

Plan Nacional sobre Drogas

SERVICIOS SOCIALES Y DROGODEPENDENCIAS



**ACTUAR ES
POSIBLE**

**SERVICIOS SOCIALES Y
DROGODEPENDENCIAS**

**Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas**

AUTORES

Carmen Sánchez Moro
Inmaculada Aguilar
Javier Jiménez
Montserrat Castanyer (Coordinación)

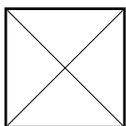
COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

Emiliano Martín
Pilar Álvarez
Manuel Porras
Rosario García Nadal
Victoria Bermejo
Pilar García Fonseca
Francisco Monteserín

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Eugenio Rodríguez

EDITA Y DISTRIBUYE



MINISTERIO DEL INTERIOR

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Secretaría General Técnica

ISBN: 84-8150-176-X

NIPO: 126-98-003-2

Depósito Legal: M-6946-1998

IMPRIME

B.O.E.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1: LA COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA DE LOS CONSUMOS DE DROGAS	11
1.1 El uso y abuso de drogas: fenómeno social, dinámico y en evolución	11
1.2 Valoración social del problema	14
1.3 Problema multidimensional	18
1.4 Diversos consumos para diversas sustancias	22
CAPÍTULO 2: LA DIMENSIÓN COMUNITARIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES	29
2.1 Coordinación en los equipos	34
2.2 Coordinación intersectorial	34
2.3 Coordinación con servicios especializados	37
2.4 Coordinación con la iniciativa social	38
CAPÍTULO 3: LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES	41
3.1 Factores de riesgo y factores de protección	42
3.2 Destinatarios	49
3.3 Objetivos y estrategias	50
3.4 La prevención comunitaria	53
3.5 Principios y criterios generales de los programas de prevención	59

3.6	Proceso y metodología de los programas de prevención ...	60
3.7	La evaluación de los programas de prevención	63
CAPÍTULO 4: LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGAS DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES		65
4.1	Análisis y reconocimiento del problema	70
4.2	Valoración	78
4.3	Atención y tratamiento	83
4.4	Los servicios especializados en drogodependencias.....	87
CAPÍTULO 5: LA INSERCIÓN SOCIAL		93
ANEXO 1: EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS		109
ANEXO 2: DIRECCIONES DE INTERÉS		113
ANEXO 3: BIBLIOGRAFÍA		119



PRESENTACIÓN

Desde la aprobación por el Gobierno del Plan de Medidas para Luchar contra las Drogas en enero de 1997, se han incorporado tres nuevos títulos a la serie “Actuar es posible”: *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*, *La prevención de las drogodependencias en la familia*, y éste que ahora ve la luz, *Servicios sociales y drogodependencias*.

Estos tres títulos responden a la importancia clave que desde el Plan Nacional sobre Drogas atribuimos a la escuela, la familia y el ámbito comunitario en la intervención para la prevención y la atención a las drogodependencias. Como reiteramos en todos nuestros mensajes, éstos son los pilares sobre los que consideramos deben sustentarse las políticas de prevención en nuestro país. A ellos habría que añadir la concienciación social a través de los medios de comunicación social.

En efecto, las personas se forman como tales en primera instancia en el ámbito familiar, para pasar luego al ámbito escolar, al tiempo que, simultáneamente van ocupando su lugar en el marco comunitario o social. Es por ello que estas tres publicaciones se plantean como objetivo ayudar a los miembros de la familia, los participantes en la comunidad educativa y los profesionales que trabajan en el ámbito comunitario en esta tarea de formación y sensibilización ante un problema de la trascendencia que tienen las drogodependencias. Todos ellos constituyen el núcleo básico de los “mediadores sociales” capaces de hacer realidad una estrategia preventiva.

En concreto, la obra que ahora presentamos va dirigida a los profesionales que trabajan en los servicios sociales, tanto los de carácter general, como aquellos especializados en drogas, y se plantea como una reflexión sobre el papel que hoy pueden y deben cumplir estos profesionales en la atención y prevención de las drogodependencias, al tiempo que quiere servir de estímulo para incitarles a una mayor implicación en estas tareas.

En su supervisión ha tenido una participación activa la Secretaría General de Asuntos Sociales. Del mismo modo, contamos con su colaboración y apoyo para garantizar su aplicación y difusión, sin los cuales nuestra tarea en este ámbito sería inviable. Cada vez es más clara la necesidad de abordar el tema de las drogodependencias desde una perspectiva global, y la intervención de los servicios sociales se configura como una de las aportaciones más valiosas dentro de esa concepción.

Esperamos que la lectura de las páginas que siguen sea fuente de debate y reflexión entre todos los profesionales de los servicios sociales y les ayude en su diaria tarea de contribuir al bienestar social.

Gonzalo Robles Orozco

Delegado del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas



Introducción

El desarrollo e implantación generalizada de los servicios sociales a lo largo de las dos últimas décadas en nuestro país ha significado un avance muy importante en la atención a la población.

Los servicios sociales, por su inserción local en una comunidad y su carácter polivalente, se han ido convirtiendo en punto de referencia y en lugar privilegiado de articulación de respuestas a las necesidades de una población. La complejidad de la realidad social ha llevado también a una especialización en respuestas, creándose los distintos niveles de atención: primaria y especializada.

La problemática que suscita el consumo abusivo de drogas ha generado una respuesta desde los servicios sociales que ha ido variando en el tiempo, desde Servicios Sociales Generales a Servicios Especializados. Utilizaremos la denominación de Servicios Sociales Generales para referirnos a los servicios sociales de nivel básico y primario que reciben diversas denominaciones en las diferentes Comunidades Autónomas (servicios sociales comunitarios, de atención primaria, etc.).

En este momento, parece necesario realizar una reflexión sobre el papel que estos Servicios Sociales Generales desempeñan, teniendo en cuenta la dinámica propia de estos servicios en proceso continuo de cambio, así como la diversidad de desarrollo en las diferentes Comunidades Autónomas.

Esta publicación no pretende ser un “recetario” ni un tratado sobre drogas, sino más bien un instrumento de clarificación que, a partir de una reflexión ordenada sobre la práctica, estimule a los profesionales de los servicios sociales a reconocer su espacio de intervención en este tema.

Pretende estimular y sensibilizar a los profesionales de los Servicios Sociales Generales, a asumir como propia esa necesidad de respaldo e implicación en la prevención y el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas. Los objetivos que se pretenden son los siguientes:

- **Redefinir los diferentes papeles** que pueden jugar hoy los profesionales de los servicios sociales en la atención y prevención de los problemas derivados del consumo de drogas.
- **Sensibilizar** a los profesionales de los servicios sociales sobre las posibilidades de intervenir y aplicar programas de prevención.
- **Adecuar conocimientos y modificar actitudes** inadecuadas sobre el fenómeno de las drogas.
- **Ofrecer pautas de actuación** para llevar a cabo estrategias idóneas de intervención.

Para su elaboración se ha consultado con numerosos profesionales de diversas Comunidades Autónomas que trabajan en este campo. Algunas de las aportaciones realizadas en los Paneles de discusión con dichos profesionales se recogen en el texto.

En cuanto a los contenidos, se estructuran en cinco capítulos bien diferenciados:

Los dos primeros, más generales, abordan el fenómeno del consumo de drogas y su evolución histórica en nuestro país, tanto desde el punto de vista del consumo como de las respuestas institucionales y sociales. Asimismo, propone un marco multidimensional para la comprensión del problema. Por otro lado, se describe la dimensión comunitaria de los servicios sociales, destacando su ubicación idónea para pilotar planes globales, con participación de los diferentes servicios implicados y de la comunidad.

En los tres capítulos restantes, se aborda el papel de los servicios sociales en los tres niveles de respuesta ante las drogodependencias: la prevención, la atención y la inserción social, tratando de superar perspectivas exclusivamente centradas en lo asistencial y procurando la clarificación de papeles para lograr una actuación coordinada con los servicios de atención especializados.

Por último, como anexo, se ofrece al lector información sobre la estructura y las competencias del Plan Nacional sobre Drogas.

No pretende, con ello, ser un tratado exhaustivo de drogas, ya que existen numerosas publicaciones específicas que estudian el tema en profundidad y a las que se remite en el propio texto a aquellos que quieran profundizar en el problema.

Capítulo 1

LA COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA DE LOS CONSUMOS DE DROGAS

1.1 EL USO Y ABUSO DE DROGAS: FENÓMENO SOCIAL, DINÁMICO Y EN EVOLUCIÓN

Hacia la mitad de la década de los setenta, en España los principales problemas derivados del consumo de drogas se relacionaban con el alcohol. Veinte años más tarde, la diversidad de drogas y la diversidad de problemas asociados a su consumo han adquirido tal envergadura que se considera una de las problemáticas sociales de mayor gravedad.

¿Qué ha ocurrido en este tiempo? Una explicación simplista apuntaría a la aparición de nuevas sustancias, a su mayor difusión y a los efectos derivados de su uso sobre el comportamiento de los consumidores. Sin embargo, difícilmente alcanzaríamos a explicar esta realidad desde premisas tan sencillas.

A mediados de los años setenta la sociedad española emprendió una profunda transformación en todos sus niveles de organización. El tránsito de una estructuración autoritaria a otra de carácter democrático ha supuesto la equiparación de nuestro país al de todos aquellos que configuran nuestro entorno sociocultural. Sin embargo, este tránsito se ha producido a diferente velocidad. La equiparación ha supuesto paralelamente la adquisición de unos valores, de unas pautas de comportamiento social y de unos objetivos globales que otras sociedades tenían ya más consolidados. Todo ha debido hacerse más rápidamente y ello ha determinado la aparición de determinados hábitos, algunos favorecedores del desarrollo social y otros con carácter distorsionador de tal desarrollo.

A grandes rasgos, los episodios que han desembocado en la situación actual han sido:

- Introducción de las drogas ilegales en España: a finales de los años setenta comienzan a consumirse con cierta extensión en nuestro país los derivados del cánnabis, los alucinógenos, los estimulantes (fundamentalmente, las anfetaminas) y la heroína. En un primer momento, estas drogas son utilizadas por una población de cierto nivel cultural y poder adquisitivo que les permite mantener un contacto con otros países en los que estas drogas gozan de un soporte cultural (*beat generation*, movimiento hippie, otros movimientos políticos y contraculturales).
- Establecimiento de un mercado ilegal: a comienzos de la década de los ochenta, se extiende el consumo entre todas las capas y estamentos sociales, con un protagonismo destacado de la heroína como sustancia “emblemática” dentro del conjunto de las drogas ilegales.
- Por la misma época, se produce una primera reacción social: el vacío asistencial existente ante unos problemas por completo novedosos propicia el que determinadas organizaciones, generalmente con implantación en varios países, proporcionen una primera oferta asistencial, que se configura casi como la única salida viable para quienes quieren abandonar su dependencia.

- Poco después, se produce una segunda reacción de carácter asistencial; en esta ocasión desde perspectivas institucionales y profesionales. Desde la psiquiatría general o desde los sectores con tradición en el tratamiento del alcoholismo comienzan a surgir alternativas progresivamente profesionalizadas, aunque su surgimiento carece de una adecuada organización y se sustenta más en una vocación de servicio público que en una respuesta de salud pública organizada.

- En 1985 se produce la creación del Plan Nacional sobre Drogas, como iniciativa gubernamental destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en esta materia, se habían ido desarrollando tanto desde las Administraciones Públicas (estatal, autonómica y local) como desde las organizaciones sociales de carácter privado.

- La aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y su vinculación al consumo de drogas por vía parenteral implica ciertos cambios de perspectiva:

- * Las drogas se conciben como un problema de salud pública y su consumo, en determinadas condiciones, es capaz de diseminar enfermedades crónicas y mortales incluso a colectivos que no las usan.

- * La sociedad, en su conjunto, comienza a ver la droga como un riesgo potencial para su seguridad, no sólo en relación a la propiedad privada, sino también en relación a su salud.

- * Los consumidores de drogas por vía parenteral descubren que el uso compartido de jeringuillas y ciertos hábitos de conducta pueden conducir a una extensión de la infección.

- En la segunda mitad de los ochenta comienzan a producirse otros cambios. Hasta entonces, el problema de las drogas era, en realidad, el problema de la heroína. Pero entonces empieza a extenderse el consumo de otras drogas, como la cocaína, hasta entonces un complemento de los heroinómanos o un hábito de ciertos sectores poblacionales.

- Aunque su aparición se remonta a finales de los ochenta, no es sino a principios de los noventa cuando empieza a implantarse en España el uso de las llamadas drogas de síntesis, preparados sin un sustrato natural, elaborados íntegramente en laboratorios, de las que el éxtasis es el estandarte. Esta extensión del consumo se produce fundamentalmente entre adolescentes y jóvenes, mayoritariamente varones. La mayoría de los usuarios de estas sustancias tienen estudios elementales o medios, y pertenecen a la clase media, si bien se encuentran consumidores en todos los niveles de estudio y en todos los grupos sociales.

- Finalmente, hay que destacar el consumo abusivo de alcohol por parte de un sector de la población juvenil. El alcohol es la droga de consumo más amplio de este país; sin embargo, mientras se moderaba su uso en las generaciones mayores, ha crecido desde hace varios años entre la población juvenil. Puede hablarse de un patrón de alcohol juvenil caracterizado por producirse principalmente fuera del ámbito familiar, en grupo y durante el fin de semana; centrarse principalmente en el consumo de cerveza y combinados y asociarse con cierta frecuencia con episodios de embriaguez.

1.2 VALORACIÓN SOCIAL DEL PROBLEMA

La comprensión de los fenómenos complejos requiere un gran esfuerzo. Generalmente, este proceso de comprensión implica que las personas pongan en marcha procesos cognitivos y emocionales para integrar un gran volumen de información y configurar una respuesta individual.

Frente a esta complejidad, las personas a menudo tienden a poner en marcha mecanismos de economía cognitiva que faciliten la toma de decisiones. Uno de estos mecanismos económicos es la adopción de estereotipos: conjunto de creencias mantenidas por un individuo en relación a un fenómeno o a un grupo social. La utilización de estereotipos no garantiza que el conocimiento sea exacto, pero sí que lo sea con una cierta probabilidad: el estereotipo funciona como heurístico.

Un estereotipo cultural es un patrón de creencias compartidas o propias de la comunidad. De este modo, el conjunto social adopta una modalidad de juicio heurístico que permite dar respuestas rápidas a fenómenos que, de otro modo, requerirían un largo y complejo mecanismo de elaboración.

Los estereotipos están compuestos por un cuerpo de creencias a menudo inexactas o incompletas, aunque es posible que presenten una base realista o *fondo de verdad*. Son extremadamente resistentes al cambio: su estructura simple y fija contribuye, cuando los hechos los desmienten, a censurar los hechos o distorsionarlos. Sólo cuando un nuevo estereotipo ofrece una mayor simplicidad y una mayor funcionalidad puede producirse un cambio en los estereotipos.

La imagen social que las comunidades humanas elaboran frente a determinados fenómenos es la representación idealizada de ese fenómeno, mediatizada por el conjunto de valores, creencias, actitudes, atribuciones, sesgos y estereotipos, a partir de los estímulos informativos que recibe el grupo social. Este concepto de imagen social alude a un proceso más complejo que la estereotipia, más sensible al cambio y con mayor valor explicativo.

En relación al fenómeno del consumo de drogas, la sociedad ha ido configurando una sucesión de imágenes que, a su vez, han propiciado la adopción de respuestas (técnicas, políticas y sociales).

**ESTEREOTIPOS, IMÁGENES Y RESPUESTAS SOCIALES
ANTE EL FENÓMENO DE LAS DROGAS**

ESTEREOTIPO	IMAGEN SOCIAL	RESPUESTA SOCIAL	MODELO
El drogodependiente es un DELINCUENTE .	<ul style="list-style-type: none"> • Transgresión normativa. • Inseguridad. 	Medidas legislativas y punitivas.	Modelo ético-jurídico.
El drogodependiente es un ENFERMO .	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de las sustancias que afectan el funcionamiento de los organismos y la dificultad de éstos de hacer frente a la agresión. 	Medidas sanitarias.	Modelo médico-sanitario.
El drogodependiente es una VÍCTIMA de las desigualdades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia de factores sociales que intervienen en la adquisición y mantenimiento de la drogodependencia. • Vulnerabilidad en función de la desigualdad social. 	Medidas de integración y apoyo social.	Modelo socio-cultural.

Una nueva perspectiva observa que algunas de las imágenes precedentes desvinculan al drogodependiente de toda responsabilidad en relación a su conducta. Como enfermo ha de ser curado y como víctima ha de ser protegido de unas desigualdades que le vienen dadas. Sin embargo, ya en ese momento se tiene suficiente evidencia de que el drogodependiente tiene posibilidad de cambiar su estatus en la medida que tenga voluntad de cambio. Ciertamente que las sustancias provocan cambios neuronales que escapan de la voluntad de los sujetos, pero igualmente cierto es que los drogodependientes pueden dejar de serlo, a diferencia de los enfermos. Ciertamente que determinadas circunstancias sociales facilitan la aparición de conductas dependientes, pero también es cierto que ello se produce en una mínima parte de los sujetos sometidos a tales diferencias. La clave está en cómo los individuos procesan la realidad y cómo responden ante las circunstancias. Para comprender el fenómeno es preciso atender a todas las dimensiones del indivi-

duo, sin prejuzgar unas más relevantes que otras.

¿Modelos amplios o respuestas estereotipadas?

Es preciso constatar que a medida que han evolucionado los modelos de comprensión y respuesta, éstos han sido cada vez más complejos, en paralelo al fenómeno del que se ocupan. Ello supone ciertas dificultades:

- La propia complejidad les resta capacidad explicativa.
- El rechazo de los estereotipos resta economía cognitiva.
- En consecuencia, las imágenes sociales se tornan más difusas.
- Por ello, existe una tendencia a recuperar estereotipos que faciliten la comprensión de los problemas.
- Se produce la recurrencia periódica de modelos superados, pero capaces de proporcionar explicaciones más sencillas, más económicas (en lo cognitivo y en lo político), aun a riesgo de desestimar aspectos de crucial relevancia.

En definitiva, el proceso de conceptualización social, la valoración del problema y las respuestas que los grupos sociales generan en relación a los problemas derivados del consumo de drogas, no es un proceso lineal, sino gradual, con vueltas atrás y reconsideraciones periódicas. A estas alturas parece evidente que ninguna disciplina científica ni ninguna óptica parcial puede dar cuenta del problema, y que sólo modelos amplios, con la participación social y con la contribución interdisciplinar, tienen capacidad de elaborar respuestas eficaces. Pero es precisamente en la pluralidad donde reside el mayor obstáculo para estos modelos: es más probable el éxito de propuestas simples, capaces de generar estereotipos de fácil calado social y respuestas económicas.

1.3 PROBLEMA MULTIDIMENSIONAL

A tenor de lo expuesto en los puntos anteriores, podemos observar que cuando nos referimos a los problemas derivados del abuso de drogas (cómo aparecen, cómo se configuran, cómo se transforman) no basta con circunscribir la cuestión a la mera relación existente entre una persona y una sustancia. Es preciso contemplar la interacción que ambos elementos efectúan en un entorno social determinado. Las ciencias sociales han puesto de manifiesto que no sólo las conductas de los individuos, sino su sistema de creencias, de valores, de actitudes, se desenvuelven en relación a las creencias y valores dominantes en un sistema social determinado, y que cada sistema contiene subsistemas y, a la vez, se inserta en sistemas más amplios, interactuando a todos los niveles. Una modificación en uno de ellos o de las relaciones que entre ellos se han establecido, opera como factor de cambio de alta resonancia.

Por ello, es ineludible conocer una multiplicidad de variables que nos ayuden a conocer, a explicar, a comprender el fenómeno y, en esa medida, a actuar de cara a una eficaz intervención.

Podemos distinguir, al menos, las siguientes dimensiones:

Dimensión fisiológica

- Cómo actúa una sustancia.
- Sobre qué funciones neurológicas y orgánicas influye.
- Cuáles son los mecanismos de dependencia que provoca.
- Cuáles son las consecuencias de la administración a largo plazo.
- Qué complicaciones se asocian a la vía de consumo y a las sustancias contaminantes.

