intentarían fumar sin ser vistos(5)
 No saben que harían (13), se pensarían si permanecer en el Centro o no.
 Los hay que lo tienen muy claro, marcharse o no entrar (18)

HÁBITOS DE CONSUMO DE TABACO

Edad del usuario: 32.6

Edad que tenías cuando empezaste a fumar: 13.4

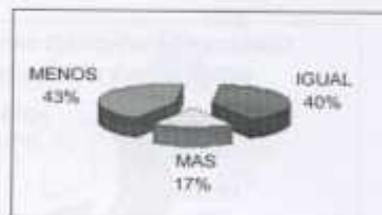
¿Fue esta tu primera adicción: Sí : 86%



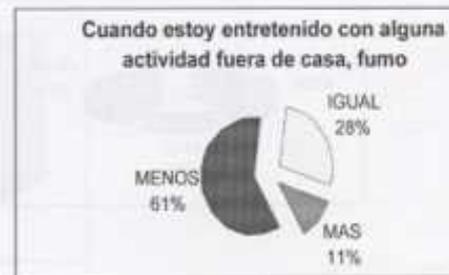
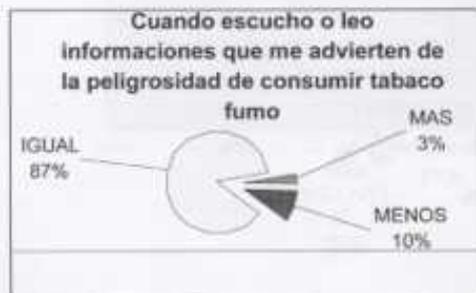
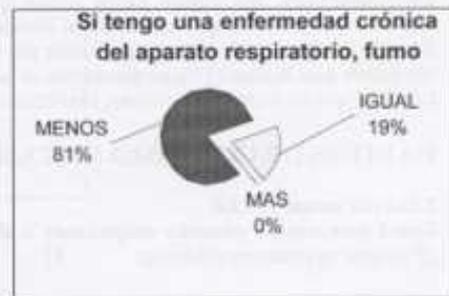
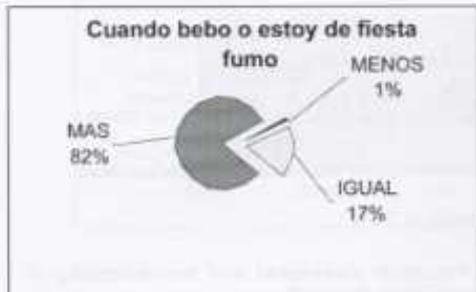
NO : 14%

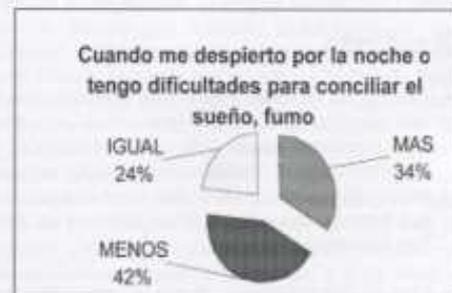
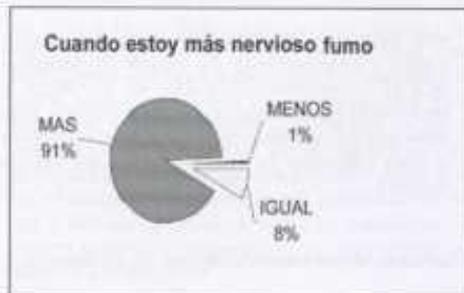
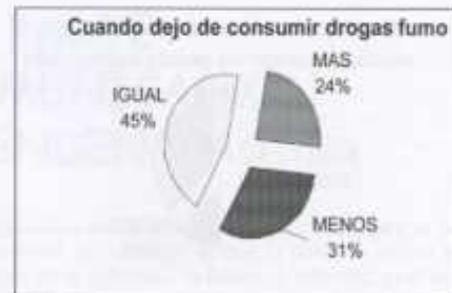
Numero de cigarrillos diarios:

Desde que estoy en el Centro de Día fumo:



Contesta a estas preguntas con más, menos o igual:

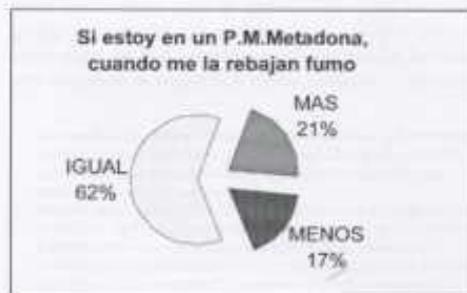




En qué otras situaciones no reflejadas fumo más:

Situaciones familiares y problemáticas, en general, y la ansiedad, la depresión y el aburrimiento han sido las aportaciones en las que mayor número de personas han coincidido.

Contestar sólo si se da el caso:



Si consumo habitualmente hachis o alcohol, cuando no puedo consumirlo



Xantinas

- **Origen:** las Xantinas son el café (cafeína), que es una planta originaria de Etiopía y que se cultiva en amplias zonas de Centroamérica y Sudamérica; el té (teofilina) originario de Asia y el cacao (teobromina), árbol que produce unas vainas llamadas piñas de donde se obtienen las semillas del cacao.
- **Vías de administración:** la vía de administración es oral normalmente se toma acompañado de infusión como puede ser el té y el café o bien directamente el cacao ya elaborada y tratado en barras o en polvo.
- **Efectos:** Son potentes estimuladores del sistema nervioso central excepto la teobromina. Producen un aumento del rendimiento intelectual y psicomotor, reducen la sensación de cansancio y sueño, producen sensación de alerta. Sus efectos indeseables son nerviosis-

mo, inquietud, temblor fino, insomnio, taquicardia y palpitaciones. Su utilización terapéutica es como broncodilatador en asmáticos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Está indicada en personas que padecen narcolepsia y para estimular la respiración de los recién nacidos.

Tolerancia/dependencia/síndrome de abstinencia.

Como sustancia de abuso induce a la tolerancia y la dependencia fisiológica que se manifiesta con un síndrome de abstinencia al cesar bruscamente su consumo. El síndrome de abstinencia está propuesto para estudio por la Asociación Psiquiátrica Americana, lo más habitual es la aparición de dolor de cabeza, y además fatiga y/o malestar general. También es frecuente la somnolencia, sensación de entecimiento e irritabilidad. El síndrome puede evitarse si se disminuye progresivamente el consumo entre 7 y 14 días.



SÉPTIMA PARTE: MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y DROGODEPENDENCIAS

Los medios de comunicación construyen diariamente una imagen de la realidad que nos rodea y la hacen pública. A través de distintas pinceladas, muchas veces inconexas, reproducen lo que ocurre a su alrededor e incluso crean opinión. Actúan como un filtro de lo cotidiano y generan gran parte del discurso social dominante porque inciden en el comportamiento que la sociedad mantiene ante determinados aspectos y además son utilizados para legitimar otros. Por ello, pueden considerarse un mecanismo de integración social. Desde algunos sectores se les atribuye el papel de ser los interlocutores entre los ciudadanos y los estamentos político-económicos o incluso los ensalzan como un mecanismo de control social¹. Sin embargo, no hay que olvidar que también son empresas².

La Asociación de Telespectadores y radioyentes estima que cada día los españoles pasan tres horas y media delante de la televisión. Algunos expertos aseguran que las nuevas generaciones configuran su visión del mundo a través de la televisión e internet y que el 90% de las imágenes que reciben son americanas (del norte, para más señas). Antes de alcanzar la mayoría de edad habrán visto 200.000 actos de agresividad extrema sin salir de casa³. Un dato que invita a la reflexión si se tiene en cuenta que la televisión es el miembro más escuchado de la familia.

En los últimos años han desaparecido los programas educativos dirigidos a los niños de las parrillas de casi todas las cadenas (La 2 -TVE- y K3 -TV3- son honorables excepciones) y en su lugar proliferan los espacios de tarde dirigidos a un público adulto, donde se aprovechan las "pausas para la publicidad" para anunciar productos para los niños. "En principio lo que debería defenderse es que las televisiones ofrecieran la máxima amplitud de registros y temas posibles y que cada

ciudadano pueda escoger a su gusto y conciencia. La realidad, sin embargo, es que la oferta se inclina al lado de la violencia y la basura. Y ante ello, ¿qué hay que hacer?. Siempre hay moralistas que lo primero que piensan es en prohibir. El propio ministro de Cultura francés, Jean-Jacques Aillagon, se ha mostrado más partidario de la "concentración" que de una "prohibición brutal". Ese debe ser el criterio. El debate debe servir para crear una cierta conciencia en la sociedad y para promover iniciativas de autorregulación. Se trata de ser conscientes de lo que ofrece la televisión hoy, de despertar el sentido crítico y de apelar a una cultura de la prudencia y de la autorregulación. Todo tiene su público, pero no todo puede ser para todo el público" (Tele-responsabilidad). Cada día resulta más imprescindible enseñar a los adultos y a los niños a entender los medios de comunicación, a describir programas televisivos con el fin de hacer "alfabetización mediática"

El profesor Edouard Markiewicz⁴ sostiene que la "sociedad del espectáculo lleva a uniformizar los pensamientos y las acciones de los seres humanos", por lo que no resulta extraño que la imagen del drogodependiente esté asociada con demasiada frecuencia a la violencia, marginalidad y delincuencia. "La trivialización de la información y la vulgarización del mensaje se inicia en la televisión y se extiende a otros medios", asegura.

Ante esta situación, ¿Cuál ha de ser el papel de los medios de comunicación ante las drogas?. El informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio de la problemática de la droga⁵ destaca que la prevención frente al consumo indebido de drogas debe ser el objetivo prioritario de la intervención pública⁶ y ha de ser una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las ONG, de

1 Los medios de comunicación son reconocidos públicamente como El cuarto poder. Una visión clásica sobre la influencia que la prensa, radio y televisión pueden desarrollar en la sociedad. No obstante, la objetividad que se presupone queda en entredicho al comprobar que son empresas y responden a unos intereses económicos, evidentes al analizar los grupos multimedia y el accionariado empresarial que los sustenta.

2 Estrella Israel y Elvira García presentaron en el II Congreso Internacional de Comunicación Social (Castellón, 1994) su comunicación "Evolución de los valores-noticia: el discurso de la autorreferencia. Un documento en el que manifiestan que se ha producido en los últimos años una espectacularización de la información y el contenido de las noticias ha pasado a ocupar un segundo plano. El modelo de referencia dominante ha dejado paso al de autorreferencia, en el que los intereses del propio medio de comunicación y las acciones de la competencia toman un mayor protagonismo.

3 Fórum Mundial de la televisión infantil. Barcelona. Noviembre 2002.

4 Tele-responsabilidad. Editorial de El País. 26 noviembre 2002. Pág.12.

5 Edouard Markiewicz pertenece a Media Action International.

6 Diciembre de 1995.



la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación. La Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al drogodependiente (UNAD)⁷ apuesta por "incidir sobre las actitudes y conductas individuales mediante la utilización de métodos informativos, persuasivos y educativos tales como: campañas informativas y de sensibilización en los medios de comunicación; material informativo y de soporte para profesionales diversos; formación dirigida a mediadores sociales; líneas telefónicas de información y apoyo; campañas comunitarias locales; diversas actividades de información dirigidas a la familia, edición y distribución de folletos informativos de carácter general; campañas dirigidas a grupos específicos de población, programas informativos en TV e intervenciones preventivas de la policía local".