Dimensión psicológica

- Qué factores predisponen a una persona a abusar de las drogas.
- Qué efectos son buscados por el usuario de drogas.
- Qué mecanismos cognitivos están implicados en el uso, abuso o dependencia de sustancias.
- Qué trastornos de conducta pueden esperarse del consumo de cada droga.
- Qué actitudes, valores, hábitos, hacen más vulnerable a una persona frente a la oferta de drogas.

Dimensión microsocia

- Qué factores familiares (patrón de actividades, roles, estilo de relaciones interpersonales, etc.) predisponen o protegen frente al consumo de drogas.
- Cómo influyen sobre la persona el escenario educativo, el grupo de iguales, los subgrupos sociales, los valores en uso entre su grupo de edad, las pautas aceptadas y prohibidas de comportamiento social.

Dimensión mesosocia

- Cómo influyen los diferentes escenarios en los que se mueve el individuo, y los distintos roles que debe desempeñar en la escuela, en el centro de trabajo, en sus actividades de ocio, en su intimidad, modificándose entre sí.

Dimensión macrosocia

- Qué valores son promovidos por el sistema social y la cultura dominante en cada momento de la historia del sujeto.

- Qué políticas educativa, laboral, social se aplican en cada momento y qué influencia tienen las transformaciones sobre el individuo.
- Qué legislación se aplica en relación al tráfico y consumo de drogas.
- Qué alternativas ofrece el sistema social a las conductas que se distancian de la norma.
- Qué situación ocupa un sujeto en la organización social y hacia cuál le desplazaría el consumo de drogas.

Dimensión transcultural

- Qué influencia tienen otras pautas culturales externas al contexto próximo del sujeto, capaces de promover transformaciones en ambos.
- Cómo influyen los medios de comunicación de masas, las redes de comunicación virtual como fuerzas generadoras de conflicto, y cómo resuelven el conflicto los individuos.

FACTORES E INDICADORES A TENER EN CUENTA EN EL CONSUMO DE DROGAS

Sustancia	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de sustancia. • Cantidad consumida. • Vía de administración. • Asociación con otras sustancias. • Accesibilidad, disponibilidad. • Valoración social: (legalidad/ilegalidad) uso normalizado/prohibido. • Actuación de la sustancia. Efectos. 	
Persona	Dimensión fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo. • Edad. • Complexión física. • Influencia en el organismo.
	Dimensión psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación. • Dependencia. • Trastornos de conducta. • Factores de vulnerabilidad. • Personalidad.
Entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Microsistema: familia, escuela, grupo de iguales. • Mesosistema: roles, trabajo, ocio, estatus, hábitat. • Macrosistema: valores, sistema social, políticas educativas, legislación, alternativas, dimensión transcultural, medios de comunicación, publicidad. 	

De esta forma, el problema se configura en dimensiones interdependientes, de modo que cualquier enfoque reduccionista que se ocupe de una de ellas, desestimando el valor de las demás, difícilmente dará cuenta del problema y podrá abordarlo de forma eficaz.

1.4 DIVERSOS CONSUMOS PARA DIVERSAS SUSTANCIAS

Cada sustancia produce en el organismo una serie de efectos. Pero éstos pueden variar sustancialmente según el patrón mediante el cual se produzca el consumo.

En primer lugar, es preciso considerar que el uso de cualquier sustancia no supone necesariamente la aparición de problemas para el usuario. Este uso puede ser meramente circunstancial, con un objetivo experimental o circunscrito a un momento determinado de la historia del individuo, y no acarrear modificación alguna en su estructura de personalidad, en el funcionamiento de su sistema nervioso o en su estilo de vida. Es precisamente la repetición de estos usos experimentales o circunstanciales lo que puede conducir a una dependencia, lo que supone una tendencia a la autoadministración continuada más allá de las consecuencias negativas que ello acarrea al usuario.

Por regla general, el uso y abuso de sustancias psicoactivas conduce a la dependencia de tales sustancias. En ese momento, el funcionamiento psíquico o fisiológico del individuo depende de la administración de la sustancia, manifestándose en caso contrario signos y síntomas de malestar que interfieren en la conducta del sujeto y le empujan a repetir la autoadministración. La base de esta dependencia es la neuroadaptación, fenómeno que consiste en un cambio permanente (pero reversible) de la estructura y el funcionamiento de las neuronas sobre las cuales se localiza el efecto de la droga.

Pero, del mismo modo que podemos hablar de neuroadaptación, lo cual supone el sustrato elemental de la dependencia, podemos hablar, a medida que nos adentremos en niveles más complejos, de otros mecanismos de adaptación: emocional, conductual, cognitivo, relacional, etc. Los cambios que se producen en una persona por causa de la administración de sustancias psicoactivas no se limitan a la mera acción de una sustancia sobre una célula nerviosa, sino que suponen una transformación que se define en el contexto de la relación entre el individuo y la(s) sustancia(s).

Por *patrón de consumo* entendemos el conjunto de variables que definen la relación entre los individuos y las sustancias que se autoadministran. Así podemos considerar:

- Qué sustancia es la droga principal.
- Qué otras drogas se presentan asociadas.
- Cuáles son las vías por las que se administran.
- Qué cantidades se suelen consumir.
- En qué encuadre físico se produce el consumo.
- La administración se produce en solitario o en un marco grupal.
- En qué período temporal se produce el consumo.
- Qué pautas comportamentales van asociadas.
- Qué normas y valores ejercen de soporte cultural del consumo.

Cada patrón de consumo supone la posibilidad de evolucionar hacia otros de mayor peligrosidad, pero también puede producirse una cronificación, e incluso una vuelta atrás, ya fuere de forma espontánea o con ayuda profesional.

El concepto de patrón de consumo es útil en la medida en que informa desde una perspectiva global del universo circunstancial asociado al consumo de determinadas drogas. Sin embargo, supone un riesgo: la generación de nuevos estereotipos entre la población general, pero también, y lo que es más grave, entre los profesionales que deben abordar los problemas derivados.

Es preciso tener en cuenta:

- Que un determinado patrón de consumo tiene una vigencia limitada en el tiempo.
- Que los diversos patrones de consumo varían de unas zonas a otras, incluso dentro de un mismo país: ello da prueba de su relación con modalidades culturales, pero también de su gran variabilidad.
- Que los sujetos que en un momento determinado de su vida responden a cierto patrón, pueden en poco tiempo haberlo abandonado, ya sea por su relación con las drogas como por sus propios cambios evolutivos que desestiman permanentemente conductas no adaptativas.
- Que la adscripción a un patrón de consumo no informa en ningún caso de la predisposición a evolucionar a otros de mayor o menor gravedad, sino de los riesgos potenciales que luego se verán modificados por variables disposicionales.
- Que los patrones de consumo evolucionan con enorme rapidez, de modo que un patrón dominante en un momento dado puede ser irrelevante pocos años después.
- Que muchos patrones responden a fenómenos modales y, en tal medida, desaparecen con gran rapidez, mientras que otros presentan un soporte cultural que propicia su persistencia.
- Que un patrón de consumo informa de las variables que afectan a los individuos y a los grupos a los que pertenecen, pero individuos y grupos tienen capacidad para presentar dinámicas imprevisibles.

Aunque solemos hablar de consumidores de heroína, de consumidores de cocaína, o de cualquier otra sustancia, es preciso tener en cuenta que muy rara vez una sustancia es consumida en solitario. Si bien lo habitual es que sea una sola sustancia la que provoca la dependencia, o la que focaliza la conducta adictiva, alrededor de ella existen otras complementarias, cuyo uso es frecuente, abusivo y, en ocasiones, en dosis más elevadas que la droga principal; y ello por varias razones:

- Porque el mundo de la droga principal también “acoge” a las otras sustancias.
- Porque determinadas sustancias ejercen como potenciadoras de los efectos de otras.
- Porque determinados efectos de la droga principal deben ser modulados por las secundarias.
- Porque los efectos no deseados son paliados o suavizados con otros preparados.
- Porque la similitud de efectos neurofisiológicos entre unas sustancias y otras (dependencia cruzada) permite la sustitución.
- Porque ante eventuales episodios de no disponibilidad de la droga principal, determinadas sustancias pueden paliar el síndrome de abstinencia.

En no pocas ocasiones, una de las drogas considerada como secundaria adquiere todo el protagonismo de la principal, por lo cual tal distinción debe ser matizada y tenido en cuenta el riesgo potencial de cualquier policonsumo.

EL CURSO DE LA DROGODEPENDENCIA

Cualquier intervención que se lleve a cabo con drogodependientes debe partir de la consideración de que la conducta adictiva puede reaparecer aún muchos años después de que pareciera extinguida. Desde ópticas médicas, se ha definido a la drogodependencia como una enfermedad crónica y recidivante. Desde ópticas conductuales, se trata de una conducta aprendida, de difícil extinción, y con múltiples estímulos asociados, que pueden determinar su reinstauración.

Sea cual fuere la óptica que empleemos, el hecho cierto es que la conducta de autoadministración de drogas nunca tiene un final objetivable, como sucede en muchas enfermedades o como sucede en muchas otras conductas. Sin embargo, es frecuente que desde los medios de comunicación o desde la opinión pública se demanden cifras y porcentajes de curación. Si por tal entendemos la extinción definitiva e irrevocable del hábito de consumo, cualquier cifra que demos será muy baja, además de estimativa.

Algunos estudios investigan la abstinencia a tiempo fijo; en tal caso, sí podemos observar que existe un porcentaje de personas en las cuales el consumo de drogas no ha reaparecido a los dos años, a los cinco o a los diez. Lógicamente, ningún estudio puede asegurar que ello no suceda más adelante.

El curso de un tratamiento en personas drogodependientes se caracteriza por la sucesión de fases de abstinencia y de recaídas. El éxito del tratamiento es constatable cuando los períodos de abstinencia son cada vez más prolongados y las recaídas más infrecuentes, más breves y menos agresivas. También es un éxito del tratamiento el hecho de que el sujeto reaccione rápidamente ante una vuelta al consumo, demore lo menos posible su demanda de atención y manifieste el deseo de retornar lo antes posible a la abstinencia: en este punto, el servicio de atención adquiere su carácter de centro de referencia, debiendo garantizar un libre acceso, una rápida intervención y una adecuada contextualización de la recaída. Posteriormente, será preciso efectuar un trabajo con el usuario que le proporcione información adecuada sobre las causas de la recaída, los errores o trastornos que han conducido a ella y las estrategias válidas para afrontar en el futuro situaciones similares con éxito.

La drogodependencia tiene una “cura” difícil porque no es sólo una enfermedad: son multitud de elementos los que entran en juego en la relación de un sujeto con una sustancia. Por la misma razón, no es imposible; sencillamente, la recaída es un elemento de trabajo que permite detectar de forma dinámica las carencias del sujeto, pero también los progresos que, al hilo del tratamiento, ha experimentado en el control de su conducta.

Desconocer u olvidar estas características puede producir cierta desesperanza, no sólo entre la opinión pública, sino incluso entre los profesionales que abordan de una u otra forma el problema. Por el contrario, ponderar todos los aspectos que intervienen, formular objetivos realistas pero ambiciosos y situar los fracasos parciales en el curso razonable del problema, puede permitir una labor rentable para el sujeto y para la sociedad a la que pertenece.

Capítulo 2

LA DIMENSIÓN COMUNITARIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

La atención comunitaria se basa en la delimitación de un espacio de actuación cuyas coordenadas son la población que se asienta en un territorio geográfico determinado, el abordaje integral basado en una concepción ecológica y la utilización y potenciación de los recursos de la comunidad.

El papel de los Servicios Sociales Generales, comunitarios o de atención primaria en la prevención y atención de los problemas derivados del consumo de drogas, es muy importante:

- Por su **proximidad e inserción en la comunidad**, constituyen el contexto o marco idóneo para conseguir que la comunidad asuma como suyos los problemas y soluciones respecto a la problemática derivada del consumo de drogas que en ella se producen, tanto desde la perspectiva de la prevención, la detección de los problemas y necesidades, como desde la facilitación y/o mediación de las alternativas y soluciones en el tratamiento y en la inserción.
- Por la perspectiva de **normalización**, que sustenta la filosofía y el quehacer de los Servicios Sociales Generales, se favorece la incorporación de los sujetos a la comunidad, evitando el peligro de estigmatización o marginación.

- Porque los criterios de **globalidad** e **integralidad** que orientan, tanto a nivel preventivo como asistencial, el análisis y valoración de los problemas y las actuaciones sobre los mismos, significan el reconocimiento de la multidimensionalidad de los factores, entre ellos los de tipos social, que intervienen tanto en la génesis del problema como en los efectos derivados del consumo abusivo de drogas.

Los Servicios Sociales Generales constituyen el eje vertebrador en una comunidad. Su conocimiento de las personas, las instituciones, las asociaciones, las redes sociales, los problemas, los mediadores, que conviven en el territorio, le convierte en lugar privilegiado para convocar y aglutinar a otros agentes sociales en el abordaje de las drogodependencias.

No obstante lo anterior, se ha venido observando una cierta inhibición y desinterés para abordar estos temas desde los Servicios Sociales Generales o de atención primaria. Algunas de las razones que pueden explicar esta inhibición pueden ser el gran auge que en los últimos años ha tenido el desarrollo de una red de servicios especializados para la atención de los problemas específicos de drogodependencias, y el hecho de que gran parte de las personas afectadas acuden directamente a los servicios especializados, desde los que se ha centralizado toda la atención sobre estos colectivos, haciendo que los Servicios Sociales Generales perciban a las personas con problemas de toxicomanías, como “clientes o usuarios externos” de otras instituciones que sólo acuden a ellos en demanda de ayudas económicas o para la tramitación de prestaciones. Por otro lado, existe la dificultad para los profesionales de estos servicios de asumir tareas en el ámbito de la prevención.

Por último, también cabría señalar una serie de dificultades relativas a la organización interna de los servicios sociales y a la actitud y motivación de los profesionales para afrontar estos problemas, tales como: la presión de las demandas de intervención ante otros problemas y la escasez de recursos para abordar los múltiples problemas con que se ven sobrecargados los servicios comunitarios; una cierta tendencia a la burocratización de los mismos, saturados a veces por el peso excesivo de la gestión de prestaciones sociales; la falta de preparación específica y de motivación de los profesionales de estos servicios para abordar el problema de las drogas, y la falta de coordinación con otros profesionales y agentes comunitarios.

Todo ello requiere, por parte de los Servicios Sociales Generales, un nuevo estilo de intervención que permita la superación de estas dificultades y la revitalización del papel de dichos servicios en el abordaje y prevención de los problemas de drogas, a través de la adopción de:

- Una nueva **perspectiva ecológica** de la prevención e intervención, que tome en consideración la relación dialéctica y la **interacción de la persona con su ambiente**, a través de los distintos sistemas y niveles en los que se desenvuelve y la **interdependencia existente entre los distintos niveles**.
- Una **modificación en la actitud de los profesionales**, pasando de la “espera” (recepción de las demandas) a un **método activo de “búsqueda”**, que posibilite la detección de los grupos de riesgo y de las situaciones problemáticas de consumo abusivo de drogas en la comunidad, así como de los factores de protección que pueden ser activados favoreciendo la intervención y prevención de las mismas.
- Una **coordinación y cooperación con los diversos agentes e instituciones sociales** que operan en la comunidad, potenciando y optimizando los recursos de la propia comunidad y **reforzando las redes sociales y los apoyos formales e informales existentes en ella**.

La intervención de los Servicios Sociales Generales ante el problema de las drogas adquiere entonces una **dimensión comunitaria**, que trata de incorporar los recursos naturales de las personas, grupos y comunidad en los procesos de resolución y prevención de los problemas sociales derivados del consumo abusivo de drogas, actuando tanto a nivel individual como familiar y elaborando estrategias concretas que potencien, creen o complementen los recursos naturales, en los distintos niveles de la intervención comunitaria e incidiendo desde cualquiera de éstos en los demás niveles.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION COMUNITARIA DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES GENERALES

- Promover las habilidades y capacidades de los usuarios, para acceder y utilizar los recursos personales y sociales, redes de apoyo formales e informales y servicios.
- Desarrollar las capacidades de las redes sociales y de los sistemas de apoyo formal e informal de la comunidad, promoviendo el bienestar y buen funcionamiento.
- Potenciar la coordinación de agentes sociales e instituciones para lograr una atención integral de las problemáticas que se aborden.
- Promover la eficacia del servicio.

Desde esta perspectiva, se pueden señalar como aspectos más relevantes en la intervención de los Servicios Sociales Generales en el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas:

- La necesidad de **intervenir en todos los niveles ecológicos** (individual, familiar, ambiental...) debido a la interrelación e interdependencia existente entre los distintos niveles.
- La necesidad de una **intervención comunitaria preventiva y promotoria**.

Aspectos a tener en cuenta para la intervención comunitaria

- El contexto natural de la intervención comunitaria es el nivel local (municipio-barrio).
- La intervención comunitaria debe partir de la comunidad.
- El conocimiento de la comunidad supone conocer qué alternativas ha puesto en marcha y la búsqueda de nuevas alternativas necesarias.

- La intervención comunitaria busca convertir a las personas afectadas por el problema de las drogas en agentes participantes.
- Hay que preparar a toda la población –afectada o no directamente– para recibir las acciones previstas.
- Los profesionales de servicios sociales deben ser **mediadores** en el proceso comunitario.
- El trabajo comunitario supone una adecuación de la organización de los profesionales (tiempos y horarios) a la comunidad.
- No es suficiente hablar de derechos, sino de la capacidad de la persona para ejercitarlos.
- Los servicios sociales no están solos en este proceso. Las políticas y programas integrales entre Áreas (Educación, Salud, Trabajo, Deporte, etc.) están suponiendo un salto cualitativo muy importante.

La coordinación es una herramienta fundamental y un desafío permanente que requiere el establecimiento de mecanismos y canales de información. La integración de los diversos recursos se realiza a través del desarrollo normativo del esfuerzo del servicio y de los propios trabajadores dentro de las relaciones informales.

Cabe distinguir cuatro niveles de coordinación:

- Coordinación en el interior de los equipos de trabajo.
- Coordinación intersectorial con los profesionales de otros sectores en el mismo ámbito comunitario.
- Coordinación con los servicios especializados.
- Coordinación con la iniciativa social.

2.1 COORDINACIÓN EN LOS EQUIPOS

El enfoque debe ser de equipo interdisciplinar coparticipando en la toma de decisiones, asumiendo la parte de responsabilidad que compete a cada uno en el desarrollo del programa y de la intervención.

Los beneficios de la coordinación y del trabajo en equipo son múltiples: atienden las necesidades de forma más global e integral, mejoran la toma de decisiones, racionalizan la utilización de recursos limitados y evitan la duplicación de los mismos.

Algunos mecanismos de participación e integración pueden ser:

- Diseñar programas de formación e información para el equipo, específicamente, sobre la problemática de las drogas.
- Proporcionar sistemas sencillos de detección, diagnóstico en su caso e información de los casos a los servicios especializados.

Niveles de coordinación intramunicipales

Áreas	1. ^{er} nivel	2.º nivel
Salud. Servicios Sociales. Juventud. Cultura. Educación. Trabajo. Seguridad. Deporte.	Coordinación intersectorial	Programas integrales

- Participar en las comisiones de valoración y seguimiento de casos.
- Participar en la elaboración del programa de intervención, asumiendo la responsabilidad en la ejecución que pueda corresponder.

2.2 COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

Trabajar con otros sectores no siempre es fácil. La existencia de culturas profesionales muy marcadas, la falta de hábitos para interesarse por los recursos de otros sectores que no son los propios, la ausencia de formación específica para desarrollar aptitudes de trabajo conjunto, la falta de receptividad para la asunción de funciones y roles, son condiciones que dificultan la acción intersectorial para lograr una respuesta conjunta, y además precisan de una capacitación escalonada. La intersectorialidad es un proceso escalonado de convergencia con otros sectores que permite articular una respuesta conjunta al problema atendiendo a los principios de eficacia y eficiencia. La intersectorialidad no es derivación ni inhibición de la intervención, no es intromisión ni altruismo.

La acción intersectorial se fundamenta en:

- La **heterogeneidad** de los factores que causan comportamientos de consumo abusivo de drogas.
- El **mejor aprovechamiento de los recursos existentes** .
- La **mejor calidad de la respuesta** en relación con los distintos tipos de consumo y en las distintas fases de actuación.
- La **realización de mapas de recursos** de la zona que incluyan a todos los sectores para un mejor aprovechamiento.

La coordinación del trabajo ante problemas que precisan una respuesta conjunta, pasa así por el proceso escalonado que debe comenzar en el reconocimiento de la necesidad de intervención con otros sectores profesionales y la limitación del propio; el conocimiento mutuo a través de la comunicación e información de los recursos propios y de los otros sectores profesionales; la capacitación específica para el trabajo intersectorial; la distribución y delegación de funciones. Se trata, en definitiva, de **desarrollar la corresponsabilidad para dar una respuesta conjunta.**

Ejemplos de este primer nivel de coordinación intersectorial son las **Mesas del Menor** que existen en muchos municipios de varias Comunidades Autónomas, los **Equipos de Zona** y las **Mesas de Salud**, que son estructuras estables de coordinación intersectorial, con participación de la sociedad civil, dirigidas a diseñar programas preventivos y a coordinar cuantas acciones se realicen en el ámbito territorial.

Un salto cualitativo, que supera la coordinación, lo suponen la **celebración y ejecución de Políticas y Programas Integrales**, por ejemplo, de **Infancia y Juventud.**

“A nivel de nuestro municipio, se están haciendo los programas de prevención desde la visión integral y participando tanto los de Educación como los de Deporte, nosotros como Servicios Sociales, etc.” (Panel).

“En el territorio, quien coordina las acciones de prevención y de inserción es Servicios Sociales” (Panel).

2.3 COORDINACIÓN CON SERVICIOS ESPECIALIZADOS

La coordinación de los Servicios Sociales Generales con los servicios especializados favorece el *continuum* en la atención de los sujetos con problemas de consumo abusivo de drogas que requieren tratamiento, aun cuando su proceso terapéutico tenga que pasar por diferentes equipos.

La coordinación entre los Servicios Sociales Generales y los especializados no siempre es fácil y esta dificultad se incrementa cuando se trata de problemas derivados del consumo abusivo de drogas. En la mayoría de los casos, la relación entre los dos niveles suele ser de colaboración puntual en ciertas áreas o momentos, pero es infrecuente plantearse objetivos comunes, una relación continua y una distribución de funciones.

Entre las dificultades más frecuentes y generalizadas para esta coordinación se citan las siguientes:

- Dificultades de **comunicación**, debido a la separación física, diferentes dependencias administrativas o existencia de lenguajes diversos utilizados por unos y otros.
- Falta de **conocimiento y comprensión entre ambos niveles**: Los servicios generales suelen quejarse de la poca accesibilidad y disponibilidad de los equipos especializados, aludiendo a las largas listas de espera y a los requisitos exigidos para aceptar las demandas solicitadas, y también de la falta de comunicación e información que, sobre los usuarios derivados, transmiten los servicios especializados.

Por su parte, los servicios especializados suelen lanzar acusaciones sobre los servicios generales en el sentido de su despreocupación por estos temas y de las continuas derivaciones que realizan sin reunir los criterios adecuados para realizarlas o deteniéndose en ellas.

Aun cuando estas dificultades son reales, la necesidad de coordinación debe alentar a corregir estos fallos. Para ello es necesario:

- Favorecer el conocimiento mutuo y la distribución de funciones, teniendo en cuenta la estructura de atención implantada en cada lugar, los recursos disponibles, etc.

“La derivación de Servicios Sociales Generales a servicios especializados se ha invertido. Ahora la gente llega directamente a los centros de tratamiento y desde aquí los mandamos a los Servicios Sociales Generales por otros temas asociados al consumo” (Panel).

“En los pueblos, la gente acude a la trabajadora social a pedir tratamiento” (Panel).

- Desarrollar métodos de comunicación, un lenguaje común y canales de comunicación más eficaces tanto a nivel formal como informal.

En varias Comunidades Autónomas existen protocolos de coordinación, Servicios Sociales Generales-Servicios Sociales Especializados, que se han revelado como instrumentos útiles.

- Promover mecanismos de apoyo especializado, en ambas direcciones, de los equipos especializados a los generales, en el asesoramiento de los temas específicos sobre drogas, y a la inversa, de los generales a los específicos en los temas de inserción en la comunidad, apoyo a las familias, etc.

La forma básica de conseguir una metodología de trabajo entre los dos niveles pasa por una información y sensibilización de los profesionales.

Capítulo 3

2.4 COORDINACIÓN CON LA INICIATIVA SOCIAL

Las organizaciones no gubernamentales y la iniciativa social constituyen las estructuras fundamentales para promover la participación y el ejercicio de la solidaridad, teniendo sus actividades un efecto multiplicador sobre la sensibilidad de la población general.

Situadas además, como **agentes preventivos y de inserción** en el propio tejido social, apoyan las actividades que realizan los profesionales que intervienen en este campo, enriqueciendo y contribuyendo al mantenimiento de enfoques globales e integradores en la atención de las drogodependencias.

Por su mayor proximidad a la realidad y problemas de los ciudadanos, las actividades de estas organizaciones:

- **Potencian la disponibilidad de la sociedad** a desarrollar intervenciones tendentes a la prevención de situaciones conflictivas en estrecha colaboración con los recursos de las Administraciones Públicas y de la propia comunidad.
- Propician la **aproximación y participación en la vida comunitaria** del drogodependiente en proceso de incorporación, facilitando al mismo tiempo su aceptación social a través del entorno ambiental más próximo.
- **Promueven estructuras y actividades de apoyo** en el plano formativo, laboral, cultural y recreativo, considerando los déficit que presenta la realidad personal de muchos drogodependientes.
- Realizan el **apoyo al tratamiento** cuando la familia no existe o no puede hacerlo.

Por todo ello, desde los Servicios Sociales Generales se debe promover la cooperación y coordinación con estas organizaciones, a través del apoyo, asesoramiento, capacitación y mediación para la promoción y desarrollo de estas organizaciones y de las redes de apoyo social.

LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES

Existe un importante número de personas en nuestra sociedad aquejadas por problemas relacionados con el consumo de drogas, con la consiguiente dedicación de profesionales y recursos. Los principios del saber científico y popular “más vale prevenir que curar” evidencian que actuar antes de que se produzcan los problemas o al menos en una fase temprana, nos brinda la oportunidad de tener más posibilidades de abordarlos y evitarlos.

Si bien la prevención no asegura por completo el que dejen de producirse situaciones de este tipo, sí se puede asegurar que puede contribuir de forma efectiva a minimizarlos, con el consiguiente beneficio personal y social.

Sin embargo, aun cuando existe un gran consenso social de parte de las instituciones y profesionales en el reconocimiento de la importancia de la prevención, de cara a la evitación de los problemas derivados del consumo de drogas y a la disminución de su agravamiento y crecimiento futuro, en la práctica, la aplicación de los programas de prevención entraña una serie de dificultades:

- Por una parte, la presión de la demanda de atención frente a los problemas perentorios ha determinado que se dediquen más esfuerzos y recursos en el plano asistencial que en el de la prevención. (Lo “urgente” impide ver lo importante.)

- Por otra parte, la puesta en marcha de los programas de prevención entraña dificultades metodológicas y técnicas, que a veces no son tenidas en cuenta, dando lugar a intervenciones supuestamente “preventivas”, improvisadas, puntuales o poco planificadas.
- Asimismo, la insuficiencia de recursos destinados a los programas conlleva supuestamente una precaria estabilidad y continuidad de los mismos, lo que unido a la falta de evaluación redundaba en una falta de eficacia y eficiencia y, por tanto, en el descrédito de algunos de los programas abordados.

Todo ello hace necesaria una planificación técnica de las intervenciones preventivas, dentro de estructuras que permitan la continuidad y estabilidad de los programas. En este sentido, los servicios sociales constituyen un espacio idóneo para activar e impulsar la prevención frente al consumo indebido de drogas.

Para que esta intervención preventiva desde los servicios sociales sea eficaz, es necesario que se doten de la metodología y conocimientos necesarios, que les permita adecuar las estrategias más eficaces ante los nuevos retos que, en el día a día, surgen en el ámbito de las drogodependencias.

3.1 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

De cara a diseñar cómo ha de prevenirse el consumo de drogas, hemos de definir en primer lugar los aspectos relacionados con las causas, pues según los enfoquemos, así se definirán los objetivos a lograr y las actuaciones a llevar a cabo.

La complejidad de los factores que inciden en la problemática del consumo de drogas hace necesario un modelo o marco conceptual, que enmarque y proporcione una visión global de los distintos factores y de los niveles que inciden y condicionan el comportamiento y que posibiliten al mismo tiempo un marco de referencia al que ajustar la intervención.

- **Factores de riesgo**, aquellos que incrementan la probabilidad de un consumo problemático o no deseable. Estos factores no pue-

NIVEL PERSONAL	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de autonomía. • Rechazo emocional y afectivo. • Baja autoestima-poca eficacia o control percibido. • Carencias de habilidades de comunicación. • Carencia de habilidades para el trabajo de grupo. • Dificultad para manejar la ansiedad. • Escaso sentido crítico. • Sistema de valores negativo. • Falta de autocontrol. • Poca tolerancia a la frustración. • Ausencia o desconocimiento de alternativas de ocio. • Estilo de vida poco saludable. • Escasas habilidades para afrontar problemas, resolver conflictos, decisiones. • Falta de responsabilidad a su edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional percibido. • Autoestima-control sobre situaciones. • Habilidades de comunicación adecuadas. • Habilidades para el trabajo en grupo adecuadas. • Valoración positiva de las relaciones. • Saber demorar refuerzos-tolerancia a la frustración. • Conocimiento de recursos sociales. • Conocimiento de recursos de ocio. • Existencia de centros de interés. • Habilidades y talentos especiales.

NIVELES ECOLÓGICOS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN
 (Factores encontrados y valorados como relevantes en los distintos niveles)

MICROSISTEMA	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<p>Familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobreprotección. • Ausencia de refuerzo socialización (intereses educativos). • Ausencia de atención emocional y afectiva. • Modelos inadecuados de comportamiento. Consumismo. • Clima familiar negativo (estrés, conflictos...). • Padres dimisionarios. <p>Amigos-grupo de iguales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de identidad. • Imitación grupo. • Modelos al margen. • Clima de grupo inadecuado (presión, roles). 	<p>Familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades educativas. • Modelos de comportamiento adecuados. <p>Amigos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clima de grupo positivo. • Integración gratificante. • Modelos adecuados.

den ser considerados factores causales, en un sentido determinista, del consumo nocivo de drogas, sino como factores potencial-

MESO-EXOSISTEMA	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<p>Trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desempleo. • Falta de capacitación profesional y laboral. • Desorientación laboral. <p>Ocio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocio poco creativo. • Consumismo. • Estilo de ocio no saludable. <p>Escuela</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exclusión. • Bajo rendimiento. • Mala adaptación. • Ausencia de motivación y falta de expectativas. 	<p>Trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferta formativa. <p>Ocio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternativas de ocio saludable. • Oferta/conocimiento de recursos. <p>Existencia de recursos para la integración</p>
MACROSISTEMA	
FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
<p>Sociedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión hacia el consumo. • Sistema valores dominante-hedonismo. • Publicidad. • Ausencia de alternativas. 	<p>Sociedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Políticas integrales. • Programas de prevención.

mente influyentes, que pueden favorecer dicho consumo.

- **Factores de protección**, los que, por el contrario, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables y que a su vez sirven como amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo.

Si bien en la actualidad conviven varios enfoques a la vez, nuestra propuesta se plantea desde un enfoque ecológico y multicausal, que tiene en cuenta una pluralidad de factores, que condicionan la interacción del individuo con su ambiente a la hora de explicar las causas del consumo de drogas.

Desde este planteamiento, se considera que el individuo se encuentra integrado y participa en una serie de ambientes con los que interacciona, y que se estructuran desde lo personal (las propias circunstancias, características y desarrollo de las personas), hasta el ámbito macrosocial, más genérico, referido al contexto sociocultural, la sociedad en que nos encontramos, con sus normas, valores, etc., pasando por los ámbitos micro y mesosociales más cercanos (familia, colegio, amigos, barrio) y que tienen un papel crucial en el proceso de socialización. Todos estos ámbitos se encuentran interrelacionados e interactúan entre sí.

Tanto en el ámbito personal como en los demás ámbitos, podemos encontrar una serie de factores o indicadores (psicológicos, sociales, etc.) que pueden influir de una u otra forma en el consumo de drogas.

Podemos agrupar estos elementos en los diferentes ámbitos:

- **Personal:** autoestima, autonomía, capacidad de resolución de conflictos, sistema de valores, autocontrol, actitudes, estilo de vida, etc.
- **Familiar:** modelo de referencia (estilo de vida familiar), estilo educativo (control, normas, protección...) y relaciones familiares (comunicación, clima familiar, etc.).

- **Escuela:** modelo de referencia (comportamientos y actitudes del profesorado), estilo educativo (normas, control, mensajes...) relaciones en el aula y en el centro educativo.
- **Grupo de amigos:** modelos de consumo dentro del grupo, presión que ejerce el grupo, las relaciones dentro del grupo (liderazgo, dependencia), el estilo de ocio, etc.
- **Comunidad (barrio/municipio):** ubicación, ámbito urbano o rural, tipo de población, "estilo" comunitario, relaciones entre los vecinos, participación en los problemas, etc.
- **Sociedad:** sistema de valores socioculturales, relaciones sociales, actitudes sociales, normas, medios de comunicación, etcétera.

Asimismo, hay otros factores más circunstanciales, especialmente relacionados con los momentos de crisis y de estrés psicosocial, las frustraciones y altibajos emocionales, las habilidades o dificultades para enfrentarse a los problemas y solucionar los conflictos, determinadas etapas de la vida, como es, por ejemplo, la adolescencia como momento de cambio, de curiosidad por la experimentación, la imitación de los comportamientos de los adultos, la presión del grupo de amigos, etc.

Así pues, tanto en lo personal como en los demás ámbitos, hay una serie de factores o elementos que, en sí mismos, son "neutros", pero que pueden convertirse en factores de protección o factores de riesgo, dependiendo de que se desarrollen de manera equilibrada o desequilibrada o que contribuyan positiva o negativamente a incrementar o evitar el riesgo de un consumo abusivo de drogas.

Todos estos factores constituyen un campo de fuerzas que interactúan entre sí, operando tanto en el ambiente como en cada individuo. Por ello, es importante que exista un equilibrio entre todos los factores, teniendo en cuenta que tiene más importancia el resultado global que cada factor por separado, ya que de este equilibrio dinámico dependerá que se dé o no la disfunción, en este caso, el consumo abusivo de drogas. Así, cuando los factores de protección consiguen equilibrar o amortiguar los factores de riesgo es más improbable que se dé una situación

OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
Reducir la demanda de drogas.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar individuos maduros y responsables ante las drogas. • Desarrollar estilos de vida saludables. • Promocionar alternativas de ocio. • Fomentar la participación de los individuos en los ámbitos en que se integran. • Promocionar climas y estilos educativos positivos en los espacios educativos, para el desarrollo saludable del individuo. • Promover valores sociales relacionados con actitudes saludables y positivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades personales y sociales. • Educación socioafectiva. • Educación para la salud. • Generación de alternativas de ocio. • Sensibilización y formación de agentes educativos. • Sensibilización y formación de mediadores sociales y población en general. • Sensibilización social.
Reducir la oferta y promoción de drogas.	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar la disponibilidad de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación de publicidad y venta.
Reducir otros riesgos asociados al consumo.	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar patologías y riesgos • Prevenir el contagio y transmisión de enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de reducción de daño. • Generación de alternativas y estilos de vida alternativos. • Adquisición de habilidades sociales.

crítica; por el contrario, cuando son los factores de riesgo los que predominan, y los factores de protección no los compensan, es más probable que surjan las conductas problemáticas.

Desde esta perspectiva, la intervención de los servicios sociales en el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas adquiere una dimensión preventiva y de promoción, al actuar no sólo desde los factores de riesgo, tratando de compensar y corregir éstos, sino también promoviendo y reforzando los factores de protección, que actúan, no sólo como amortiguadores, para tratar de evitar la cristalización de situaciones de riesgo, sino también como promotores de un desarrollo individual y social.

Teniendo esto en cuenta, las diversas estrategias de prevención desde los servicios sociales estarán dirigidas a **reducir los factores de riesgo y estrés** a nivel personal y ambiental y **promocionar los factores de protección**, y las potencialidades del individuo y de la comunidad, reforzando las estrategias y habilidades para afrontar los problemas, incrementar soportes, ayudas y apoyos personales y sociales o mejorar las habilidades y capacidades intrapersonales, incidiendo en los ámbitos con mayor influencia en los individuos, es decir, los más cercanos y accesibles (personal, familiar, escolar, grupos de amigos, comunidad, etc.).

NIVELES ECOLÓGICOS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN
(Factores encontrados y valorados como relevantes en los distintos niveles)

NIVELES ECOLÓGICOS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN
(Factores encontrados y valorados como relevantes en los distintos niveles)

3.2 DESTINATARIOS

Los principales destinatarios de las actuaciones preventivas son:

Niños y adolescentes

La acción preventiva debe tener una incidencia importante en los primeros años de la vida de un sujeto. Tanto la infancia como la adolescencia son etapas claves a incluir en los programas preventivos.

Estas etapas de educación y socialización son, por lo tanto, las más adecuadas para favorecer que los individuos desarrollen estilos de vida saludables y se potencien los factores de protección. Cuando en ellas se inician los consumos de drogas suelen tener un carácter más experimental u ocasional, de ahí la importancia de actuar preventivamente antes de que se conviertan en consumos continuados.

Los agentes educativos de estos niños y adolescentes

En estas etapas existen unos importantes referentes que son sus agentes educativos naturales: **padres y madres, maestros y educadores**. Ellos son los responsables de los procesos de educación y socialización y, por tanto, los que tienen la responsabilidad y la posibilidad de influir en los menores y adolescentes en su desarrollo madurativo a través de:

- Modelos de referencia, en cuanto a comportamientos y actitudes a imitar.
- Estilos educativos, en cuanto a la forma de educar, de transmitir valores, de desarrollar actitudes, de establecer normas...
- Climas generados en los ámbitos en que se desarrolla el menor: comunicación, relaciones, papeles...

La comunidad de referencia

Puesto que éste es el territorio en el que están integrados todos, en el que se desarrollan los individuos y en el que se establecen las relaciones y, por lo tanto, tiene gran influencia en sus habitantes en cuanto a estilos y costumbres, integración social, solidaridad y cooperación.

El conjunto de la población y la sociedad en general

Ya que todos tenemos nuestra parte de responsabilidad y de influencia. Ya que la sociedad genera un sistema de valores en referencia al uso de las drogas y su aceptación.

Es necesario considerar que las actuaciones preventivas se dirigirán en primer término a los individuos en situación de riesgo, pero que el propio sentido preventivo hace necesario ampliar el objeto de intervención hacia todas las personas que conviven en la comunidad, en especial a los agentes educativos.

Por otro lado, también debemos tener en cuenta que, cuando hablamos de drogas, no nos referimos solamente a las ilegales, sino también a las legales, y quizá con mayor intención, ya que son las que más presencia tienen en nuestra sociedad y las que presentan mayor riesgo en sí mismas y como vía de acceso a las ilegales.

3.3 OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS

Podemos plantear que la finalidad de la prevención es “evitar la aparición de problemas relacionados con el consumo de drogas, para lo que consecuentemente habrá que evitar los consumos nocivos de drogas”.

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

- Reducir la demanda de drogas.
- Reducir la oferta y promoción de drogas.

- Reducir otros riesgos asociados al consumo de drogas.

Ahora bien, es necesario concretar estos objetivos generales en objetivos más específicos que ayuden a definir las metas a lograr y exponer estrategias que faciliten su consecución.

En el cuadro que se adjunta, se plantean para cada objetivo general unos objetivos específicos y unas estrategias relacionadas que no pretenden ofrecer una visión exhaustiva, sino un marco de referencia a la hora de desarrollar la labor preventiva.