La objetividad frente a las empresas de comunicación

Arthur Hays, antiguo editor del The New York Times, se preguntaba en un artículo "¿Qué es más urgente: informar a mil lectores o entretener a un millón?". Adoptar una respuesta implica un posicionamiento

ético que las empresas de comunicación suelen resolver con facilidad. Los periodistas suelen tener más dudas⁸. Entonces, ¿qué es noticia? Se calcula que un periódico suele publicar un 25% de todo el volumen informativo que recibe al día porque es necesario seleccionar la información. El escritor y periodista José Luis Martínez Albertos define la noticia como "un hecho verdadero, inédito o actual, de interés general, que se comunica a un público que pueda considerarse masivo, una vez que haya sido recogido, interpretado y valorado por los sujetos promotores que controlan el medio utilizado para la difusión". Los criterios de selección los marca la empresa, representado a pie de calle por el delegado o director de cada medio⁹. Ilya Toper¹⁰ asegura que los medios de comunicación se deben a quien paga. A las empresas anunciantes¹¹. "La información es una mercancía con una función económica", y las ONG no se distinguen por ser clientes rentables (un anuncio de veinte segundos puede costar alrededor de 12.000 euros en televisión¹²). El resto de la información que llega a una redacción se descarta o, en el mejor de los casos, se archiva.

Los medios transmiten su visión de lo cotidiano amparados en una teórica objetividad. Una argumento demasiado manipulado por algunos comuni-

- 7 El delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Gonzalo Robles, indicó durante la presentación del libro *Actuar es posible* (editado por el Ministerio del Interior) que en la actualidad hay una mayor concienciación y un mayor rechazo a las drogas entre la opinión pública que hace cuatro años, algo que se ha conseguido gracias, precisamente, a la labor de los medios de comunicación. Según Robles "antes sólo se hablaba de operaciones policíacas y aspectos sensacionalistas, pero desde el Plan Nacional sobre Drogas hemos intentado facilitar más información y documentación a los medios, hemos especializado a periodistas, hemos dado una imagen más real del submundo de la droga y hemos iniciado debates clarificadores. El libro es sólo un punto de partida y hay motivos para la esperanza". Gonzalo Robles añadió que "sin el completo apoyo de los medios de comunicación y la interacción con los profesionales de la salud comprometidos para que los mensajes de interés socio-sanitario lleguen al mayor número de personas, corremos el riesgo de que la prevención y la promoción de la salud en el terreno de las drogas no tengan una amplia repercusión en toda la población".
- 8 La UNAD agrupa a cerca de 300 asociaciones españolas y es la mayor organización no gubernamental del estado. Cuenta con unos 6.000 profesionales y alrededor de 45.000 voluntarios. Además dispone de un gabinete de prensa permanente (dirigido por un periodista) desde el que se intenta mejorar el tratamiento informativo sobre las drogodependencias. En una escala menor, la asociación PADMA, de Castellón, mantiene desde años un área de Comunicación enmarcada en prevención y edita su propia revista.
- 9 Fontcuberta, M. Estructura de la noticia periodística. ATE, Barcelona, 1980.
- 10 Resulta lamentable que en una profesión como la de periodista ser honesto resulte en algunas empresas un acto heroico.
- 11 En un informe elaborado en 1994 por una empresa especializada en comunicación institucional de ámbito nacional se plantea la siguiente pregunta: ¿Existe la noticia?. "Parece que hemos llegado a un extremo en el que la actualidad no la marca la realidad de los hechos, sino el talento de medios y periodistas empeñados en diferenciarse del resto -tratando temas más que el centro informativo- buscando su propio protagonismo por encima de cualquier otra consideración. El intercambio de papeles que se está produciendo en la prensa española, en donde no se sabe muy bien si los periodistas actúan de políticos y éstos de periodistas, formando entre ambos colectivos un extraño amasijo de intereses que pugnan por marcar tendencias, no parece que traiga nada bueno. Los ciudadanos, pueden que hayan descontado el incuestionable hecho de que las empresas periodísticas y muchos periodistas están sujetos a las normas que marca una sociedad de mercado e ideológicamente plural, pero de ahí a negarles, también, que el sujeto, el verbo y el predicado correspondan a la realidad de los acontecimientos, supose no sólo una grosería sino un atentado a la libertad de información".
- 12 Ilya U. Topper es directora de comunicación de Save Children, España.
- 13 Resulta curioso constatar cómo esas mismas empresas que colaboran en campañas de tipo preventivo en relación con las drogas, no tienen empacho alguno en contribuir al mismo tiempo en la publicidad de cualquier producto capaz de crear dependencia. Incluso, en ocasiones, por iniciativa propia, organizan campañas contra la droga como obra benéfica en espacio y tiempos libres dentro de su negocio millonario. Tampoco conviene olvidar que son las propias empresas dedicadas a promocionar productos como alcohol, tabaco, etc., quienes lanzan campañas preventivas. (Vega, 1983; Espósito, 1994).
- 14 Jesús Timoteo Álvarez, profesor de Historia de la Comunicación e investigador, explica que las agencias de publicidad funcionan cada día más como las imprentas. Cada vez están más exprimidas y han dejado de lado sectores productivos a favor de la creatividad. Otras empresas de comunicación han recogido el testigo y empiezan a proliferar. Son las que ganan más contratando espacios y diseñando la estrategia de actuación así como la relación con los medios. Estos nuevos actores en la comunicación han copado el papel económico dentro de la publicidad. (Aglomeración en el hipersector: áreas de negocio, productos y líneas de financiación para una nueva era de información/comunicación. Castellón, II Congreso Internacional de la Comunicación Social, Generalitat Valenciana, 1994).

cadres para legitimar las informaciones que han convertido en noticia. Así, la realidad puede ser muy distinta según el medio que la transmita. Estos tres titulares corresponden a la misma noticia¹⁵.