Como vemos, se plantean un mayor número de objetivos y estrategias en relación con el objetivo general de reducción de la demanda, ya que, si bien se considera la importancia tanto de lo individual como de lo social, hacemos recaer un mayor peso en la capacidad del individuo en afrontar el consumo de drogas desde una actitud madura y responsable, capaz de resistir la presión de los medios de comunicación y de actuar con criterios propios.

Es importante destacar algunos elementos que aparecen en el cuadro, como son:

Estilos de vida saludables

Se considera que un estilo de vida es saludable cuando atiende a un equilibrio dinámico de los diferentes aspectos de la salud desde el concepto integral (físico, psíquico y social), por lo que se refiere a un amplio conjunto de elementos del plano individual.

Se plantea en plural considerando que no hay una única forma de estilo de vida saludable, sino que existen tantas posibilidades como individuos.

Alternativas de ocio

Uno de los elementos considerado clave en el consumo de drogas en la adolescencia y juventud, junto con las carencias y frustraciones personales y una sociedad que fomenta el consumismo y la competitividad, es la preeminencia del ocio consumista, en el que juegan un importante papel las drogas (legales e ilegales).

Frente a esto, se plantea la generación de alternativas de ocio no-consumista y en el que el consumo de drogas no tenga cabida.

La participación

Puesto que se considera que la falta de participación en los ámbitos de referencia influye negativamente en la integración social de los individuos y debilita los mecanismos naturales de apoyo y solidaridad.

Por último, planteamos algunos tipos de poblaciones objetivo de intervención:

- Profesores, padres y alumnos de centros educativos.
- Grupos naturales de menores y adolescentes.
- Asociaciones cuyos destinatarios son menores y adolescentes.
- Usuarios de servicios sociales.
- Población de barrios o poblados.
- Mediadores sociales.
- Trabajadores de ámbitos concretos (empresas, hospitales, administración, etc.).
- Intervención en la comunidad en su conjunto.

“En servicios sociales, en mi pueblo trabajamos a nivel del ámbito escolar, con grupos de profesores. Hemos empezado un programa de prevención de tabaquismo en el aula. También tenemos cursos de formación destinados a la policía local. Trabajamos mucho con las asociaciones y grupos que nos van planteando cosas, por ejemplo, ahora vamos a empezar a trabajar el tema del alcohol, que es lo que les preocupa” (Panel).

“El trabajo preventivo lo estamos enfocando dándole oportunidades al chaval de formar su personalidad. Estamos ofreciendo programas lúdicos y de empleo del tiempo libre. Ofrecemos oportunidades para que trabajen y se diviertan en grupo, para que participen. A través de lo lúdico podemos formar en valores” (Panel).

“La prevención la tenemos que llevar a los sitios de ocio, a los sitios donde se divierten” (Panel).

3.4 LA PREVENCIÓN COMUNITARIA

Para que los programas de prevención sean efectivos es necesario que incidan en el entorno social en el que se van a desarrollar y cuenten con la aceptación y participación de la población. Para ello es necesario incorporar a grupos, organizaciones y entorno social y coordinar los diversos sectores que integran la comunidad.

Por lo tanto, desde el nivel estratégico de una entidad promotora de actuaciones preventivas, en este caso servicios sociales, lo más adecuado es plantear la prevención desde una metodología comunitaria, que tienda a asegurar la incidencia y continuidad de las actuaciones preventivas contando con la participación de la comunidad.

Se parte de una concepción participativa y de una actuación orientada al conjunto de la población (la comunidad) considerando que todos deben asumir su responsabilidad en la prevención de drogodependencias, ya que es un problema que atañe a la comunidad en general.

Por otra parte se considera la comunidad como unidad base de población y territorio, con unas características comunes de orden social, cultural, económico, político o administrativo, que favorecen la proximidad y un alto nivel de relación interna y que la diferencian de otras comunidades (una comunidad puede ser un municipio, una mancomunidad de municipios, o un barrio de una gran ciudad).

Desde esta doble consideración, la comunidad se convierte en escenario de múltiples agentes y relaciones y en sujeto de la acción preventiva, constituyendo por tanto el ámbito clave para el desarrollo de las actuaciones preventivas, dirigidas a la reducción de los problemas derivados del consumo de drogas, por los siguientes motivos:

- La comunidad tiene un alto nivel de responsabilidad en cuanto al bienestar personal y social de los ciudadanos.
- El mejor conocimiento de la realidad, las características y la evolución de la comunidad, y por tanto de sus necesidades y sus problemas, es el que se tiene desde la propia comunidad.
- En el ámbito de la comunidad existen recursos (personas, organización e infraestructuras, servicios materiales, etc.) útiles y utilizables para actuaciones de prevención que además son cercanos, disponibles y con un alto nivel de adecuación a las características de la comunidad.
- La comunidad no sólo es responsable sino también capaz de dar los pasos adecuados para la puesta en marcha de actuaciones preventivas, analizar la situación, definir los problemas, diseñar las estrategias, disponer los recursos y llevar a cabo las actuaciones.

Desde la prevención comunitaria, vamos a plantear algunos puntos concretos a tener en cuenta a la hora de diseñar y realizar programas de prevención de consumo abusivo de drogas:

- *Debe existir un territorio de referencia.*

- *Debe tenerse en cuenta las características de la comunidad en la que se va a intervenir.*
- *Es imprescindible contar con las personas y entidades que forman parte de la comunidad y tienen algo que aportar (mediadores sociales).*
- *Debe existir una coordinación entre los distintos agentes, que se puede concretar en la formación de equipos comunitarios. Los programas deben ser intersectoriales.*

Así pues, se trata de trabajar en y con la comunidad, de elaborar programas de prevención desde el territorio que integren las actuaciones y faciliten la participación de personas o entidades que forman parte de la comunidad (vecinos, familias, entidades cívicas, ONG, personas interesadas, profesionales de los diversos servicios, instituciones y áreas) en la línea de favorecer el trabajo conjunto que permita analizar y buscar soluciones conjuntas aportando cada uno su esfuerzo.

De cara a lograr esto, lo primero es tratar que el programa responda a la realidad y las circunstancias de la comunidad, a sus intereses y necesidades con respecto al problema planteado.

Para ello se debe observar el territorio y escuchar a los informantes clave, para tratar de definir la situación, los problemas, las necesidades a la vez que se recogen las demandas e intereses de la población.

Pero cuando hablamos de comunidad, hay que plantear quién representa a la comunidad. La práctica de los programas comunitarios y la necesidad de colaboración y de incorporar a grupos, organizaciones e instituciones y al entorno social en su conjunto, obliga a contar con los núcleos organizativos y con los agentes naturales que tienen capacidad de mediar entre los programas sociales y la población: los mediadores sociales.

Los mediadores sociales son personas que, por su papel social activo en la comunidad y su contacto directo con la población (tanto desde lo profesional, como desde la propia iniciativa), conocen sus características, necesidades y problemas, sus entidades y recursos, tienen capacidad para llegar a la población y son aceptados como tales por ella. Pero, sobre todo, porque están dispuestos a implicarse, quieren ser mediadores, pueden y saben serlo.

Pueden ser mediadores sociales: los profesionales de servicios sociales o de otros servicios (educación, sanidad, empleo, policía, etc.), los educadores y animadores, los párrocos, los implicados en asociaciones (de vecinos, padres, juventud, ocio, cultura, etc.), los representantes de entidades (sindicales, empresariales, políticas, etc.), las personas de prestigio en la comunidad. En resumen, serán todas aquellas entidades, asociaciones o personas que tengan algo que decir y que aportar con respecto al desarrollo de la comunidad, puesto que el planteamiento no es elegir quién debe participar en el proceso, sino estar abiertos a todos aquellos que quieran participar, que quieran asumir su parte de responsabilidad en el problema.

Los mediadores sociales serán el primer objetivo en los programas de prevención comunitaria y el paso necesario para tener posibilidades de alcanzar cierto éxito.

Pero hemos de ir más allá. No se trata sólo de cómo implantar un programa de prevención en un territorio, sino de plantearnos la propia responsabilidad del programa y los papeles que debe jugar cada actor.

Como hemos dicho, la comunidad es responsable de su organización, desarrollo y evolución, y, por tanto, de afrontar sus propios problemas, por lo que es labor suya diseñar y desarrollar programas de prevención.

Los servicios sociales, como parte de la comunidad, deben asumir su parte de responsabilidad junto con otros actores del proceso. Pero además, los servicios sociales tienen una situación privilegiada por su misión y su estructura, que les permite actuar como “locomotora” de procesos que con el tiempo irán asumiendo el resto de los protagonistas.

“En mi distrito, los servicios sociales participamos en el Programa de Prevención Municipal, pero también están los de educación, los de deporte, los de cultura..., se hace a un nivel comunitario” (Panel).

Además los servicios sociales tienen una larga tradición comunitaria (aunque en algunos lugares, sobre todo en las grandes ciudades, se haya visto amortiguada y apartada a un segundo lugar frente a la premura de lo urgente, de asistencialismo, de la gestión de prestaciones). Los servicios sociales conocen el territorio, conocen a la población en situación de exclusión o en riesgo, saben cuáles son las necesidades y cuentan con la baza de la profesionalidad de sus equipos, que son quienes pueden impulsar el proceso, dotarle de elementos metodológicos rigurosos, conocen cómo trabajar los grupos para dar lo mejor de sí mismos, etc.

Los agentes comunitarios implicados en el proceso constituirán equipos de prevención comunitarios en los que primero se analizará cuál es el problema y sus causas, para desde aquí reflexionar sobre cuáles son las posibles intervenciones a realizar. En este proceso es mucho más importante la participación de todos que lograr unos resultados rápidos, pues es la forma de asegurar la implicación de todos y el futuro del programa.

En este proceso es importante respetar los ritmos, dejar que lleguen a sus propias conclusiones, permitir –y también caer– en los errores para así poder aprender e ir consolidando estos procesos.

También importa más que las decisiones sean consensuadas a que sean brillantes. No hemos de olvidar que el propio proceso de los equipos es en sí mismo un aprendizaje de la práctica participativa y democrática, lo que significa que esto es lo que se va a transmitir en todas las actuaciones que se realicen desde el equipo.

A partir de este trabajo, el equipo debe tender a que el papel que juegan los servicios sociales como promotor, como experto, vaya dando lugar a niveles de mayor madurez y autonomía del equipo.

Capítulo 4

Asimismo, es necesaria una coordinación entre los distintos agentes que sirva de refuerzo mutuo y no implique contradicciones de cara a evitar:

- El **derroche de esfuerzos y recursos**, al llevarse a cabo dos o más programas a la vez.
- El **desconcierto de la población destinataria** al realizarse varias actuaciones paralelas a la vez con la misma población, a veces con los mismos planteamientos (duplicidad y competencia entre programas), a veces con planteamientos diferentes (contradicciones, dudas sobre los programas, competencia entre éstos).
- La **disminución de la efectividad** de las actuaciones por competir entre sí en el territorio.
- El **descrédito de los programas** ante la comunidad al evidenciarse la falta de coordinación y consecuentemente la incoherencia entre lo que se pretende fomentar y la actitud de quien lo lleva a cabo.
- El **desgaste de las personas y entidades de la comunidad implicadas**, por su participación en varios programas a la vez, o por tener que elegir entre ellos.

Resumiendo:

- La prevención comunitaria tiende a asegurar la incidencia y continuidad de los programas.
- Los programas deben responder a la realidad de la comunidad, a sus intereses y necesidades.

- Los programas deben diseñarse, planificarse y desarrollarse desde equipos comunitarios de prevención formados por mediadores sociales y representantes de instituciones, en los que servicios sociales puede ser la “locomotora” del proceso.
- Las diferentes actuaciones deben coordinarse y evitar la competencia entre sí.

3.5 PRINCIPIOS Y CRITERIOS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La prevención de las drogodependencias, como marco general de actuaciones, constituye un entramado dinámico de estrategias, que tienen como objetivo eliminar, o reducir al máximo, la aparición de los problemas relacionados con el consumo indebido de drogas.

El desarrollo de estas estrategias requiere la elaboración de programas planificados y sometidos a unos criterios definidos y evaluables, que les den consistencia y continuidad y les diferencie de las actuaciones esporádicas.

Para ello deben estar fundamentados en tres principios básicos:

- Deben tener una adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa. **(Valoración previa y adecuación a las necesidades.)**
- Deben **cumplir unas exigencias metodológicas** en su planificación, implementación y evaluación.
- Deben estar **basados en teorías contrastadas**.

Asimismo, podemos definir una serie de **criterios de orden práctico**, fruto de la experiencia acumulada, que aseguren la concreción de las intenciones en acciones claras y adecuadas, su coherencia y profesionalidad:

- **Coherencia del programa** : sus actividades y métodos con las características del problema en la comunidad o colectivo social sobre el que se actúa y con los objetivos definidos.
- **Continuidad en el tiempo** frente a acciones esporádicas.
- Que las **acciones sean preventivas en cuanto a su intencionalidad y efectividad** , para evitar acciones excesivamente genéricas que apenas incidan sobre los problemas detectados.
- **Coordinación con los agentes implicados** de cara a realizar actuaciones conjuntas dentro de un mismo estilo y que se refuercen mutuamente, evitando contradicciones, competencia y duplicidad de esfuerzos.
- **Capacitación y motivación de los agentes preventivos** de cara a favorecer su efectividad y continuidad.

Es preciso establecer la **necesidad de realizar una planificación de las actuaciones en materia de prevención**. En este sentido, una de las aportaciones claves de los profesionales de los servicios sociales es la de aportar sus conocimientos técnicos y metodológicos en el diseño de las actuaciones que lleven a cabo y transmitirlos a los agentes preventivos implicados en ellas, de cara a garantizar la efectividad, rentabilidad y vigor de las actuaciones preventivas que se pretendan llevar a cabo.

3.6 PROCESO Y METODOLOGÍA DE LOS

METODOLOGÍA DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

ETAPAS	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTOS
ANÁLISIS	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento, identificación y comprensión del problema, tanto individual como social. • Identificación de los aspectos de la problemática que pueden ser modificados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observación, comunicación e investigación. • Recopilación de información para un primer análisis de la situación.
VALORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación de hipótesis explicativas y de intervención. • Distancia entre la situación actual y la deseable. • Diagnóstico: causas y efectos del problema, factores de riesgo y de protección. • Pronóstico: previsión sobre la capacidad del usuario para superar sus dificultades; potencialidades y dificultades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión y análisis de datos. • Planeamientos de acción a partir de datos obtenidos sobre la realidad.
INTERVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del plan de actuación elaborado en la etapa anterior y de los objetivos y estrategias. • Seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y movilización de recursos. • Ejecución de programas.
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de la intervención. • Evolución de procesos de ayuda y de los resultados obtenidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobación de la validez o invalidez de la interpretación y de la intervención.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Como se indicaba anteriormente, los programas de prevención requieren un desarrollo metodológico, que contempla desde la definición de los contenidos y población destinataria, el diseño y la aplicación de las estrategias preventivas, hasta su evaluación y por lo tanto, la constatación de su virtual eficacia. Este proceso metodológico implica una serie de etapas a desarrollar y tener en cuenta.

Posibilidades de intervención en problemas de drogas desde los Servicios Sociales Generales o Comunitarios	
ANÁLISIS Y RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA	<ul style="list-style-type: none">• Recepción y acogida de demandas.• Detección precoz.• Captación de usuarios.
VALORACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Colaboración con los servicios especializados en la recogida de información y documentación.• Diagnóstico.• Formulación de propuestas de intervención.• Derivación a servicios especializados.
INTERVENCIÓN: ATENCIÓN Y TRATAMIENTO	Según disponibilidad de recursos: <ul style="list-style-type: none">• Ayuda al restablecimiento individual, familiar y social.• Organización del acceso a los recursos de la zona.• Apoyo y supervisión en la inserción en la comunidad.• Identificación del apoyo y la ayuda propios de los cuidados informales.
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Verificación de la evolución del proceso de ayuda y de los resultados obtenidos.

En primer lugar, todo programa de prevención del consumo de drogas debe partir de una **evaluación previa de las necesidades** que permita por una parte identificar y definir el problema que se pretende evitar o prevenir (cuales son las características y extensión del mismo, definir cuáles son las variables y factores que influyen en el problema y cómo se puede incidir en el mismo), y por otra parte un análisis y conocimiento de la realidad en la que se va a actuar (características, necesidades, recursos, etc.).

En segundo lugar, hay que proceder a la **definición de los objetivos a alcanzar**, de manera que éstos deben ser claros, medibles y alcanzables, lo que significa que deben estar claramente definidos, ser específicos, fácilmente identificables, ser factibles, compatibles con otros objetivos, podrán ser expresados temporalmente tomando en cuenta las diferentes fases en las que se estructura el programa y ser operativos y cuantificables. La adecuación, entre los objetivos y las estrategias de los programas de prevención, exige una explicitación y definición de los mismos, así como la explicación de los métodos que se utilizarán para alcanzar los objetivos.

Al mismo tiempo, se ha de **definir la población objetivo** a la que se dirige la actuación preventiva, a fin de adecuar las estrategias a sus características y necesidades; partiendo para ello del conocimiento de la misma, a partir de la descripción de sus características y cuantificación, explicitando los motivos por los que se elige esta población, a cuántas personas se quiere o pretende llegar y describiendo también a través de qué medios se pretende localizarla, contactar y hacerla participar en los programas.

Otro aspecto fundamental de la programación es la **previsión y dotación de recursos humanos, económicos y materiales necesarios**, para asegurar la implantación y continuidad de los programas, lo que exige una evaluación entre los recursos disponibles y los necesarios, y una descripción de los mismos.

Por último, a fin de poder evaluar la eficacia de los programas, han de establecerse los **métodos y aspectos básicos a evaluar**: evaluación del proceso (lo que se ha realizado, cómo, recursos utilizados, etc.) y evaluación de los resultados obtenidos.

ETAPAS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTUACIONES PREVENTIVAS ANTE EL CONSUMO NOCIVO DE DROGAS

- **La evaluación previa de las necesidades**, de cara a definir concretamente cuál es el problema sobre el que hay que incidir y las características de la comunidad en que se ubica.
- **Definición de los objetivos a alcanzar**, para poder así definir las actuaciones coherentes con dichos objetivos y comprobar el grado de cumplimiento. Estos objetivos deben ser claros, medibles y alcanzables.
- **Definición de la población objetivo** a la que se dirige la actuación preventiva, a fin de adecuar las estrategias a las características y necesidades de la misma.
- **Definición de las estrategias**, que han de adecuarse a los objetivos planteados y a la población destinataria.
- **Dotación de los recursos humanos, económicos y materiales necesarios**, contrastándolos con los que tenemos y definiendo cuáles necesitamos.
- **Establecer los criterios, métodos y momentos de evaluación** en relación con los objetivos planteados y las estrategias diseñadas.

3.7 LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Es muy frecuente también que nos consideremos satisfechos con la propia realización de las acciones, sin contrastar la adecuación de lo realizado con los objetivos, sin medir los resultados obtenidos en comparación con la situación de partida.

Por lo tanto, es imprescindible establecer sistemas de medición y evaluación de lo que se lleva a cabo, para no caer en el “activismo”, no encontramos realizando actividades que poco o nada contribuyen a los objetivos planteados.

Para evitar esto y asegurar un mínimo de eficacia en las acciones que se realizan debemos plantear:

- Asegurar la adecuación de las acciones que se realizan a los objetivos previstos y a la población destinataria, teniendo en cuenta todos los elementos de los diferentes entornos en que se hayan insertados.
- Establecer claramente cuál es la situación de partida (que es la que debe haber provocado la génesis de la actuación) y cuál es la situación a la que se quiere llegar, definidas ambas a través de elementos concretos, objetivos y evaluables.
- Establecer los indicadores relacionados con dichos elementos concretos y que nos servirán de escala para medir los cambios producidos.
- Establecer los instrumentos adecuados a dichos indicadores, a los destinatarios, a las características del programa y a las competencias de las personas que vayan a utilizarlos y los momentos y formas en que se van a utilizar como valoración.
- Establecer cómo se va a evaluar, en qué momentos, quién va a participar en la evaluación y qué peso se le va a dar a dicha evaluación.

LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGAS DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES

La intervención de los servicios sociales puede definirse como un proceso de ayuda, realizado por un profesional, dirigido a individuos, grupos o sujetos colectivos, tendente a activar un “cambio” tanto en el modo de situarse de los individuos, de los grupos y colectividades frente a los problemas que les afectan o de los cuales tienen intención de hacerse cargo, como en la utilización de la manera más adecuada de los recursos y respuestas (por activar o ya disponibles) personales, colectivos e institucionales necesarios para resolver los problemas.

Objetivos de la intervención de los servicios sociales

- **Apoyar a la persona**, al grupo o a la colectividad en el esfuerzo por **entender mejor su situación**, necesidad o problema.
- **Estimular y desarrollar las potencialidades y autonomía de los usuarios** (individuo, grupo o comunidad) y promover su capacidad de reacción y de iniciativa, para llevar a cabo acciones y emprender actividades que sirvan para eliminar las causas de la situación de malestar.
- **Trabajar con el contexto** del sistema formado por los individuos y por su entorno natural y social tratando de influir sobre los diversos elementos del mismo para que se instauren interacciones constructivas, constituyendo un tejido de relaciones y un sistema de ayuda que desarrolle funciones promocionales, paliativas, reparativas y también preventivas.

- **Ayudar a las personas y los entornos vitales a convertirse en recursos** para sí mismos y para los demás a través de la **activación de redes de apoyo social y relaciones** más provechosas entre individuos y situaciones ambientales entre usuarios y recursos.

La intervención de los servicios sociales, conceptualizada así como **proceso de ayuda**, parte de unos **principios orientadores** y cuenta con una **metodología** que orienta el proceso de intervención y el modo de proceder de los profesionales desde su primer encuentro con el usuario o cliente hasta la conclusión de la acción con el mismo.

Principios orientadores

Los servicios sociales se basan en una serie de valores y principios que convertidos en normas de acción, adquieren un valor ético que caracterizan y regulan el tipo y nivel de relación entre la institución, los profesionales y los usuarios:

- Las actuaciones de los servicios sociales deben estar caracterizadas por **una actitud de ayuda**.
- Los servicios sociales parten de una **concepción dinámica de la persona y de la confianza en sus posibilidades de desarrollo y cambio a través de sus potencialidades** y de la interacción con los recursos y potencialidades de su entorno.
- Las **intervenciones deben ser integrales**.
- Deben **favorecer la implicación y participación de los usuarios** (personas, grupos o comunidad).
- Los servicios sociales deben **clarificar las responsabilidades y roles de cada una de las personas e instituciones que participan** en la intervención.
- Los servicios sociales deben **ofrecer una información veraz y lo más completa posible acerca de todo el proceso de intervención** y las causas que lo motivan.

- Deben **desarrollar el sentido de responsabilidad y de compromiso en la resolución de los problemas promoviendo su participación activa** y consecuente en todos los niveles de la toma de decisiones.
- Deben **respetar y conocer los valores y normas culturales del cliente y de la comunidad**.

En cuanto a la metodología básica, diferentes autores dividen el método en fases articuladas en orden lógico pero estrechamente ligadas una a otra en un proceso en espiral, que incluye las siguientes fases: Análisis, Valoración, Intervención, Evaluación y Conclusión del proceso. Este método de avanzar por etapas permite una actuación ordenada no casual y favorece la profesionalidad de la intervención.

La **prevención y la inserción** constituyen los objetivos siempre presentes en la intervención de los Servicios Sociales Generales que enmarcan todo el proceso.

Esta metodología que constituye el “saber hacer” de los profesionales de los servicios sociales, establece un proceso que el profesional utiliza siempre, cualquiera que sea el tipo de intervención que debe hacer y con cualquier tipo de interlocutor. Por tanto, **no se trata de inventar una nueva metodología de trabajo específico para la intervención en drogas sino de adecuar la metodología básica a las características específicas que presentan los problemas derivados del consumo abusivo de drogas.**

A continuación se analizarán las posibilidades de intervención de los servicios sociales ante los problemas derivados del consumo de drogas, siguiendo el proceso metodológico que les es propio.

4.1 ANÁLISIS Y RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

Toda intervención social pasa por el reconocimiento y análisis del problema sobre el que se quiere intervenir o actuar. Ello significa reconocer o identificar las situaciones de consumos problemáticos de drogas a fin de poder intervenir sobre ellas. En este sentido, el reconocimiento de potenciales situaciones y problemas derivados del consumo abusivo de drogas representa el punto de arranque para iniciar la intervención de los servicios competentes.

En el caso de los Servicios Sociales Generales el reconocimiento de los problemas derivados del consumo de drogas existente en la comunidad se puede producir a partir de:

- **La recepción de las demandas** que le son formuladas por los usuarios (individuos, familias u otros colectivos) o por otras instituciones o agentes sociales (escuelas, profesores) y que solicitan de manera explícita o implícita intervención y ayuda ante problemas derivados del consumo de drogas.
- **La “búsqueda activa” o detección de situaciones problemáticas y grupos de riesgo** de consumo abusivo de drogas existentes en la comunidad.

4.1.1 RECEPCIÓN DE LAS DEMANDAS

La detección directa se realiza a través de las demandas explícitas, sobre problemas relacionados con el consumo abusivo de drogas, formuladas a los servicios sociales a través de: los familiares, los propios afectados u otros servicios o agentes sociales.

DIFICULTADES Y ESTRATEGIAS PARA EL ACCESO Y ACERCAMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES A LOS GRUPOS DE RIESGO MARGINALES

DIFICULTADES	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza hacia lo institucional. • Rechazo al control. • Resistencia al cambio de estilos de vida. • Desinformación. • Distancia cultural. • Falta de comprensión de las normas y lenguajes administrativos. • Ocultación del problema. • Poca conciencia del tratamiento. • Falta de contacto de los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar su demanda. • Adaptar y adecuar el modelo de intervención (reducir los trámites burocráticos, utilizar un lenguaje claro y sencillo, proporcionar una información adecuada y facilitar el acceso a los servicios). • Intervenir en el medio. • Incitar al cambio con moderación y respeto. • Tender puentes (contar con el apoyo de los mediadores de su comunidad).

En estos casos, la recepción de la demanda por parte de los servicios sociales reviste una importancia enorme, y constituye a juicio de los especialistas en el campo de las drogodependencias un momento clave, ya que supone una petición de ayuda expresa para intervenir sobre el problema del consumo de drogas y por tanto, al constituir el primer contacto para iniciar el tratamiento, este primer enganche institucional puede convertirse en el punto de referencia que influirá y determinará la continuidad y desarrollo del proceso de intervención.

El recibir, acoger y analizar la demanda es esencial para no paralizar el proceso de intervención. Se trata en este momento de recoger datos esenciales relativos a la problemática, realizar un primera valoración e interpretación y motivar para la intervención, así como ofrecer una visión positiva de la capacidad de los servicios para atender adecuadamente las demandas que se le plantean.

CRITERIOS EN LA RECEPCIÓN DE LA DEMANDA

- 1** Establecer un **clima de diálogo y comprensión**, una atmósfera que transmita que los problemas son escuchados y comprendidos y que aquél es el lugar donde podrá dialogar de ellos.
- 2** Proponer un **marco referencial o contexto** desde donde se va a establecer la relación.
- 3** **Iniciar el análisis de la demanda**, es decir, el estudio compartido con el usuario de lo que pide y lo que quiere y de las posibilidades reales de lo que se le puede ofrecer.
- 4** **Motivar y activar al usuario** y su familia para acceder a una situación más saludable.

En este sentido, es necesario tener en cuenta los condicionamientos que pesan sobre la demanda:

- En primer lugar, **valorar de dónde proviene la misma y quién la formula**, (el propio afectado, la familia, otra institución) para **conocer el nivel de motivación interno o externo** (inducida o presionada por otros).
- También es importante **conocer la imagen y expectativas de ayuda que los usuarios** que demandan tienen del servicio y del profesional, y por qué acuden a éstos.
- **Observar la actitud y comportamiento de los usuarios** (que puede ir desde una actitud agresiva y vindicativa a una actitud seductora y dependiente) puede ofrecer algunos indicadores importantes a la hora de valorar la demanda formulada y la dimensión del problema, atendiendo no sólo a los contenidos sino también a los mensajes no verbales que acompañan el conflicto interno y los sentimientos contradictorios.

La actitud que mantenga el profesional al recibir una demanda es por tanto muy importante. Es necesario una alta capacidad de comprensión y escucha, una comunicación serena, abierta, de respeto y aceptación sin reproches ni juicios de valor, que le ofrezca confianza y comprensión.

ACTITUDES PARA LA RECEPCIÓN DE LAS DEMANDAS

- Escucha activa.
- Dedicar tiempo, prestar atención.
- Prescindir de prejuicios tópicos y connotaciones moralistas.
- Predisposición de ayuda, sensibilidad y comprensión.
- Consideración individualizada de cada caso.
- Búsqueda de motivación del usuario.

Por otra parte, es fundamental que el profesional de los servicios sociales sepa reconocer el tipo de demanda que se le formula a fin de “manejar con destreza los contextos” en los que se inicia la relación con los usuarios.

TIPOS DE DEMANDAS FORMULADAS A LOS SERVICIOS SOCIALES

- **Demandas de información:** presuponen, en principio, una demanda de información u orientación sin ánimo de establecer una relación estable con el servicio, aunque puede servir como “enganche” para iniciar un proceso de ayuda, siempre que el profesional reconozca que la solicitud de información ha sido un modo de comenzar una relación con el servicio.
- **Demandas de orientación o asesoramiento:** se solicita la colaboración del servicio para la solución de un problema, creándose la oportunidad de iniciar una relación de tipo colaborador.

- **Demandas de tipo asistencial:** la solicitud va dirigida a alguna ayuda o prestación de tipo material fundamentalmente, que en muchos casos encubre otras dificultades de tipo relacional, etc. Estas demandas deben ser convenientemente valoradas a fin de no sucumbir a la presión de la inmediatez de los solicitantes y evitar la cronificación o clientelismo de quienes las solicitan, quienes suelen multiplicar y reiterar este tipo de peticiones.
- **Demandas de control, seguimiento y/o evaluación:** las solicitudes suelen provenir de otras instituciones (servicios específicos, juzgados, etc.) y no del usuario sobre el que se ha de intervenir.

También debe tenerse en cuenta que a veces las demandas no son formuladas de forma clara y unívoca y que deberán interpretarse a través de la entrevista; así, el usuario puede hacer explícita una demanda de información que el profesional derive a un contexto de asesoramiento, etc.

Otro aspecto a considerar sería el que, en general, casi todas las demandas formuladas a los servicios sociales, y más en el caso de los problemas relacionados con el consumo abusivo de drogas, suelen venir acompañadas de la **solicitud de respuestas inmediatas**. En este sentido, no se debe, salvo en los casos de urgencia manifiesta, sucumbir a la presión de estas expectativas de inmediatez. Introducir la variable **“tiempo para la reflexión o valoración”** es pues una necesidad, por la convicción de que las soluciones inmediatas y rápidas como sería de desear para calmar la ansiedad del solicitante, son raras e ilusorias y el dejarse implicar ocasiona a menudo un perjuicio en el trabajo profesional concreto. Las demandas que presentan los drogodependientes y sus familias casi siempre van con **“trampas”**.

Para no sucumbir a las presiones de la demanda, a veces es necesaria una intervención rápida de apoyo que permita calmar la tensión y encontrar un nuevo equilibrio; el comportamiento del profesional hará o no aflorar las necesidades más profundas del usuario.

4.1.2 BÚSQUEDA ACTIVA EN LA DETECCIÓN

VALORACIÓN Y PRONÓSTICO

<p>En qué consiste el problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda. • Situación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento, evolución e historia del consumo abusivo de drogas.
<p>A quiénes afecta el problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> • P e r s o n a s implicadas. • Vivencia de la situación. • Motivación y movilización. • Capacidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Drogodependientes. • Familia. • Cómo viven las dificultades y problemas. • Sentimientos y repercusiones afectivas. • Expectativas, cambio. • Nivel de motivación para tratamiento. • Deseos de modificar la situación. • Nivel de malestar/expectativas.
<p>Posibilidades/ dificultad latentes para modificar el problema</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades. 	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel personal • Familiar. • Educativo/cultural. • Laboral. • Ocio y tiempo libre. • Legal <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> { Salud. Emocional. Relacional. Social. </div>
<p>Recursos necesarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personales. • Informales. • Formales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación, atención, tratamiento. • Redes de apoyo, grupos de ayuda (apoyo emocional, instrumental, material).

DEL PROBLEMA

Como se señalaba anteriormente, los servicios sociales deben asumir un papel activo en la detección de los problemas de la comunidad, es decir no deben permanecer sólo a la espera de la recepción de las solicitudes y demandas que se les formulan, sino que deben asumir una postura de “búsqueda activa”, para la que deberán estar abiertos a la comunidad en la que se hallan insertos, contando para ello con la cooperación y participación de los ciudadanos y de la iniciativa social y la coordinación con los demás agentes e instituciones sociales que operan en su territorio.

Detección precoz

La detección precoz significa identificar los factores de riesgo de los diversos consumos de drogas en la comunidad antes de que éstos se vuelvan problemáticos para los consumidores, sus familias y para la comunidad.

Para ello es necesario que los centros de servicios sociales se abran a la comunidad en la que están insertos, a fin de conocer la realidad y problemática de ésta, desarrollando programas comunitarios y de cooperación con la iniciativa social, programas de calle, etc., a partir de los cuales se puedan detectar y conocer:

- **Los patrones y pautas de consumo de drogas** imperantes en esa comunidad y las **actitudes y percepción social** respecto a los mismos.
- **La oferta de drogas existente** (tipos de drogas, lugares y zonas de venta y consumo).
- **Las características de** los distintos grupos de **consumidores** en la población, prestando especial atención a aquellos **grupos más vulnerables o de riesgo** (potenciales consumidores, consumidores ocasionales, consumidores al principio o inicio del abuso, población infantil y juvenil, etc).

- **La población afectada indirectamente** por el consumo abusivo de drogas: los hijos de drogodependientes, los niños/as en acogimiento familiar por encarcelamiento o desaparición de los padres.

A pesar de la gran importancia que reviste esta detección precoz de cara a la prevención comunitaria, en muchos casos está descuidada desde los Servicios Sociales Generales. Las razones de este descuido son múltiples. Las limitaciones con las que se enfrentan diariamente los servicios sociales (labores burocráticas, exceso de trabajo, presión de la demanda, problemas urgentes que se deben resolver, etc.) lo explican en parte, pero en definitiva **que los servicios estén abiertos a la comunidad o trabajen de puertas adentro es lo que realmente dificulta o favorece el que esta labor sea efectiva desde los servicios sociales.**

Las estrategias para fomentar la detección precoz de las situaciones problemáticas del consumo de drogas giran en torno a los temas de concienciación sobre el problema y de la adquisición de los conocimientos necesarios para poder identificar estas situaciones. Es decir, son estrategias de prevención comunitaria de carácter informativo, formativo y participativo, que requieren la dotación de profesionales y recursos desde los servicios sociales destinados a ella, la coordinación con otros servicios y la cooperación y colaboración con las organizaciones comunitarias y de iniciativa social.

Detección indirecta y captación de casos problemáticos

La detección de los casos ya expuestos a la toxicomanía con consumos abusivos o problemáticos, que no reconocen su adicción o la de aquellos sectores que por su marginalidad o lejanía de los servicios institucionales no acceden a éstos, constituye también un reto y una labor de los Servicios Sociales Generales.

En algunos casos, esta detección se podrá realizar de manera “indirecta”, a través de las demandas formuladas a los servicios sociales para la resolución de otros problemas, que en principio no aparecen relacionados con los problemas de drogas, pero que el profesional a partir del análisis y valoración que hace de los mismos, puede llegar a detectar.

En estos casos, los servicios sociales pueden cumplir una labor de concienciación y de información incidiendo especialmente sobre la importancia de no ocultar el problema y acudir a pedir ayuda lo antes posible para no retrasar ni complicar las soluciones.

Para ello es fundamental que los profesionales estén atentos no sólo a dar respuestas puntuales a las demandas explícitas que se les formulan, sino también a comprender y valorar las demandas implícitas, a partir de una valoración integral de los problemas, analizando los diversos factores que inciden en el mismo.

Por otra parte, algunos colectivos que se encuentran en las situaciones socioeconómicas y ambientales más desfavorecidas (gitanos, inmigrantes extranjeros...) a veces no acceden a los servicios sociales ni éstos acceden a aquéllos porque no están adaptados unos a otros. Son, no obstante, estos colectivos los grupos de mayor riesgo al impacto de las drogas, debido a las condiciones socioeconómicas, el bajo nivel cultural y de información de recursos y los hábitats degradados en los que viven en los que se da una mayor accesibilidad a la venta y el consumo de drogas con una mayor ausencia de control sobre los mismos.

Por otra parte, el impacto de las drogas en estos colectivos está afectando a aspectos claves de su convivencia, estructura social, salud, etc., pero además se ha convertido en un nuevo referente utilizado para estigmatizar a la población gitana o extranjera.

Se requieren soluciones imaginativas para favorecer el acercamiento a estos colectivos que siempre quedan al margen. Para ello es necesario que desde los servicios sociales se eliminen las barreras que dificultan el acceso y la confianza de los mismos hacia las instituciones (imágenes y representaciones de los servicios sociales como órganos de control, “quitaniños”, desinformación, resistencia al cambio y estilos de vida, etc.) y también por la falta de accesibilidad y disponibilidad de los servicios hacia estos colectivos (burocratización, lenguajes administrativos que no facilitan la comunicación, horarios, etc.).

En este sentido, es necesario que los servicios sociales se esfuercen por acercarse e intervenir con estos grupos, intentando buscar estrategias de acercamiento, tendiendo puentes a través de la unidades de trabajo social (UTS), los educadores de calle, las asociaciones y fomentando el acceso de estos colectivos a los centros. Para ello, los servicios sociales deberán ofrecer:

- Un **mensaje positivo enfatizando su función de ayuda y apoyo** y descartando como objetivo el castigar o penalizar.
- **Dar a conocer los mecanismos de acceso** al servicio.
- Explicar la filosofía de intervención de los servicios sociales, especificando cuáles son las **alternativas de apoyo disponibles** para los usuarios en los que se dan este tipo de problemas.

4.2 VALORACIÓN

La valoración hace referencia al proceso de estudio y análisis de las condiciones y características del usuario, familia y entorno relacionadas con el consumo abusivo de drogas. A través de este proceso, se pretende obtener un conocimiento del problema que permita establecer la estrategia de actuación a seguir por el servicio con el fin de responder a las necesidades específicas del caso.

A través de la valoración, el profesional de los servicios sociales se esfuerza por identificar y comprender el problema, analizar las discrepancias entre la situación actual y la deseable, utilizando las fuentes de información y datos representativos de la realidad y de las personas implicadas, de cara a establecer las bases para generar soluciones y tomar decisiones.

La valoración representa uno de los aspectos fundamentales de la intervención, ya que, en buena medida, determina la idoneidad de ésta.

OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN

- Determinar qué aspectos o **factores de riesgo** representan **los déficit o puntos débiles**, cuáles han de ser tenidos en cuenta tanto porque estén ligados directamente al consumo abusivo de drogas como porque pueden actuar a modo de obstáculos de la intervención.
- **Identificar los factores de protección** que representan los aspectos positivos o puntos fuertes de la familia en los que se podrá apoyar la intervención para solucionar el problema.
- Establecer **las áreas o aspectos** en los que debe incidir la intervención para modificar la situación problemática y los factores asociados a la misma.

- **Determinar el pronóstico** del caso y establecer qué posibilidades existen de que la condición se modifique.
- Posibilitar **la toma de decisiones** sobre las posibilidades de que las personas que se encuentren afectadas puedan contar con la ayuda requerida en cada caso y superar y satisfacer su problema.

A través de la valoración se trata de conocer y abordar el problema en su globalidad y en relación con el contexto del sujeto, centrándose en la persona; recabar informaciones previas sobre la dimensión del problema y de otros problemas a abordar, teniendo en cuenta el carácter multidimensional de los problemas de consumo de drogas y la interacción de los diferentes factores tanto de riesgo como de protección en la agudización del problema o en la resolución del mismo.

Se deben evitar juicios de valor ya que no se trata de juzgar sino de comprender.