<p>El País Un cura, denunciado por pagar con dinero falso a una prostituta en la Casa de Campo</p>
<p>El Mundo Un cura, detenido por pagar a una prostituta con billetes fotocopiados</p>
<p>Abc El párroco de la Visitación, víctima de un montaje</p>

De cada uno se desprende una interpretación diferente del mismo hecho¹⁶. Tres visiones sobre un mismo acontecimiento que dejan entrever una segunda lectura (intencionada) de lo ocurrido. La objetividad, por lo tanto, es en esencia un concepto inalcanzable, una fina línea a la que el periodista se puede acercar o pasar. Lo que importa es la intención de ser objetivo, tratar de transmitir la realidad de la forma más amplia posible teniendo en cuenta que todos los hechos ya están valorados. No obstante, la razón está supeditada a otros intereses (económicos, políticos, editoriales) maquillados como periodísticos¹⁷. En estas consideraciones es donde el sensacionalismo se convierte en un argumento que resulta rentable. "El sufrimiento como espectáculo genera más interés y dividendos", reconoce Topor. Y ya se sabe... la audiencia manda, sobre todo en televisión. Así que, los testimonios personales son un

material codiciado cuando los periodistas intentan acercarse al mundo de las drogodependencias (sobre todo en televisión). Pero, no hay que olvidar que un mal uso de esta información o la torpeza del comunicador a la hora de informar puede resultar contraproducente¹⁸. Por ello, algunas ONG prefieren no prestarse a este juego para acaparar protagonismo en los medios de comunicación y buscan otros caminos.

En febrero de 2002, se celebró en Porto Alegre (Brasil) el II Foro Social Mundial. El encuentro sirvió de marco para realizar un taller sobre globalización y comunicación, en el que participó el director en París del mensual *Le Monde Diplomatique* Ignacio Ramonet¹⁹. Durante su intervención, Ramonet abordó los intereses comunes que se establecen entre los medios de comunicación y los grupos de poder, e hizo especial hincapié en la democratización de las comunicaciones y los medios. El periodista y profesor de teoría de la comunicación audiovisual explicó que en la actualidad es necesario verificar la información elaborada por los grandes medios de comunicación, por considerar que no es independiente y responde a la ideología de las grandes corporaciones de la comunicación y la información en el mundo. "La contrainformación debe construirse con la verdad", advirtió.

El "problema" de las drogas

Las encuestas realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas revelan que la droga se mantiene como uno de los problemas que más inquietud genera en la sociedad española. A un nivel

15 Titulares extraídos de las jornadas de medios de comunicación y drogas, organizadas por la UNAD, Castellón, 2001.

16 El 11 de septiembre de 2001 está inmediatamente asociado al atentado contra las Torres Gemelas. Todas las cadenas emitieron programas especiales el día que se conmemoraba el primer aniversario del ataque terrorista. Veintiocho años antes, un 11 de septiembre de 1973, cambió de forma brusca el sistema democrático en Chile. El general Augusto Pinochet asumió el poder tras derrocar al presidente electo en las urnas, el socialista Salvador Allende. Una conmemoración que ha tenido mucha menos repercusión.

17 Los principales grupos de comunicación españoles son, Grupo Prisa (www.prisa.es), Grupo Correo-Prensa Española (www.grupocorreoprensaespañola.com), Grupo Zeta (www.grupozeta.es), Grupo Recoletos (www.recoletos.es), Editorial Prensa Ibérica (www.epi.es), Grupo Godó (www.grupogodo.net), Grupo Joly (www.diariodecadiz.com), www.eldiadicordoba.com, www.diariodejerez.com, www.diariodesevilla.com y www.euripasar.com, Grupo Radio-Televisión Española (www.rteve.es), Grupo Motorpress Ibérica (www.motorpress-iberica.es).

18 "La Unión de Consumidores publicó un artículo con el título *Cómo convertir la droga en una amenaza de alcance nacional*, que rescataba la historia de cómo habían sido manejados algunos de los primeros casos de inhalación de cola. A comienzos de los años 60 se habían producido algunos casos de muerte por esta causa. La prensa insistió sobre ellos una y otra vez, aunque no había pruebas inequívocas de que ninguno de ellos fuera debido indudablemente a la cola. Un periódico de Denver investigó los informes de algunos incidentes de inhalación de cola producidos en Arizona y Colorado. Publicaron los casos con impresionantes titulares combinados con ilustraciones e instrucciones sobre "cómo se hace". Los informes siguieron publicándose en otras partes, y en el término de unos años, un problema bastante secundario había sido artificialmente elevado a la categoría de epidemia nacional, con reacciones colectivas de pánico, y probablemente se habían incrementado los casos de inhalación de colas en lugares peligrosos. El esfuerzo por conseguir que el miedo aparte a la gente del consumo de drogas ilícitas les ha servido de publicidad, y de esta manera han popularizado las mismas drogas que atacaba. El impacto del constante machacar sobre historias de drogas y menajes antidroga, en los ojos y oídos de los jóvenes, es claramente discernible: basta con que miremos a nuestro alrededor". Kenneth Leach. *Lo que todo el mundo debe saber sobre las drogas*, Plaza&Janés, 1985, pp. 111.

19 Ignacio Ramonet, especialista en geopolítica y estrategia internacional, doctor en semiología y en historia de la cultura en la Escuela de Altos Estudios de Ciencias Sociales de París, director en París del mensual *Le Monde Diplomatique*, profesor de teoría de la comunicación audiovisual en la universidad Denis - Diderot de París.

muy similar se sitúan el terrorismo y el paro. Los porcentajes oscilan y apuntan ligeras variaciones pero la tendencia a ocupar una de las primeras posiciones entre las preocupaciones de los entrevistados se mantiene durante los últimos años de forma inalterable. Las drogas se han convertido en algo cotidiano²⁰. Están presentes en todos los espacios de la sociedad a pesar de que siempre se las ha intentado arrinconar. Aparecen en las aulas y también en las empresas y ya hace tiempo que rompieron las barreras sociales. A su alrededor se ha construido una imagen -mezcla de tópicos y realidad- que convierte al drogodependiente en un delincuente o un marginado social mientras que la enfermedad queda en un segundo plano. Una idea a la que resulta complicado dar la vuelta para ver su otra cara y que los medios de comunicación han ayudado a construir. Una breve aproximación al tratamiento de las drogas en la prensa durante los últimos cuarenta años ayuda a comprender la visión actual.