CARACTERÍSTICAS DE LA VALORACIÓN

- **Global e integral**: tiene en cuenta y analiza las diferentes áreas de necesidades y valora las capacidades de los usuarios, de las redes y de los sistemas de apoyo formales e informales.
- **Participativa**: debe contar con la participación del usuario tanto en el análisis de los problemas como en el compromiso con las soluciones que se propongan.
- **Dinámica**: la valoración exige una permanente revisión; mientras se valora se redefine la situación, se plantean objetivos y se vuelve a valorar.

La valoración social, a diferencia del “diagnóstico clínico” tiene un aspecto más positivo. No sólo se dirige a los síntomas o déficit, sino que pone el acento en las potencialidades y recursos, tanto del usuario o de la persona afectada por el problema, como de su contexto. Asimismo, trata de desvelar las motivaciones, capacidades, predisposición al cambio, habilidades para trabajar con objetivos, etc., tratando de valorar los puntos débiles y los puntos fuertes que pueden frenar o favorecer el tratamiento.

ETAPAS DE LA VALORACIÓN

1. Identificación de la situación actual.
2. Identificación de la situación deseable.
3. Análisis de las causas de las discrepancias entre la situación actual y la deseable.
4. Análisis del potencial en términos de recursos y posibilidades.
5. Identificación de los sentimientos que produce en los implicados la problemática: cómo la viven, deseo de cambio, sus propias capacidades.
6. Definición del problema en términos claros y precisos.
7. Priorización de los problemas identificados.
8. Búsqueda de soluciones para formular metas y diseñar el proyecto de intervención.

Mediante el análisis de los indicadores de la valoración, se puede formular un pronóstico sobre la posible evolución del caso. Cada persona que demanda ayuda lo hace desde unas coordenadas concretas y específicas, que se habrán de analizar para encontrar la mejor respuesta posible. Habrá que tener en cuenta la demanda, la severidad del problema, las características psicosociales del caso y el tipo de dispositivos con los que se cuenta.

Para la valoración y análisis de los factores de pronóstico, tanto positivos como negativos, se podrían considerar los siguientes indicadores:

INDICADORES DE LOS FACTORES DE PRONÓSTICO

- **Motivación del usuario y la familia** para el tratamiento y para colaborar con el servicio.
- **Situación de dificultad o riesgo**, si es puntual o coyuntural de un momento de crisis, recurrencia-persistencia de la situación de dificultad y del consumo, etc.
- **La conciencia o reconocimiento** que el usuario y la familia tienen sobre la situación de drogodependencia o la negación, no aceptación de la situación, o de un posible control de la misma.
- **Presencia de factores de alto riesgo** (incidencia, gravedad, intensidad).
- **Cronicidad y soluciones intentadas** (aislamiento familiar, redes de apoyo).
- **Capacidad para poder entender la situación** por parte del usuario, de la familia, etc.
- **Antecedentes anteriores** de situaciones de drogodependencias, tratamientos, recaídas, abandonos, etc.

En función de esta valoración y pronóstico se diseñará la intervención posterior.

4.3 ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

A partir de una primera valoración y pronóstico del caso, se diseñará la intervención posterior orientada a proporcionar la atención y/o el tratamiento que cada caso requiera, bien canalizando la demanda de ayuda, derivándola a otros servicios especializados en toxicomanías, o bien asumiendo el propio servicio social la intervención.

En la mayoría de los casos el tratamiento específico sobre el problema de consumo de drogas requerirá la derivación a los servicios especializados, sobre todo cuando la intervención desde los servicios sociales sea inviable o la complejidad o gravedad del caso supere sus posibilidades de intervención, atención y tratamiento.

La decisión de la derivación o no del caso dependerá de las características del servicio (contar con un equipo multidisciplinar o no), la voluntariedad de la persona afectada para acudir al servicio especializado, gravedad de la problemática, accesibilidad y disponibilidad de los recursos específicos, posibilidades de utilizar servicios normalizados (médico rural, psicólogo escolar, etc.) que cubran aspectos concretos del tratamiento que el servicio social no podría hacer, la formación y capacitación de los profesionales y el apoyo que puedan recibir desde los servicios especializados.

Para reconducir y canalizar a los usuarios hacia recursos especializados cuando sea necesario, habrá que “motivar y acompañar” a la persona hasta el acceso al tratamiento en la red de atención.

Para realizar una buena derivación, se debe tener, en primer lugar, un buen conocimiento de los recursos específicos de la zona, a partir del cual se podrá valorar cuál es el más adecuado y se adapta mejor a las necesidades, problemática y características del usuario. Asimismo, también hay que tener en cuenta la accesibilidad (geográfica, física, económica, etc.) de los servicios especializados.

Por otra parte, la derivación deberá facilitar el trabajo a los profesionales de los servicios especializados. Al realizar esta derivación habrá que proporcionar un informe en el que se incluyan los datos recogidos, cuál ha sido el trabajo realizado desde el servicio, fundamentación de la propuesta, etc. También es conveniente establecer un contacto previo con los profesionales del servicio especializado, informándoles de la derivación del caso y asegurándose de que éste llega efectivamente al servicio especializado y no se “pierde” por el camino.

Capítulo 5

Al mismo tiempo, el acompañamiento del usuario en el proceso de derivación pasa por la explicitación de las razones y conveniencia de dicha derivación y la motivación para acudir al servicio especializado, implicándole en la decisión, ofreciéndole una información y orientación respecto a las posibilidades que puede encontrar en dicho servicio y otorgándole credibilidad y confianza en el mismo; no ocultándole las dificultades, pero tampoco destacándoselas, no prometiéndole ningún otro beneficio que los que se derivan de la rehabilitación y otorgándole la confianza en su capacidad para conseguir la rehabilitación.

Condiciones para realizar una buena derivación

- **Valoración de la problemática** y de la realidad y circunstancias de la persona afectada.
- **Implicación del usuario**, motivación, toma de decisiones y aceptación.
- **Conocimiento de los recursos y servicios especializados.**
- Valoración de la **adecuación, disponibilidad, adaptabilidad y accesibilidad de los servicios especializados** a las características, necesidades y problemas del usuario.
- Coordinación y comunicación entre los profesionales de los servicios sociales y los servicios especializados.
- **Protocolos de derivación.**
- **Conferir credibilidad** en el servicio especializado.
- **Ofrecer seguimiento y apoyo.**

Pero aun cuando se produzca la derivación del caso desde los servicios sociales, ello no significa que éstos deban desentenderse del mismo, ya que pueden existir otros problemas colaterales, familiares, sociales, etc., ante los que habrá que establecer un plan de intervención conjunta con los servicios especializados, de cara a prestar los apoyos comunitarios y proveer el acceso a los recursos normalizados que faciliten la inserción de los casos en tratamiento, y el retorno a la comunidad.

En este sentido, cabe destacar las siguientes intervenciones desde los Servicios Sociales Generales:

- Ayuda en el restablecimiento individual, familiar y social.
- Organización del acceso a los recursos de la zona.
- Apoyo y supervisión en las reinserciones en la comunidad.
- Identificación del apoyo y la ayuda propios de los cuidados informales.
- Ejecución y realización de tratamientos familiares y articulación de su seguimiento.

Por otra parte, habrá casos en que no sea necesaria la derivación y que puedan ser susceptibles de atención a nivel comunitario, proporcionando ayuda y apoyo en el restablecimiento individual, familiar y social y facilitando el acceso a los recursos y redes de apoyo formal e informal.

En otros casos también será necesaria la intervención de los Servicios Sociales Generales en la recaptación de usuarios tras la recaída en el consumo o el abandono del tratamiento de cara a reincidir en el mismo.

En el tratamiento de los problemas derivados del consumo de drogas cobra especial importancia la **intervención con las familias**, ya que su inclusión en el tratamiento se convierte en una necesidad ineludible, dado que el sistema familiar juega un papel importante en la etiología de los problemas del consumo abusivo de drogas, y también los problemas derivados de éste tienen enormes consecuencias en las relaciones y dinámica de la vida familiar.

La familia se convierte así en **objeto de intervención**, ya que la aparición de las drogodependencias hace necesaria la atención sobre el conjunto de sus miembros y no sólo de la persona afectada.

La familia necesita la orientación y el apoyo necesarios para mejorar su funcionamiento y ofrecer al drogodependiente las orientaciones adecuadas y apoyo en el tratamiento, al tiempo que puede mantener la armonía y el equilibrio de las relaciones entre todos los miembros.

Por otra parte, si la familia es atendida y apoyada, se puede convertir en un recurso que favorece la rehabilitación del drogodependiente, ya que juega un papel importante en la detección del problema, en la búsqueda de soluciones (la mayor parte de las demandas de tratamiento provienen de las familias de los drogodependientes) y en el acompañamiento y seguimiento del tratamiento del familiar drogodependiente, así como en su rehabilitación y normalización.

Por todo ello, es necesario que, desde los servicios sociales, se preste apoyo a las familias y se revitalice su papel, **promoviendo la organización de grupos de autoayuda y su inserción en redes de apoyo y cooperación que les permitan trabajar juntos**, tanto en la problemática que les afecta como en la prevención comunitaria de la misma.

Algunos ejemplos de los grupos y acciones que en esta línea se realizan desde los servicios sociales son:

- Grupos de madres-padres con hijos drogodependientes.
- Grupos de familias acogedoras de niños, hijos de drogodependientes (los abuelos, los tíos, ...)

- Grupos de abuelos-nietos.
- Grupos de parejas de drogodependientes. Mujeres-maridos de alcohólicos.
- Seguimiento de los niños/as hijos de drogodependientes.
- Seguimiento de los niños/as en acogimiento familiar.

“A lo mejor el trabajo de servicios sociales de atención primaria es trabajar el contexto. Trabajar con las familias, con los niños. Ésta es una forma de dar soporte a los servicios específicos en el tratamiento” (Panel).

4.4 LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN DROGODEPENDENCIAS

Como hemos visto en capítulos anteriores, desde los Servicios Sociales Generales, hay toda una labor que desarrollar en materia de drogodependencias, pero también es cierto que, como fenómeno complejo, va a requerir, en función del sujeto y del momento del mismo, actuaciones específicas que sólo podrán brindarse desde recursos especializados preparados para tal fin.

A tal efecto, y sin que eso signifique que se generen redes paralelas, existe toda una serie de programas y recursos especializados, dotados de funciones definidas para ofrecer respuesta a una población tan heterogénea como es la población drogodependiente.

PROGRAMAS

Tradicionalmente se ha distinguido entre dos tipos de programas de tratamiento en drogodependencias:

- Programas libres de drogas.
- Programas de mantenimiento con metadona.

Los primeros son precisamente aquellos que no utilizan agonistas opiáceos, y cuyas actividades terapéuticas están basadas en la estimulación y desarrollo de las propias potencialidades del individuo.

Hoy en día sería más correcto distinguir entre los programas en función de los objetivos que pretenden:

- Programas orientados a la abstinencia.
- Programas de reducción del daño.

En el segundo grupo se inscribirían aquellos programas que no buscan explícitamente la abstinencia completa del individuo sino:

- Reducción de la cantidad de droga consumida.
- Reducción de las actividades delictivas encaminadas a financiar el consumo.
- Reducción de las patologías orgánicas y psíquicas asociadas al consumo de drogas.
- Reducción del impacto en la sociedad del consumo de sustancias.

Estos programas de reducción del daño suelen utilizar la administración controlada de agonistas opiáceos (generalmente metadona, pero también buprenorfina, LAAM). En función de los objetivos concretos pueden distinguirse dos tipos:

- **Programas paliativos.** Son aquellos cuya única función es frenar el deterioro que provoca el consumo de sustancias, ya sea por la imposibilidad de cambio de los individuos o por la presencia de enfermedades en fase avanzada que hagan inviable ningún cambio. Su nivel de exigencia es bajo.

- **Programas orientados al cambio.** Son aquellos cuya primera intención es la mera contención del daño, pero que prevén una posibilidad de cambio a medio plazo, tras la estabilización de los individuos, no descartándose un paso hacia otro programa orientado a la abstinencia. Su nivel de exigencia es medio o alto.

DISPOSITIVOS

Centros ambulatorios de referencia

Suelen ser los dispositivos encargados de recibir las demandas de tratamiento, bien de forma directa, bien a través de dispositivos inespecíficos (servicios sociales, servicios sanitarios, etc.). Se procede en primer lugar a la valoración de la demanda de modo que pueda establecerse *un plan de intervención individualizado*.

En un primer momento, se establecen los objetivos (abstinencia o reducción del daño) y el nivel de exigencia adecuado. Posteriormente, se decide la posible permanencia en régimen ambulatorio en el propio centro, o bien la conveniencia de derivar, temporal o definitivamente, a otros dispositivos más adecuados a la consecución de los objetivos propuestos. En caso de derivación temporal, el usuario retornará posteriormente al centro ambulatorio para culminar su proceso de rehabilitación.

Las actividades que se desarrollan en estos centros atienden numerosas vertientes: psicoterapéuticas, educativas, ocupacionales, sanitarias, comunitarias, etc. El centro además opera como punto de referencia para la coordinación con otros recursos (sociales, sanitarios, laborales, judiciales, etc.) que se requieren para complementar el tratamiento.

Comunidades terapéuticas

Centros residenciales donde se desarrollan actividades terapéuticas, educativas y ocupacionales, durante determinados períodos de tiempo, produciéndose después el retorno al centro de referencia. Aunque persisten algunas comunidades terapéuticas paraprofesionales, también han ido creciendo modelos plenamente profesionalizados que, a diferencia de las anteriores, no se configuran como programas totales, sino como meros eslabones de la cadena asistencial, cumpliendo funciones muy específicas, pero sin pretender abarcar la globalidad del problema, que habrá de completarse con la vuelta del sujeto a su ambiente habitual. Son espacios de aprendizaje, entrenamiento y experimentación de opciones alternativas a la dependencia. Se trata de espacios eminentemente grupales, entendiéndose por ello que el grupo es, a la vez, instrumento y objeto de trabajo. Su nivel de exigencia es muy alto.

Centros de día

Se sitúan a medio camino entre los dos anteriores, proporcionando actividades de la misma índole, ocupando una gran parte del día, pero desarrollando el trabajo en un entorno próximo al habitual del sujeto. Los usuarios no residen en el centro, aunque pueden pasar en él la mayor parte del día, acudiendo por la tarde a su domicilio habitual.

Pisos tutelados

Son residencias provisionales, utilizadas por un grupo de usuarios bajo la supervisión de profesionales, que suelen ubicarse en las últimas fases del proceso de tratamiento/reinserción. En ellos se desarrollan ciertas actividades, pero su sentido principal es proyectar al individuo hacia una vida progresivamente normalizada, siendo su espacio de trabajo el exterior. Suelen estar en permanente coordinación con los centros de tratamiento ambulatorio donde los sujetos siguen recibiendo atención, progresivamente menos intensa.

Talleres ocupacionales

Espacios de aprendizaje de habilidades concretas, con intencionalidad ocupacional o de capacitación prelaboral. Son complementos a la actividad de reinserción, y pueden ser específicos para drogodependientes, o inespecíficos.

Unidades de desintoxicación hospitalaria

Ubicadas generalmente en hospitales generales o psiquiátricos, su función es proporcionar atención específica para superar el síndrome de abstinencia (de heroína o de alcohol, generalmente) permaneciendo los sujetos el tiempo estrictamente necesario para conseguirlo, y retornando inmediatamente al centro de referencia.

Unidades de mantenimiento con antagonistas y aversivos

Utilizan la administración de antagonistas opiáceos (naltrexona) o de aversivos del alcohol (cianamida, disulfiram), que pueden limitarse a una administración supervisada de estos compuestos, con un mero apoyo psicosocial, o inscribirse como subprogramas de los centros de atención a drogodependencias, desarrollándose, en este caso, el resto de actividades propias de estos dispositivos.

Centros de dispensación de agonistas

Encargados de la administración de agonistas opiáceos (metadona, buprenorfina, LAAM), pueden limitarse a su mera dispensación, desarrollando las actividades terapéuticas y educativas en el centro ambulatorio de referencia; o bien proporcionar la totalidad de intervenciones encaminadas a la reducción del daño.

Unidades móviles

Proporcionan los elementos del programa de reducción del daño (jeringuillas, preservativos, agonistas) en puntos prefijados de la ciudad o comarca, a los que acuden los usuarios que pueden o no estar desarrollando un programa de tratamiento en algún centro ambulatorio.

Centros de contacto

Su función es proporcionar algún punto de referencia a drogodependientes sin hogar, con vida completamente desestructurada, facilitándoles alimento, asilo circunstancial, jeringuillas, preservativos y, sobre todo, información sobre las opciones de tratamiento, fomentando su motivación para utilizarlas.

LA INSERCIÓN SOCIAL

El objetivo de la intervención social de los servicios sociales, en los casos o situaciones de problemas de consumo abusivo de drogas, es que las personas afectadas, y los que con ellos conviven, puedan desarrollar una vida saludable y socialmente normalizada y puedan participar activamente en la vida social de la comunidad en que viven.

La consecución de este objetivo viene determinada, por una parte, por una intervención positiva sobre el sujeto drogodependiente y su entorno más inmediato, y por otra, por cambios en la sociedad, que hagan posible la participación activa de los drogodependientes en la misma.

Todo ello exige la confluencia de una variedad de estrategias psicoterapéuticas, educativas, sanitarias y sociales dirigidas hacia el individuo, su familia y su comunidad de pertenencia.

Los Servicios Sociales Generales juegan un papel central en este proceso. Como ejes vertebradores de las políticas comunitarias coordinan las diversas estrategias que permiten proporcionar a los individuos, grupos y comunidad, respuestas integrales y globales a los problemas.

La inserción se articula dentro del marco de los Servicios Sociales Generales y usa toda la red de servicios públicos y de la iniciativa social, disponibles. Con los distintos agentes, recursos y servicios comunitarios se articula una red comunitaria de participación en la que colaboran los distintos colectivos sociales.

De este modo, la inserción se convierte en un objetivo, pero más que una etapa, es un proceso social, que aparece configurado por las siguientes características:

- Es un **proceso central** que recorre toda la intervención.
- Es un **proceso normalizado**, no debe ser segregador y opera en un marco no exclusivo de reinserción para drogodependientes.
- Es un **proceso comunitario**, que se resuelve en un marco ecológico y comunitario concreto.
- Es un **proceso plural** que se puede resolver de diferentes formas.
- Es un **proceso incierto**, las vivencias personales, los contextos socioculturales e históricos y las oportunidades sociales hacen de la inserción un proceso recurrente y a veces incierto.

La inserción social se caracteriza fundamentalmente por ser un proceso de socialización y normalización, que trata de responder adecuadamente a las necesidades personales del sujeto, evitando la segregación y la marginación.

La inserción no es en ningún caso unidimensional, debe contemplar los distintos aspectos que constituyen la integración del individuo en el contexto social, atendiendo tanto a las necesidades especiales del drogodependiente, en este caso, como a los recursos y condiciones que deben promoverse en el contexto social.

Ello supone la necesidad de adecuar los objetivos de los programas de inserción social de drogodependientes a la realidad social que les rodea, ajustando las expectativas de los programas a las dificultades y posibilidades reales de su entorno, y teniendo en cuenta las características y recursos que el mismo ofrece.

No ajustar las expectativas de los programas a la realidad social (con elevadas tasas de paro, altos precios de la vivienda, insuficiencias en el tejido social) provocaría sin duda la frustración tanto de las personas afectadas como de los profesionales.

En este sentido, la inserción social no sólo va a requerir una acción positiva sobre el sujeto drogodependiente y su entorno más inmediato, sino que precisa de cambios en la sociedad que hagan posible la participación activa de los drogodependientes en la misma.

Es precisamente esta doble dimensión individual y social de los procesos de inserción la que los hace complejos y de difícil materialización.

El papel fundamental a jugar por la sociedad en los procesos de integración de una parte de sus miembros ha sido puesto de relieve por numerosos autores. La sociedad no es un agente pasivo ni en la génesis de las drogodependencias ni en la superación de las mismas, con la consiguiente incorporación efectiva de los sujetos afectados por ellos.

Es decir, la integración supone la contribución de los afectados y de la comunidad para lograr una equiparación de oportunidades, que permita la igualdad y plena participación de las personas con problemas de drogodependencias en la vida y el desarrollo social.