En la década de los años 60 la imagen del consumidor corresponde a colectivos de pobreza o marginalidad. La droga constituye un problema personal. Aunque no es legal su consumo, no existe una presión social hacia su control, precisamente porque no se percibe como problema social.

En la década de los 70 comienza la identificación del consumidor como persona joven, con una actitud crítica hacia lo social, lo político, las formas de vida convencionales. Los consumidores son asociados al peligro de revuelta social que representan sus ideas y posicionamientos. Si el consumidor es peligroso, la alternativa es represiva: es necesario controlar y castigar al delincuente.

A medida que transcurren los años 80 la información social va confirmando una imagen de extensión progresiva del consumo de drogas. La droga es como un pulpo cuyos tentáculos van abarcando y enganchando personas pertenecientes a diversos espacios sociales. En los primeros años de la década, al hachis y la marihuana se suma el protagonismo del consumo de heroína, vinculado preferentemente a colectivos jóvenes, provenientes de la clase proletaria, sin expectativas del

éxito social fácil y rápido que los propios medios se encargan de difundir en la época. El consumo de heroína se asocia a marginalidad, delincuencia, criminalidad, por lo que se difunde la idea de necesidad de mantenimiento de control y orden social. A medida que avanza la década aumenta asimismo el protagonismo del consumo de cocaína, identificado con un consumidor situado en el otro extremo del abanico social: persona activa, de amplias relaciones sociales, éxito personal/profesional.

En los 90 emerge y se va consolidando un nuevo consumo de nuevas sustancias de síntesis. Los medios confirman la imagen de iniciación en el hábito de este consumo entre colectivos cada vez más amplios de jóvenes que proceden de clases medias e integradas. Existe una nueva marginación social motivada por la situación del mercado de trabajo que elimina las expectativas de integración al mundo activo entre la mayoría de jóvenes, lo que conduce a una frustración personal que, entre otras cosas, se manifiesta en nuevas formas de ocio, nuevas formas de relaciones colectivas y de habitación, de espacios públicos y privados. Esta generalización del consumo tiene como consecuencia el protagonismo del problema de la droga entre las más profundas y difundidas preocupaciones sociales; también paralelamente un mayor eco, pero con distinto tratamiento que en otras épocas, en los medios de comunicación social²¹.

Antonio Escobedo, profesor de derecho, filosofía y sociología y autor de la Historia de las drogas, sostiene que "al igual que todas las demás cosas del mundo, las drogas pueden hacernos daño, justificar que obremos indignamente y contribuir al embrutecimiento de individuos y grupos. Pero lo que en verdad mata o hiere no es el espíritu (forzosamente neutral) de una planta o un compuesto químico, sino la ignorancia, la mala fe, el alarmismo analfabeto y contraproducente, el sistemático olvido de la ebruidad como una rama de las bellas artes. La estafa prohibicionista -cuyos intereses coinciden tan puntualmente con los del traficante ilegal- no ha logrado que estos productos dejen de interesar a la población, y mucho menos a los jóvenes. Tan sólo ha conseguido que bastantes asimilen los clichés propa-

20 Juan Carlos Unó constata en su obra *Drogas y cultura de masas (España 1855-1955)* que "la opinión pública ha manifestado en reiteradas ocasiones su enorme preocupación por el "problema" de las drogas, anteponiéndolo, a veces, al desempleo y el terrorismo. Con todo, ningún partido de masas ha querido entender que, al menos, parte de la alarma social está motivada por una galopante corrupción". Para justificar esta situación muestra una selección de titulares de noticias publicadas entre 1984 y 1989. Algunos ejemplos son: Desaparecen 150 kilos de cocaína aprehendidos por la policía de Irún y nadie lo investiga (El País, 18-2-1990, p. 16), Madres contra la droga acusan a la policía y la guardia civil de tráfico de estupefacientes (Las Provincias, 11-5-10-1991, p.6), El Poder Judicial suspende de sus funciones a un juez relacionado presuntamente con el narcotráfico (El País, 2-8-1990, p. 13), La Guardia Civil pagó 10 millones a un confederate a cambio de información. Además desaparecieron 38 kilos de cocaína (Levante de Castelló, 7-7-1993, p. 23) o (Pablo Castellano: "Hay complicidad de funcionarios en el tráfico de drogas" (Las Provincias, 26-10-1991, p. 9).

21 Datos extraídos del estudio *Tratamiento periodístico de las drogas y las drogodependencias*. Coordinadora de ONCs que interviene en Drogodependencias, 1996.

gandísticos y recurran a ellos para hacerse con una coartada social y psicológica, que cunda una histeria de masas fomentada por la desinformación, y que padezcamos la inermidad de vulgares cobayas para el inmenso negocio, crueles y necios los unos para con los otros”²².

Modelos y perfiles

La prensa, radio y televisión abordan el problema de las drogas desde tres dimensiones: producción, tráfico y consumo. “La producción es una dimensión marginal en el relato periodístico acerca del fenómeno de las drogas, son muy pocas las noticias que se refieren a cuestiones relacionadas con la producción de estas sustancias y, casi siempre, referidas a países del tercer mundo que se dedican a su cultivo”, reconoce un estudio elaborado por la

Coordinadora de ONG que intervienen en drogodependencias. El discurso dominante sobre las drogas en prensa “se apoya sobre las dimensiones del tráfico y del consumo, donde es visible la acción de las autoridades españolas”, añade la investigación realizada por el Colectivo Abierto de Sociología, “de modo que se puede decir que, en términos generales, el relato de la prensa acerca del problema de la droga consiste fundamentalmente en la narración de las acciones represivas emprendidas por los distintos poderes institucionales contra el tráfico de sustancias ilegales”.

En torno a estas dimensiones, los medios de comunicación construyen una visión que transmiten como real y en la que se pueden establecer tres tipos de discurso: represivo-institucional, médico-sanitario y asistencial-social, dentro de los que se pueden enmarcar las noticias sobre producción, tráfico y consumo de drogas²³.