“Inserción consiste en poner al drogodependiente en igualdad de condiciones, en oportunidades parecidas al resto de la población de su nivel” (Panel).

Por equiparación de oportunidades se entiende el proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad se ponen a disposición de todos, especialmente de las personas con desventaja social. Esta equiparación de oportunidades encuentra su fundamentación en tres principios:

- Principio de **integración** como reconocimiento de las necesidades y potencialidades específicas de cada individuo y grupos sociales.
- Principio de **accesibilidad** como condición necesaria para que las personas con problemas disfruten de oportunidades sociales equiparables a las de sus conciudadanos.

- Principio de **participación y autonomía** como reconocimiento del derecho de todas las personas a participar en la vida social, económica y cultural de su comunidad.

Desde este enfoque, la provisión de recursos específicos para lograr la integración de los drogodependientes debe entenderse como complementaria a la provisión de recursos más ordinarios, siendo su objetivo primordial promocionar a éstos hacia situaciones y recursos más ordinarios y normalizados.

“En la lucha contra la exclusión no se trata de crear nuevos recursos específicos para cada tipo de excluido, sino de multiplicar el efecto combinado de los dispositivos normalizados de tipo laboral, económico, formativo, de salud, social, cultural, adecuadamente combinados” (Hualde, G.).

“La inserción tiene que ser inespecífica porque si no la discriminación positiva es marginadora de por sí ¿no?” (Panel).

Así pues, la inserción se debe entender como el conjunto de recursos puestos a disposición de la persona para que ésta pueda responder adecuadamente a las necesidades que de forma transitoria o permanentemente se puedan presentar.

Por otra parte, en la atención a las necesidades especiales que plantean las personas con problemas de drogodependencias, habrá que tener en cuenta no sólo las limitaciones y dificultades, sino sobre todo sus potencialidades y posibilidades de desarrollo y participación, disponiendo las condiciones y oportunidades adecuadas.

Se recogen a continuación una serie de principios o criterios básicos que es necesario tener en cuenta a la hora de aplicar programas de intervención en el ámbito de la inserción con drogodependientes.

CRITERIOS BÁSICOS DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA INSERCIÓN DE LOS DROGODEPENDIENTES

- La inserción es un proceso que se inicia y desarrolla simultáneamente a las intervenciones asistenciales y rehabilitadoras.
- Las actuaciones para la inserción de drogodependientes **deben tratar de utilizar los recursos y redes generales** que favorezcan la normalización y eviten la segregación.
- La inserción es un **proceso individualizado**, en el que se deben fijar estrategias diferentes para cada sujeto y objetivos intermedios.
- La inserción exige una **intervención sobre el medio social** del que forman parte los drogodependientes, acción que irá dirigida a conseguir la participación de la comunidad en este tipo de programas.
- Las actuaciones reinsertivas necesitan concretarse, operativizarse, por lo que deben definirse unas áreas básicas de actuación y unos objetivos para cada una de ellas.

Suelen señalarse cinco áreas básicas en los programas de inserción: relacional, laboral, formativa, salud, lúdico-recreativa.

Los objetivos a cubrir en cada una de estas áreas son:

- El **establecimiento de relaciones positivas con familias**, amigos y personas que no tienen ni han tenido contacto con las drogas.
- **Capacitación para la obtención y mantenimiento de un trabajo** remunerado y normalizado (adquisición de conocimientos y habilidades).
- **Mejora del nivel educativo y enriquecimiento de su bagaje cultural** (inicio o reanudación de estudios, fomento de interés por determinadas expresiones culturales, etc...).

- **Desarrollo de una forma de vida saludable** (adquisición y mantenimiento de determinados hábitos higiénicos y alimenticios, práctica de actividades deportivas, etc...).
- **Desarrollo de actividades y capacidades de carácter lúdico** que permitan una ocupación saludable del tiempo libre.

Para el desarrollo de estos objetivos es necesario el establecimiento de un programa individualizado de inserción, que a partir de la valoración de las estrategias de intervención adecuadas para cada persona, establezca los objetivos y actuaciones necesarias.

Los Servicios Sociales Generales juegan un papel importante:

- En la gestión y facilitación del acceso a los recursos existentes en la comunidad.
- En la gestión de las prestaciones que puedan favorecer una evolución positiva del proceso de inserción.
- En la intervención en el contexto familiar incidiendo sobre los problemas que vinculados o no a la drogodependencia, pueden influir en el proceso de superación de la misma.
- En la coordinación y cooperación con la iniciativa social y redes de apoyo formal e informal.
- En el desarrollo de acciones comunitarias que propicien cambios en los estereotipos e imágenes que la comunidad tiene sobre los toxicómanos y que dificultan su inserción.
- En la promoción de grupos y recursos normalizados que faciliten la incorporación y participación social de los drogodependientes.

“Servicios sociales tiene un gran poder, que es el acceso a una prestación económica que tiene como objetivo la inserción. Por ejemplo, el IMI, PIRMI... es una herramienta fabulosa para apoyar un proceso de inserción” (Panel).

Anexo 1

“Las pensiones de reinserción han favorecido el tratamiento abordado coordinadamente desde servicios sociales y servicios específicos” (Panel).

Tradicionalmente la inserción social en la sociedad pivotaba en dos pilares fundamentales: la familia y el trabajo. La familia, como unidad de convivencia y el trabajo como medio de autonomía económica e inserción laboral. La crisis de ambos induce a pensar en otros paradigmas para la inserción.

Por una parte, las familias de los drogodependientes son, en muchos casos, deficitarias o están sufriendo el problema de manera que es necesario proporcionarles apoyo. En cuanto al trabajo, en un momento de crisis, con altos índices de paro, resulta aún más difícil plantear una necesidad de cambio en los contextos en los que se producen.

Todo ello reclama la necesidad de buscar nuevos caminos. Entre los prioritarios figuran aquellos que faciliten la inserción por la vía económica. Las rentas mínimas de inserción han supuesto un instrumento de apoyo económico importante para propiciar un proceso de inserción. Otros caminos son la creación de un tercer sector de utilidad social –las empresas de inserción intermediario entre los sectores del mercado y no mercado–, la creación de experiencias de empleo tutelado para drogodependientes rehabilitados, los programas de lucha contra la pobreza, etc.

“Los usuarios son más sensibles ante la realidad del mercado de trabajo actual. Las barreras personales son el impedimento principal y encajar su perfil profesional con la demanda es difícil de conseguir. La propia autoexclusión del mercado laboral ‘normalizado’ es la consecuencia fundamental. Su autoestima, la valoración de sus propias capacidades personales y profesionales, además de propuestas de autoempleo favorecidas por ellos mismos, son muestras de profundización y reforzamiento en el trabajo educativo de la intervención individual y grupal” (Panel).

“Desde el Centro de Servicios Sociales estamos haciendo prospección del mercado de trabajo más inmediato al entorno del distrito –inicio de relaciones con empresas del sector, coordinación de esfuerzos y acciones con otros servicios de orientación sociolaboral, busca de trabajo, etc.–” (Panel).

ASPECTOS EMERGENTES A TENER EN CUENTA

Cabría señalar algunos aspectos emergentes, derivados de los cambios en el consumo abusivo de drogas, a los que habrá que dar respuesta y diseñar desde servicios sociales nuevas estrategias de intervención.

La metadona

En algunos casos, desde los Servicios Sociales Generales, se plantea la duda de qué hacer con aquellos drogodependientes que estando en un tratamiento con sustitutivos opiáceos solicitan personalmente o a través de los centros específicos de tratamiento el acceso a recursos de inserción. Tal duda se sustenta en un hecho: en realidad, estos sujetos no han superado su dependencia y siguen recibiendo opiáceos a diario.

Parece conveniente hacer una reflexión en torno a tres ejes:

- ¿Qué están tomando?
- ¿Cómo lo están tomando?
- ¿Qué objetivos pueden establecerse en cada caso?

¿Qué están tomando?

En relación a la sustancia, el concepto que de ella manejemos va a determinar el trabajo que se pueda desarrollar:

- Si consideramos a la metadona, el LAAM o la buprenorfina como “drogas sustitutivas” concluiremos que el sujeto que las recibe es un “drogodependiente en activo” si bien su consumo es “controlado”. Desde este punto de vista, el acceso a recursos normalizados de incorporación social puede hacerse dificultoso por incoherente.

- Si, por el contrario, consideramos que tales sustancias son psicofármacos (compuestos médicamente controlables que ejercen su función sobre determinadas estructuras o funciones del sistema nervioso central), que son administrados bajo control médico para paliar las deficiencias del sistema opioide, ya fueren previas o consecutivas a la adicción, entonces nos sería difícil establecer diferencias significativas entre estos sujetos y cualquiera de los pacientes normalizados que reciben psicofármacos para paliar sus trastornos de sueño, de ansiedad, de depresión o de dolor crónico. Considerado de esta manera, no deberían existir trabas a la incorporación a cualquier recurso normalizado de los sujetos en fase de reinserción.

¿Cómo lo están tomando?

La metadona o cualquier otro sustitutivo puede ser administrado básicamente de dos formas:

- En programas de mera dispensación. Su objetivo es la normalización social del drogodependiente y la reducción de los daños que pueda infligirse a sí mismo y a su entorno social.
- En programas amplios, en los cuales el opiáceo es un instrumento para alcanzar objetivos más ambiciosos, entre los que se encuentra la plena integración social.

¿Qué objetivos pueden establecerse en cada caso?

En base a las dos diferencias anteriores, puede considerarse que un sujeto al cual se está administrando un opiáceo de sustitución, y que se muestra capaz de mantener la abstinencia a su droga principal y al resto de las drogas que han sido objeto de abuso en su historial adictivo, está en igualdad de condiciones con un usuario con idéntica evolución en un programa libre de drogas, con o sin administración de antagonistas.

Anexo 2

Los objetivos de los servicios sociales en todos los casos, no deberían diferir siempre y cuando existiera una adecuada coordinación con el recurso específico cuya función será la de proporcionar los informes que ratifiquen una evolución coherente con los objetivos de incorporación social propuestos.

“Para el acceso a las actividades nosotros consideramos que lo que importa es la situación de la persona, no que esté tomando metadona o no. Depende de que esté cubriendo objetivos de inserción o no” (Panel).

“La metadona puede ser una puerta de entrada al sistema” (Panel).

“Cuando hablamos de inserción ¿de qué estamos hablando?, yo diría que de la normalización en su actividad diaria, en su programa de vida, aunque estén en programa de metadona” (Panel).

El sida

Hasta hace menos de un año el sida era considerado como una enfermedad irremediamente mortal a corto o medio plazo. El deterioro de estos enfermos les impedía efectuar una actividad laboral normalizada, tanto por el riesgo que entrañaba para su salud como por determinados problemas que pudieran generarse en su entorno laboral. Las políticas sociales, contemplando esta situación, se enfocaron a paliar la incapacidad laboral, a proporcionar ingresos sociales a través de pensiones no contributivas, y, en fin, a excluir toda exigencia hacia estas personas.

Desde finales de 1996, todo parece haber cambiado. El éxito de determinadas combinaciones de fármacos abre una vía cierta hacia la consideración del sida como una enfermedad crónica, no necesariamente mortal, y es previsible, no ya desde el optimismo, sino desde una óptica estrictamente realista, que los actuales fármacos sean en breve sustituidos por otros de mayor eficacia y menores efectos secundarios.

Mientras que antes los fármacos disponibles sólo proporcionaban un relativo incremento de la calidad de vida, las actuales combinaciones medicamentosas consiguen en muchos casos (cuando no se hayan producido deterioros irreversibles) una calidad de vida comparable a la de muchos otros enfermos crónicos que requieren administración continuada de tratamiento farmacológico y que, en ningún caso, están excluidos del mundo laboral.

Sin duda, de confirmarse esta **tendencia a la cronicidad** médicamente controlable, la consideración de los infectados por el virus del sida obligará a una reconsideración en las políticas sociales, hará innecesario un proteccionismo hasta ahora inevitable, elevando el nivel de exigencia requerido para acceder a prestaciones que deberán considerar los niveles de competencia de estos sujetos y su capacidad de inserción normalizada en el mundo laboral como en cualquier otro ámbito de desenvolvimiento social.

*“Yo pienso que la exigencia al drogodependiente le dignifica”
(Panel).*

“Hay que romper el discurso de ciertos profesionales hiperproteccionistas de los ‘pobres toxicómanos’” (Panel).

ESCENARIOS ESPECÍFICOS

Los menores

Los problemas derivados del consumo de drogas tienen una enorme incidencia en la población infanto-juvenil.

En este sentido habría que considerar, por una parte, a los menores hijos de padres toxicómanos, y por otra a los menores consumidores. Ambos casos pueden considerarse de alto riesgo social y, por tanto, objeto de intervención por parte de los Servicios Sociales Generales.

En lo que se refiere a los menores hijos de padres toxicómanos, se considera que la toxicomanía de los padres representa un factor de alto riesgo y de vulnerabilidad, con una atención inadecuada y un potencial desamparo y maltrato, ya que los padres drogodependientes suelen ser inestables y ejercer la paternidad de forma inadecuada, a veces desatendiendo de forma radical o prolongada, debido a sus recaídas, desaparición del hogar, estancias en prisión u otras causas.

Por otra parte, los niños que conviven en hogar de padres toxicómanos se socializan, en algunos casos, en modelos antisociales (prostitución, mendicidad, tráfico y consumo de drogas, etc.).

Por todo ello, desde los Servicios Sociales Generales se deben orientar actuaciones preventivas para detectar y evitar situaciones de desamparo de menores, interviniendo individual y familiarmente y, en los casos necesarios, disponer de familias de acogida, mejorando la problemática de los padres y actuando, antes de llegar a situaciones de desamparo o maltrato.

Es importante que los servicios sociales se presenten ante estos colectivos como servicios de ayuda que actúan en interés del niño, y venzan el recelo y reticencia de los afectados que los ven como servicios de control que les van a privar de la guarda y tutela de sus hijos. Los servicios sociales deben ser un elemento de ayuda y apoyo para motivar a los padres, si quieren conservar la tutela de sus hijos, a iniciar un cambio de vida saludable y favorable para los menores a su cargo, iniciando un tratamiento y rehabilitación.

“Los padres son muy reticentes a manifestarse por las connotaciones que los servicios sociales tienen para ellos, generalmente por miedo a la pérdida de la tutela de los hijos. Nos ven como el quita-niños” (Panel).

Algunas sugerencias a tener en cuenta:

- Los hijos de drogodependientes son susceptibles de intervenciones preventivas, para evitar malos tratos y futuras toxicomanías.
- Es importante pactar ayudas con los padres con contraprestaciones (IMI, PIRMI, ...) que favorezcan una mayor estabilidad familiar.
- Ofrecer información y facilidades de información sexual y anticonceptivos a las mujeres toxicómanas.
- Facilitar alternativas sociolaborales a los adolescentes en situaciones de fracaso escolar.
- Facilitar la realización de actividades fuera del horario escolar.
- Apoyar los grupos de autoayuda de abuelos acogedores.

Por otra parte, en relación con esta problemática, los servicios sociales deberán también prestar especial atención al colectivo de los “abuelos”, ya que una buena parte de los menores, hijos de padres toxicómanos, conviven con los abuelos provisionalmente, motivado por un ingreso en prisión o desaparición, o permanentemente motivado por el elevado número de muertes relacionadas con el sida. Un estudio realizado en Barcelona en 1991 sobre los hijos de padres toxicómanos confirmó que el 32 por 100 de los niños vive con sus abuelos. Los abuelos necesitan apoyo tanto material como emocional y seguimiento, por parte de los servicios sociales, para que puedan atender adecuadamente a los menores que tienen a su cargo. En este sentido, cabe destacar el papel de los servicios sociales en la promoción de grupos de autoayuda .

En cuanto a los menores consumidores, el consumo de drogas entre menores es uno de los temas más problemáticos y que mayor alarma social ha generado en los últimos años. Todos los estudios recogen las tempranas edades en las que se producen los primeros consumos de drogas, tanto legales como ilegales. Las características de esta franja de población también suponen un obstáculo a cualquier intervención eficaz: en estas edades el consumo de drogas se inscribe en el marco de toda una serie de conductas de afirmación, de tránsito a la consideración de adulto, de actitudes de rechazo a lo institucional, de búsqueda y experimentación.

Todo ello supone que la autoadministración de drogas puede quedar enmascarada por problemáticas de índole intergeneracional, de conflicto evolutivo en la familia, sin que sea posible discernir cuál de todos es el problema que requiere intervención prioritaria.

Otros hechos constatados pueden complicar aún más la situación: entre las características de la adolescencia se encuentra la necesidad de enfrentarse permanentemente al conflicto. Ello tiene como consecuencia la formación de la personalidad, pero también el riesgo de que el hecho de soportar elevados niveles de ansiedad o tristeza (alcance o no el rango de una auténtica depresión) pueden hacer que las sustancias adictivas se conviertan en automedicamentos, con el riesgo de cronificación.

Es frecuente que los Servicios Sociales Generales reciban demandas de atención en las cuales el consumo de sustancias aparece como motivo de preocupación dentro del entorno familiar. Por contra, también es frecuente que sea precisamente el consumo de drogas de uno de los miembros el que determine la demanda de atención, pudiéndose comprobar rápidamente que tal situación no es sino el reflejo de una complicada problemática familiar, asumida pero no resuelta, cuya importancia es muy superior a la de un consumo sintomático fácilmente abordable.

Será el trabajo de los servicios sociales el que pondere adecuadamente cada uno de los elementos del problema. En el caso de que el consumo de drogas en el menor aparezca como efectivamente problemático será preciso contar con la colaboración de los dispositivos específicos, pero también en este caso con el sistema educativo y con determinadas instancias judiciales. Existen experiencias a nivel autonómico o municipal de programas específicos dedicados a menores consumidores, que aunque están encuadrados en servicios de atención a drogodependientes tienen una estrecha relación con los Servicios Sociales Generales de su distrito o municipio.

Poblaciones con problemática jurídico-penal

Las consecuencias del abuso de drogas son de orden sanitario y social, pero son innegables las de carácter policial-judicial. En las diversas instancias del sistema penal y del social muchas personas drogodependientes efectúan a veces la andadura de dos procesos que no siempre discurren sin interferencias mutuas.

Sin duda alguna se puede afirmar que el problema de la drogodependencia es uno de los rasgos más acusados en las poblaciones con problemática jurídico-penal. En este sentido, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, en la reunión celebrada en Ginebra en 1992, consideró que en interés de la salud es más conveniente dirigir a los toxicómanos con problemas penales hacia programas de tratamiento comunitarios. Si no reciben el tratamiento adecuado continuarán siendo fuente de problemas para los servicios sociales y también de tensiones en las cárceles por derivarlos indebidamente. En muchos países se ha tenido como resultado el hacinamiento en las cárceles.

La reforma de la legislación penal-penitenciaria opta por crear un marco jurídico que favorezca las medidas de rehabilitación del toxicómano delincuente. En concreto, las medidas de seguridad suponen una postura posibilista, es decir, aprovechar la presión judicial para motivar al drogodependiente hacia el tratamiento.

Anexo 3

La implicación de estas medidas va a depender, entre otros factores, de la implicación de los servicios sociales en estos escenarios, es decir, en las comisarías y juzgados, y en los centros penitenciarios. Resultan necesarias la colaboración y coordinación de las Administraciones de Justicia y Penitenciaria con los Servicios Sociales Generales.

Los servicios sociales deben favorecer la reinserción social de los drogo-dependientes con problemas jurídico-penales tanto durante la detención como tras su puesta en libertad, e incluso en los supuestos en que se haya decidido adoptar una fórmula alternativa a la del cumplimiento de la condena en un centro penitenciario.

En comisarías y juzgados los Servicios Sociales de Atención al Detenido deben vincularse estrechamente con los médicos forenses, y deben coordinarse con los Servicios Penitenciarios, así como con los Jueces de Vigilancia Penitenciaria. Actuaciones a realizar:

- Apoyo en las peritaciones. Éstas sirven para decidir la imposición de una medida de seguridad, la prisión preventiva, la libertad provisional y cambios en la medida a aplicar.
- Realizar propuestas terapéuticas a los órganos judiciales.
- Gestión de la información y seguimiento de la medida. Para ello debe de tratar de permanecer en constante coordinación con las instancias encargadas de realizar los tratamientos o ejecutar las medidas, a fin de facilitar el seguimiento judicial de esa ejecución.
- Coordinación, derivación y seguimiento entre los Servicios Sociales Penitenciarios y los Servicios Sociales Generales.