	REPRESIVO INSTITUCIONAL	MÉDICO SANITARIO	ASISTENCIAL SOCIAL
PRODUCCIÓN	<p>Destrucción de plantaciones: demostración del control de las autoridades sobre los cultivos</p> <p>Negación de la implicación de las autoridades en la producción</p>	<p>Aplicación del conocimiento científico para la elaboración de drogas de diseño</p>	<p>Demanda de fondos de la comunidad internacional para reconvertir los cultivos</p>
TRÁFICO	<p>Narcotráfico</p> <p>Carteles (El poder, contexto internacional, Colombia). Bandas (La disputa por el espacio). Correos (La audacia policial contra la picaresca)</p>	<p>Organismos para el control del mercado de fármacos y terapias</p> <p>Las prohibiciones de fármacos hasta el momento autorizados en el mercado</p>	<p>Patrocinio empresarial de “la lucha contra la droga”</p> <p>Premios honoríficos</p> <p>Actos de beneficencia</p>
CONSUMO	<p>Inspecciones de discotecas y lugares de ocio juvenil (el riesgo, la sospecha)</p> <p>Las políticas estatales frente al consumo de drogas</p>	<p>Terapias ultrarrápidas de desintoxicación</p> <p>La utilización de las drogas bajo control médico</p>	<p>Éxtasis y ocio juvenil. Las nuevas sustancias y sus efectos</p> <p>Datos estadísticos sobre consumo de drogas</p> <p>Accidentes derivados del consumo</p>

²² Prólogo de la obra *Drogas y cultura de masas (España 1855-1995)* escrita por Juan Carlos Usó

²³ Tratamiento periodístico de las drogas y las drogodependencias. Coordinadora de ONGs que intervienen en drogodependencias. 1996. Pág. 120.

Los medios de comunicación han creado una imagen de las drogas en la que resulta complicado deshacer algunos tópicos. La mera clasificación de las drogas en duras y blandas se ha convertido en un estereotipo que ya no se ajusta a la realidad. "Estos conceptos presentan una forma de clasificación simplista de las drogas, basado en criterios de peligrosidad, que tuvo una gran aceptación social en los años 80 y que actualmente no se utiliza en contextos profesionales por inexacto. Hoy en día se sabe que la peligrosidad de las sustancias psicoactivas depende, a parte del tipo de sustancia en sí y su grado de toxicidad, de la vía de administración y de la dosis, entre otros aspectos. Utilizar la distinción entre duras y blandas cuando se habla de drogas en estos momentos, además de incorrecto desde el punto de vista científico, provoca el afianzamiento de actitudes ineficaces para la prevención, en ciertos sectores de la población"²⁴.

Del mismo modo, es frecuente en los periodistas que no están familiarizados con las drogas, convertir el síndrome de abstinencia (mono) en el momento más importante de todo el proceso, cuando es tan sólo la primera fase de un largo tratamiento con un intenso trabajo de "desintoxicación psicológica". En algunas ONG la recaída se contempla como un elemento más dentro proceso terapéutico que, en caso de producirse, obliga a replantear el tratamiento pero que no supone de forma automática la expulsión del usuario... no existe un Bálamo de Fierabrás. Tener los anticuerpos del VIH no significa desarrollar el virus del Sida. Además, es contraproducente que se designe a las drogas de síntesis con el sugerente nombre de drogas de diseño, puesto que esta denominación resulta atractiva para los jóvenes y no hay que olvidar que el tabaco y el alcohol también son drogas.

La visión del drogodependiente como un individuo marginal no se ajusta a la realidad. La mayoría de los consumidores habituales de drogas están completamente integrados en la sociedad, la familia el trabajo o los centros docentes. Cada año la mayoría de las ONG suelen elaborar un perfil

sobre los casos que han atendido y los remiten a la administración que financia sus programas. Un documento básico para comprobar la evolución de los enfermos, del que se pueden extraer algunas líneas básicas para adaptar las respuestas sociales ante las nuevas realidades que demanda el fenómeno de las drogas. Y aunque desde algunos sectores se repite que "el problema de las drogas ha empeorado", el número de consumidores de drogas ilegales no ha ido en retroceso durante los últimos años, tal y como sostiene el historiador Juan Carlos Usó. "Además de unos 4.000.000 alcohólicos, según cálculos del Centro de Investigaciones Sociológicas, aproximadamente 300.000 españoles han probado alguna vez la heroína, de los cuales el Instituto de Documentación sobre Drogodependencias estima que unos 70.000 son adictos. Otras fuentes, como la Organización Colegial de Enfermería, elevan -con total exageración- hasta 550.000 el número de consumidores habituales del opiáceo. En cualquier caso, a la población total de heroínómanos habría que agregar otros 93.000 adictos a analgésicos morfínicos. Las sustancias psicoactivas ilícitas preferidas por los españoles siguen siendo el cáñamo y sus derivados. Según una encuesta realizada en enero de 1985 por el Equipo de Investigación Sociológica, en España había unos 990.000 usuarios habituales de cannabis"²⁵. Las cifras se han estabilizado pese al auge del sector dedicado a la prevención, tratamiento y rehabilitación de toxicómanos.