En los centros penitenciarios, la asistencia social en el ámbito penitenciario tiene como fin primordial hacer posible la inserción de los reclusos; se persigue, por lo tanto, que gocen de los mismos servicios y prestaciones que los demás ciudadanos. En consecuencia, han de tender al trabajo conjunto con los servicios sociales de las restantes administraciones, la colaboración y coordinación entre los mismos es fundamental. Así lo recoge el artículo 228 del Reglamento Penitenciario: promover la coordinación de sus servicios sociales con las redes públicas de asistencia social, incidiendo especialmente en los penados clasificados en tercer grado, los liberados condicionales, definitivos y sus familiares.

Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de la población reclusa es drogodependiente, los programas de intervención sobre drogodependencias constituyen una parte fundamental del tratamiento penitenciario y la labor social es uno de los pilares del tratamiento. Existe una Circular de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias sobre “Política global de actuación sobre drogas en Instituciones Penitenciarias” donde se establecen los Grupos de Atención al Drogodependiente, como equipos funcionales multidisciplinares; están compuestos por tres/cuatro profesionales penitenciarios pertenecientes a diferentes áreas de responsabilidad, entre ellas el área social impulsada por la figura del trabajador social, y por profesionales no penitenciarios. Así se posibilita la tan deseable unidad de acción entre lo penitenciario y lo extrapenitenciario.

EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

Uno de los principales ejes alrededor de los que se articula la estructura organizativa del Plan es un Grupo Interministerial, presidido por el Ministro del Interior y del que forman parte los Ministros de Justicia, de Educación y Cultura, de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Asuntos Sociales, así como el Secretario de Estado de Hacienda, el Secretario de Estado de Economía y el Secretario de Estado de Relaciones con las Cortes. La Secretaría de este Grupo Interministerial la ostenta el Delegado del Gobierno para el PNSD.

El Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, de estructura orgánica básica del Ministerio del Interior, regula en detalle las funciones que le corresponden a la Delegación del Gobierno. Entre éstas cabe destacar:

- Preparar e informar los asuntos que hayan de someterse al Grupo Interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Desarrollar las acciones y propuestas derivadas de los acuerdos de este Grupo Interministerial y velar por su ejecución.
- Ejercer, cuando proceda, la coordinación en este ámbito, entre los servicios o unidades de los distintos departamentos ministeriales.

- Mantener relaciones con las diferentes Administraciones Públicas y Organizaciones no Gubernamentales, así como con otras instituciones privadas y expertos, tanto nacionales como extranjeros.
- Dirigir el Sistema de Información sobre Drogas.
- Coordinar la asignación de los recursos presupuestarios del Plan Nacional sobre Drogas.
- Participar en las reuniones de los organismos internacionales correspondientes e intervenir en la aplicación de los acuerdos que se deriven de las mismas.
- Llevar el Registro General de Operadores de Sustancias Químicas Catalogadas, y ejercer las demás competencias que al Ministro del Interior le atribuye la Ley 3/1996, de 10 de enero, de medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.
- La recepción, análisis y estudio de la información sobre tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionado con dicho tráfico.
- Proponer programas de actuación para la lucha contra el tráfico y el consumo de drogas.
- Gestionar el fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados, a fin de que se destinen a la prevención, asistencia y rehabilitación de drogadictos, así como al apoyo a la represión de la oferta de drogas.
- En particular podrá corresponder al Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por delegación del Secretario de Estado de Seguridad, en cuanto a la coordinación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, las competencias en materia de:

- a) Delitos de tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionados con dicho tráfico, cometidos por organizaciones criminales.
- b) Delitos de tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionados con dicho tráfico, cuyo enjuiciamiento corresponda, por razón del territorio, a la Audiencia Nacional.
- c) Delitos conexos con los anteriores, o relacionados con ellos, por razón de la utilización de beneficios económicos procedentes de los mismos.

El otro gran eje es la relación entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas, que se efectúa a través de dos órganos:

- a) La Conferencia Sectorial, presidida por el Ministro del Interior, órgano de decisión política, formado por los miembros del Grupo Interministerial y los Consejeros responsables de la política de drogodependencias en el ámbito autonómico.
- b) La Comisión Interautonómica, presidida por el Delegado del Gobierno para el PNSD, de la que forman parte los responsables directos de los Planes Autonómicos sobre Drogas existentes en las 17 CC.AA. y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que eleva propuestas de carácter técnico a la Conferencia Sectorial y ejecuta las directrices emanadas de la misma.

La participación de la sociedad civil –(Organizaciones no Gubernamentales, iniciativa privada, fundaciones, empresas, ...)- se articula mediante variadas fórmulas de cooperación entre las que se encuentra la Comisión Mixta Delegación del Gobierno para el PNSD-Coordinadora de ONGs.

DIRECCIONES DE INTERÉS

Administración Central

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

C/ Recoletos, 22 28001 MadridTf: 537.26.88

Comunidades y Ciudades Autónomas

Comunidad Autónoma de Andalucía

Comisionado para la Droga

Consejería de Asuntos Sociales

C/ Héroes de Toledo, s/n

Edificio Junta de Andalucía, 41006 Sevilla ...Tf: (95) 455.42.25 Fax (95) 455.41.35

Comunidad Autónoma de Aragón

Coordinación de Drogodependencias

Dirección General de Salud Pública

Dpto. de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.

Paseo María Agustín, 36

50071 ZaragozaTf: (976) 71.43.14 Fax (976) 71.43.40

Comunidad Autónoma del Principado de Asturias

Director Regional de Acción Social

Consejería de Servicios Sociales

C/ General Elorza, 35

33001 Oviedo (Asturias).....Tf: (98) 510.65.43 Fax: (98) 510.65.78

Comunidad Autónoma de las Islas Baleares

Director General de Sanidad

Consejería de Sanidad y Consumo

C/ Cecilio Metelo, 18

07003 Palma de MallorcaTf: (971) 17.68.88 Fax: (971) 17.68.89

Comunidad Autónoma de Canarias

Director General de Atención a las Drogodependencias

Consejería de Sanidad y Consumo

C/ Enrique Wolfson, 36

38004 Santa Cruz de Tenerife.....Tf: (922) 60.44.75 / 60.43.65 / 45.22.87

.....Fax (922) 24.15.67

Comunidad Autónoma de Cantabria

Coordinador Regional de Drogas

Consejería de Presidencia

C/ Calvo Sotelo, 19

39002 SantanderTf: (942) 20.77.92 Fax: (942) 20.77.93

Comunidad de Castilla-La Mancha

Director del Plan Regional de Drogas

Consejería de Sanidad

Avda. de Francia, 4

45005 ToledoTf: (925) 26.72.67 ext. 267 y 146

.....Fax: (925) 26.72.72

Comunidad Autónoma de Castilla y León

Secretario General de Sanidad y Bienestar Social

Consejería de Sanidad y Bienestar Social

Avda. de Burgos, 5

47071 ValladolidTf: (983) 41.36.60 / 41.36.70

.....Fax: (983) 41.37.42

Comunidad Autónoma de Cataluña

Director del Órgano Técnico de Drogodependencias.

Consejería de Sanidad y Seguridad Social

Travessera de Les Corts, 131-159

08028 BarcelonaTf: (93) 227.29.00 ext. 166 Fax: (93) 227.29.90

Ciudad Autónoma de Ceuta

Director del Centro Provincial de Drogodependencias

C/ Juan de Juanes, 4

11702 Ceuta.....Tf: (956) 50.33.59 Fax: (956)50.92.93

Comunidad Autónoma de Extremadura

Secretario Técnico para el Plan Integral sobre Drogas

Consejería de Bienestar Social

Avda. del Guadiana, s/n

06800 Mérida.....Tf: (924) 38.53.77 Fax: (924) 38.57.81

Comunidad Autónoma de Galicia

Comisionado del Plan Autonómico sobre Drogodependencias

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Edif. Administrativo San Cayetano

Santiago de Compostela (La Coruña).....Tf: (981) 54.18.59

.....Fax: (981) 54.18.65

Comunidad Autónoma de Madrid

Director de la Agencia Antidroga

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Avda. Islas Filipinas, 50

28003 MadridTf: (91) 554.86.98 Fax: (91) 554.90.01

Ciudad Autónoma de Melilla

Consejería de Bienestar Social y Sanidad

Pza. de la Marina Española, s/n

52001 Melilla.....Tf: (952) 67.54.24 Fax: (952) 67.80.80

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

**Gerente del Servicio Murciano de Salud
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales**

C/ Ronda de Levante, 11- 4ª planta
30008 Murcia.....Tf: (968) 36.20.73 Fax: (968) 36.20.70

Comunidad Foral de Navarra

**Director Técnico del Plan Foral de Drogodependencias
Consejería de Sanidad**

C/ Amaya, 2
31002 PamplonaTf: (948) 42.14.40 Fax: (948) 42.35.10

Comunidad Autónoma del País Vasco

**Secretario de Drogodependencias
Consejería de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social**

C/ Duque de Wellington, 2
01011 VitoriaTf: (945) 18.81.04 Fax: (945) 18.93.11

Comunidad Autónoma de La Rioja

**Coordinador de Salud Mental y Drogodependencias
Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social**

C/ Villamediana, 17
26071 Logroño.....Tf: (941) 29.11.00 Fax: (941) 29.11.47

Comunidad Autónoma Valenciana

**Director General de Salud Pública
Consejería de Sanidad y Consumo**

C/ Lauria, 19
46002 ValenciaTf: (96) 386.67.30 Fax: (96) 386.72.53

Algunas Organizaciones no Gubernamentales

Coordinadora de ONG`S que intervienen en Drogodependencias.

C/ San Bernardo, 97-99 Edificio Colomina, 2º F
28015 MadridTf: (91) 593.09.08 Fax: (91) 446.00.89

CÁRITAS

C/ San Bernardo, 97 Bis 7.ª planta
28015 MadridTf: (91) 444.10.00 / (91) 444.10.19 Fax: (91) 593.48.82

CRUZ ROJA ESPAÑOLA

C/ Fernando el Santo, 17-4º izda.
28010 MadridTf: (91) 310.47.57 / 310.46.70 Fax: (91) 308.49.44

F.A.D.

Avda. de Burgos, 1-3
28036 MadridTf: (91) 357.16.84 Fax: (91) 302.69.79

PROYECTO HOMBRE

Avda. Osa Mayor, 19
28023 Aravaca (Madrid).....Tf: (91) 357.16.84 Fax: (91) 307.00.38

U.N.A.D.

C/ Cuesta de Santo Domingo, 11-6º Ctr.
28013 MadridTf: (91) 542.49.66 Fax: (91) 542.84.30

Bibliografía

AGUILAR, M., GAVIRIA M., LAPARRA, M. (1989). *“Los proyectos IMI. Comentarios teóricos y resultados prácticos”*. Consejería de Integración Social. Madrid.

BADIA, S., FABREGAS, L. (1994) *“Una experiencia comunitaria de drogodependencias”*. Revista de Trabajo Social, nº 135.

BIANCHI, E. *“El Servicio Social como proceso de ayuda”*. Ed. Paidós, 1994.

BUENO ABAD, J. R. (1992) *“Los Servicios Sociales como instrumento de protección social”*. Nau Llibres.

CALAFAT, A. (1993) *“La escuela y los programas de prevención de las drogodependencias. Perspectiva. Líneas de trabajo y opciones”*. En *Políticas de prevención de las drogodependencias en el medio escolar*. CREFAT. Madrid.

CANO, L et al. (1991): *“El equipo social de base en el abordaje, tratamiento y prevención del alcoholismo y otras drogodependencias”*. En *Revista de Serveis Socials*, nº 15 y 16.

CANO, L., MAYOR, L., CANTON, E. (1991) *“El equipo social de base en el abordaje y tratamiento y prevención del alcoholismo y otras drogodependencias”*. En *Revista de Serveis Socials*. nº 15-16, Generalitat Valenciana.

CARLOS LEÓN, J. , CHACON, F. (1996) *“Atención primaria en Servicios Sociales. Prevención y cambio social”*. IV Jornadas Intervención Social. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

CARON, J. (1996) *“Una teoría ecológica para la intervención comunitaria: acceso y conservación de los recursos”*. En *Revista Intervención Psicosocial* nº 14.

CARRÓN, J., SANCHEZ, L. et alt. (1995). *“Los Servicios Sociales y la atención a Drogodependientes”* Ed. GID- PND.

COMAS, D. (1992): *Las drogas. Guía para mediadores juveniles*. INJUVE. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

DIAZ, M., VILLAVERDE, P. (1997). “*La incidencia del barrio en las drogodependencias. La experiencia de San Fermin*”. Ed. CREFAT. Monografías 1.

DURAN, A., BUENO, F. “*Familia y Drogodependencia*”. Ayuntamiento de Valencia. Plan Municipal de Drogas 1996.

EQUIPO DE COORDINACIÓN DEL PROYECTO URBAN (1997). “*Iniciativa comunitaria Urban en Barcelona. Proyecto Serra d`en Mena*”. En *Educación Social* nº 6.

ESCUDERO TORRAS, M.E. (1996) “*Niños olvidados*”. En *Revista de Trabajo Social* nº 143.

FERNÁNDEZ CASTILLO, A., VILCHEZ, F.(1996). “*Resistencia al cambio en las intervenciones desde Servicios Sociales comunitarios: Revisión conceptual*”. *Revista Intervención Psicosocial*, Vol. V, nº 13 pg.

FERRER, Y., PÉREZ GONZÁLEZ, C. (1991). “*Panorámica actual y tendencias futuras en la prevención*”. *Revista Serveis Socials* nº 15-16, Valencia.

GARCÍA GONZÁLEZ, P. (1.994). “*Trabajo comunitario ¿una historia acabada?*” *Revista de Trabajo Social* nº 133.

GARCÍA ROCA, J. (1997). “*Políticas sociales ante la exclusión. Aportación del Trabajador Social*”. En *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 38.

GIL LACRUZ, M. et alt. “*Aproximación operativa a los conceptos de participación y sentimiento de pertenencia: Estrategias de intervención en la comunidad*”. *Intervención Psicosocial*. Vol. V, nº 13.

GILGON, J.F. (1996). *Human Development and Adversity. An Ecological perspective. part I. Families in Society. The Journal of Contemporary. Human Service*, nº 77, nº 7 - 8.

GONZÁLEZ ROJAS, J.M. y PABLOS, P. (1996). “*Un espacio interdisciplinar de coordinación entre servicios*”. IV Jornadas de Intervención Social. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

GONZÁLEZ, E. (Coord.) (1996). “*Menores en desamparo y conflicto social*”. Ed. CCS. Madrid.

GRACIA E., et alt. (1995). “*El apoyo social*”. Colección LCT 108. Ed. Promoviones y Publicaciones Universitarias. Barcelona.

- GUGINO, C., CAPRI, D. (1994). *“Otras dimensiones del proceso de ayuda”*. Ed. Paidós. (1994).
- HADLEY, M., COOPER, M., DALE, P., STACK, G. (1987) *“A community social worker`s hand - book”*. Tavistock, London.
- HUALDE URRALBURU, G. (1996). *“Itinerarios de inserción: propuestas a la carta”*. En Encuentros municipales sobre Drogas. Bilbao.
- ITACA. (1995). Libro de Ponencias. *“Aprender y cambiar. Balance y perspectivas de futuro de la intervención sobre drogas en Europa”*. Barcelona.
- JIMENEZ, A., et alt. (1995). *“Los problemas de integración social de drogodependientes”*. GID-Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- LOSADA, M. J., MARQUEZ, P., SEBASTIÁN, P. (1996). *“Los trabajadores sociales en los centros de atención a drogodependientes”*. VII Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Sevilla.
- MAGRANE, M., VELILLA, A. (1996). *“La intervención del trabajador social en los programas de mantenimiento con metadona para personas drogodependientes”*. VII Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Sevilla.
- MARTÍN, E. (1987). *“Prevención de drogodependencias: marco comunitario”*. En Reinserción y Drogodependencias. Asociación para el Estudio y la Promoción del Bienestar social. Madrid.
- MARTÍN, E. (1994). *“La prevención comunitaria. Avances y límites en drogodependencias”*. Intervención Psicosocial. Volumen III, nº 7.
- MENDOZA, R. (1994). *“Diseño y planificación de Programas preventivos”*. En Curso de Agente de prevención comunitaria de las drogodependencias. CREFAT. Madrid.
- MOLINA, B., et alt. (1988). *“Cuaderno de orientación para asistentes sociales”*. Comisionado para la Droga. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía.
- NAVARRO, S. (1995). *“Experiencia de Educación Familiar en el ámbito municipal”*. En Revista de Trabajo Social, nº 140.
- NAVARRO, S. (1996). *“Un enfoque alternativo en la intervención con familias desde la Comunidad”*. En Revista de Educación Social nº 4.

O'HAGAN, K. (1996). *“Competence in Social Work practice. A practical guide for professionals”* Ed. Jessica Kingsley. London.

PAYNE, M. (1995). *“Teorías contemporáneas del T.S.”*. Paidós. Barcelona.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1996). Colección *Actuar es Posible*. *“La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar”*. Ministerio del Interior.

DE LA RED, N. (1997). *“Trabajo social y lucha contra la exclusión social a través de la integración social y el trabajo en redes”*. En revista de Servicios Sociales y Política Social nº 38.

REINA, F. (1988). *“Relación de la atención primaria con la atención especializada a drogodependientes”*. Comunidad y Drogas. Monografía, nº 5.

ROMEU, R., y BAULENAS, G. (1988). *Funciones de los Servicios Sociales Comunitarios en la atención a drogodependientes*. En Comunidad y Drogas nº 2.

RUEDA, J.M. (1996). *“Repensar els serveis socials”*. En Revista Redes de S. Socials, nº 0. Huelva.

RUEDA PALENZUELA, J.M. (1993). *“Programa, Implementar Proyectos. Evaluar. Instrumentos para la acción”*. Ed. Certeza. Colección INTRESS nº 5.

SACANELL, E. (1996). *“El espacio sociosanitario desde el punto de vista de los Servicios Sociales”*. En Encuentros Municipales Sobre Drogas. Bilbao.

SACANELL, E., MONTSERRAT, I. (1994). *“Acciones para la inserción laboral desde un servicio social municipal”*. En Intervención Psicosocial nº 8.

SALVÁ, F. (1997). *“Nuevas perspectivas para la inserción laboral de personas con especiales dificultades especiales”*. Educación Social nº 6.

SÁNCHEZ, L. (1989). *“Drogas y Servicios Sociales”*. En Eslabón nº 7.

SÁNCHEZ, L. (1995). *“La intervención asistencial en drogodependencias desde los Servicios Sociales Generales”*. En Cuadernos de Trabajo Social nº 8.

SEGURA, J. (1995). *“La noción de Comunidad y el equipo de Salud”*. Área 3, nº 2.

TORRALBA, L., et alt. *“Pla Municipal d'acció sobre Drogodependencies. Actuacions 1992-1995*. Ayuntamiento de Barcelona.

TRUJILLO GAVIRA, A., CARRIO CRUZ, M. (1996). *“Intervención social con drogodependientes en activo”*. VII Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Sevilla.

UNAT.(1995). *“Inserción socio-laboral de drogodependientes. Dificultad y alternativas”*. Cuadernos UNAT nº 3.

XUNTA DE GALICIA. (1996). *“Experiencia de treballo comunitario en Galicia”*. Col. Drogodependencias.

VARIOS AUTORES. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (1996). *“Intervención en Drogodependencias: Areas y técnicas”*. Monografía.

PLAN MUNICIPAL CONTRA LAS DROGAS. *“Revisión del Modelo de Atención: Una respuesta a las nuevas formas de Drogodependencia”*. Area de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid (1995).

DIRECCIÓN GENERAL DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, . Documentos Técnicos de Salud Pública nº 27 *“La influencia de los adultos en los comportamientos de los adolescentes de 14 a 16 años escolarizados en la Comunidad de Madrid”* (1995).