Son tan sólo algunas ideas que intentan poner en evidencia que el tratamiento informativo sobre las drogodependencias es bastante frágil y se basa, en su mayoría, en convicciones superficiales, ya que existe un desconocimiento sobre los temas que afectan al desarrollo²⁶. No existen periodistas especializados en drogodependencias y las principales fuentes de información sobre drogas son en la mayoría de los casos los poderes públicos. Las páginas de sucesos no son el único espacio que pueden ocupar los drogodependientes en los periódicos. Sanidad, salud, sociedad pueden completar una visión más global

24 Medios de comunicación y drogodependencias. Actuar es posible. Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre drogas. Madrid, 2000 (p.121)

25 Usó, Juan Carlos. Drogas y cultura de masas (España 1855-1995). Santillana. Taurus, Madrid, 1996 (p.361)

26 "Hace tiempo que la Organización Mundial de la Salud alerta ante planteamientos simplistas que pretenden resolver problemas complejos y evidentemente mal conocidos con inyecciones de información. 'Con frecuencia se ha dicho que la farmacodependencia podría evitarse mediante sencillos programas de información al público; por desgracia, no existen pruebas a favor de esta información optimista y en cambio hay muchas razones para dudar de ella' (OMS, 1971). Y señala en otro informe técnico posterior: 'Por exacta, convincente y adecuada que sea, la información por sí sola no influirá necesariamente sobre el comportamiento hasta que el individuo no la relacione con sus experiencias, percepciones, sentimientos, valores y modo de vida propios... La información relativa al uso de las drogas no debe presentarse a grupos numerosos, o incluso más pequeños, sin dar a los interesados la oportunidad de discutir con una persona bien informada en un grupo suficientemente reducido para establecer una comunicación eficaz en ambos sectores, es decir, sin adoptar un criterio más educativo que informativo' (OMS, 1974)". Los medios de comunicación social y las drogas: entre la publicidad y el control social. Amando Vega Fuente. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad del País Vasco, 1994.



sobre este fenómeno". Internet representa rapidez y abundancia pero no garantiza la veracidad de la información.

Las ONG: Fuentes de información

"En 1983 había en España 68 centros ambulatorios que trataban heroínómanos y 40 comunidades terapéuticas, casi exclusivamente dedicadas a este tipo de drogodependientes. En 1986 había ya 170 centros y 62 comunidades, en los que la administración invirtió unos 800 millones de pesetas, cantidad que en 1989 ascendió a 13.390 millones de pesetas (...). En 1995 existían más de 500 centros asistenciales, 70 comunidades terapéuticas y más de 30 clínicas particulares, así como 100 centros de dispensaciones de metadona y 40 centros con camas para desintoxicaciones financiados con dinero público²⁸. El movimiento asociativo dio el primer paso. Las primeras respuestas ante la problemática que generan las drogodependencias la asumieron las ONG y desde entonces han cubierto un espacio que el estado había descuidado. Durante la última década la privatización de los servicios sociales ha potenciado todavía más el peso de las ONG y el tejido asociativo ha cobrado un protagonismo social importante. No obstante, las principales fuentes de información de los periodistas que cubren las informaciones relacionadas con las drogodependencias son de carácter policial o jurídico. La mayoría de las asociaciones carecen de una política de comunicación definida, se mueven por impulsos (la presentación de un acto social o una memoria anual) y suelen moderar sus declaraciones ante el peligro que supone una drástica reducción de las subvenciones gubernamentales.

La comunicación social no suele tener un espacio definido en el movimiento asociativo. Salvo en las grandes ONG nacionales (FAD, UNAD), que invierten en publicidad y disponen de gabinetes de prensa, los limitados recursos de las entidades locales permiten muy poco margen para destinar parte del presupuesto anual (y finalista) a crear un área específica de comunicación. La res-

ponsabilidad de atender a los medios suele recaer en el presidente, director

técnico o el responsable de turno, que se convierte así en el portavoz de la entidad. El periodista es un visitante ocasional. Incluso cuando se convoca una rueda de prensa. La comunicación resulta poco fluida en este contexto, así que la legitimidad y popularidad de las ONG locales se debe al aumento de la gravedad de los asuntos que abordan, más que a sus políticas y estrategias de comunicación. Las asociaciones deben reforzar su papel como fuentes de información especializada y fiable.

"La presencia de las ONG en la escena mediática ni se ha conseguido estabilizar y ni se corresponde con las ambiciones de las organizaciones no lucrativas" asegura Javier Erro. El objetivo es mantener el control de los productos comunicativos que se difunden y al mismo tiempo seguir expuestas a los medios de comunicación. Sin embargo, para ello es necesario incorporar un área específica en el organigrama de las ONG destinada a la comunicación, en un sentido amplio. Es necesario romper el silencio (incluso gritar de vez en cuando), adaptar las técnicas y la filosofía procedentes de la comunicación empresarial y asumir la función de ser una fuente de información más para el periodista. Las ONG no son neutrales y sugieren lecturas y sentidos determinados. Un papel que la administración (local, autonómica y central) no suele ver con buenos ojos y que intenta controlar.

Una nueva mirada ante el fenómeno de las drogas

"Las ONG carecen de un marco comunicativo propio en el que puedan enmarcar y recrear su relación con los aparatos culturales de la comunicación mercadeada y construir unas prácticas comunicativas específicas para la solidaridad y el desarrollo". Por ello han de recurrir a los medios de comunicación para difundir sus mensajes²⁹. No es

27 A lo largo de las jornadas Actuar es posible, organizadas por el PNSD y la Fundación Salud y Comunidad, el redactor jefe de La Vanguardia, Eduardo Martín de Prada, lamentó que el tema de las drogodependencias se aborde en la actualidad en páginas de sucesos porque "es una información que viene poco". Martín de Prada añadió que existe un desinterés general del tema que minimiza el problema y no da importancia a datos como el que cada año se blanquean en el Área del Caribe un billón de pesetas provenientes del tráfico de drogas. Sin embargo, recordó que lo poco que se sabe sobre drogas a nivel general se conoce gracias a los medios. (16 febrero 2000)

28 Drogas y cultura de masas (España 1855-1995). Juan Carlos Utró. (p. 359).

29 El Informe Mac Bride enfatiza el papel de la comunicación sobre el de la información. La comunicación se considera un derecho social y una necesidad colectiva de cada sociedad, un instrumento de educación, un pre-requisito para la participación política, y el principal instrumento a través del cual se expresan, se vinculan o se perpetúan las culturas. También es un instrumento eje en la manera como la economía contemporánea se está organizando. El informe también establece que la libertad de prensa es el ejercicio de un derecho fundamental del hombre, el cual debe ir paralelo con otras libertades (de asociación, de reunión, de manifestación para reparar injusticias, de pertenecer a sindicatos), como un componente de la totalidad del derecho de los individuos a comunicarse, y que cualquier obstáculo que interrumpa o altere a estas libertades, atenta contra la libertad de expresión. La reivindicación de una democratización de la comunicación tiene múltiples connotaciones, muchas más de las que se suele creer. Comprende evidentemente el suministro de medios más numerosos y más variados a un mayor número de personas, pero no puede reducirse simplemente a unos aspectos cuantitativos y a un suplemento de material. Implica un acceso mayor del público a los medios de comunicación existentes pero el acceso no es sino uno de los aspectos de la democratización. Significa también unas posibilidades mayores para las naciones, las fuerzas políticas, las comunidades culturales, las entidades económicas y los grupos sociales de intercambiar informaciones en un mayor plano de igualdad, sin una dominación de los elementos más débiles y sin discriminaciones contra nadie. En otras palabras, significa un cambio de perspectiva.



suficiente con desarrollar programas de prevención, tratamiento o reinserción sobre drogodependencias, celebrar actos sociales (Día Internacional de lucha contra el tráfico ilícito de drogas, Día Internacional del Sida, Día del voluntariado...), elaborar jornadas o sesudas memorias anuales para sus benefactores... "debemos construir un marco comunicativo que sea capaz de abordar la riqueza y complejidad de las realidades cotidianas (...) La solidaridad y el desarro-

llo requieren una nueva forma de entender lo comunicativo. Un nuevo pacto social"³⁰. Además de crear opinión es necesario que la población esté bien informada, sea solidaria y esté comprometida con temas de desarrollo, por lo que será necesario que se elaboren mensajes de calidad y coherentes con los valores sociales y éticos que se pretende fomentar. "Consumir solidaridad no supone construirla, sino desactivarla"³¹.

30 "No basta la información, si, al mismo tiempo, el individuo no dispone de los métodos adecuados para dirigirla. En este sentido, tal como señala la OMS "la información por sí sola no influirá necesariamente sobre el comportamiento hasta que el individuo no la relacione con sus experiencias, sentimientos, valores y modo de vida propio". Los medios de comunicación social y las drogas: entre la publicidad y el control social, Armando Vega Fuente. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Universidad del País Vasco. 1994.
31 Javier Eiro. Las prácticas comunicativas de las ONGD.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- ESCOHOTADO, A. (1989) *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza.
- GRUP IGIA y COLS. (2000) *Contextos sujetos y drogas: un manual de evaluación multidimensional en los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.
- LES HEURES, UNIVERSIDAD DE BARCELONA VIRTUAL (2001-2002). *Apuntes del máster en drogodependencias*. On-line webct.heures.ub.es.
- LEWIN, L. (1970) *Phantastica, les paradis artificiels*. Paris: Les editions Payot.
- NACIONES UNIDAS (1992) *Las Naciones Unidas y la fiscalización del uso indebido de drogas*. DPI/T015/Rev.1, Nueva York.
- SNYDER, S. (1996) *Drogas y cerebro*. Barcelona: Prensa científica.
- SUSANA MENDEZ GAGO y EUSEBIO MEGÍAS VENEZUELA (2002) *Prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar*. UB VIRTUAL.

VIDEOGRAFÍA

- *La Fiesta*. Prevención del hábito tabáquico y del consumo de alcohol en población escolar. Refuerzo de actitudes de resistencia a la presión de grupo y del entorno. Año 1999. Duración 25m. Instituto Municipal de Salud Pública. Ayuntamiento de Barcelona.
- *Atención pastillas*. Material de apoyo en actuaciones preventivas sobre drogas sintéticas dirigido a jóvenes. Año 1999. Duración 10 m. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.
- *La Historia de Pascal*. Fábula descriptiva sobre la adicción y sus consecuencias. Duración 15m. Edita la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- *Análisis de la publicidad de bebidas alcohólicas. Análisis cuantitativo sobre algunas bebidas alcohólicas*. Duración 13m. Año 1991. Edita Educación para la Salud.
- *Pares, mares i adolescents. Material de apoyo en actuaciones preventivas*. Grup Igia. Edita Ayuntamiento de Barcelona.
- *Dirlata. Material de apoyo del programa de prevención familiar*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- *Barbacana. Material para la prevención en enseñanza secundaria*. Generalitat Valenciana. INID.
- *Drogas de síntesis. Material de apoyo para la prevención en secundaria*. Plan Nacional sobre Drogas.

PÁGINAS WEB

- Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas. www.mit.es/pnd
- Observatorio Europeo sobre la Droga y la Toxicomanía. www.emcdda.org
- National institute on Drug Abuse (NIDA). www.nida.nih.gov
- Comisión interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (CICAD) www.oea.org
- Organización Mundial de la Salud (programa de Abuso de Sustancias). www.who.int/substance_abuse
- Naciones Unidas – united nations drugs control programa. www.undcp.org
- Addiction Research Foundation. www.arf.org
- Alconline. www.mic.ki.sei
- Alcoholics anonymous. www.recovery.org/aa/
- Drug Enforcement Administration. www.fda.gov/fdahomepage.htm
- Fundación cerebro y mente. www.cermente@mad.Servicom.es
- Fundación de Ayuda contra la drogadicción. www.fad.es
- Idea prevención. www.idea-prevencion.com
- Socidrogalcohol. www.socidrogalcohol.com
- Sociedad Española de Toxicomanías. www.setox.org
- World Health Organization (WHO). www.who.ch
- Información general. www.arrakis.es/iea/ayuda.htm
- Página animada con información para jóvenes. www.tardis.imsb.ben.es
- Centro de Documentación y Bases de Datos de la FAD. www.eurosur.org/TAD/centrodo.htm
- Instituto nacional para la investigación en drogodependencia. inid.umh.es
- La unión europea contra la droga. europa.eu.int/pol/drug/index_es.htm

Colabora:



DIPUTACIÓ
D' E
CASTELLÓ

La venta de esta revista queda prohibida, no se admiten donativos por ella.