

SEVILLA

21 de noviembre de 2006

E

L

A

MESA REDONDA 1

LAS INTERVENCIONES LOCALES SOBRE DROGAS

<i>Las exigencias de coordinación.</i> Alfredo Castillo Manzano	9
<i>La prevención posible.</i> Jesús A. Pérez-Arróspide García	19
<i>Sociedad civil y Administraciones Locales.</i> María Jesús Manovel Báez (ND)	
<i>Actuar localmente en (drogo)dependencias. La experiencia del Plan Provincial de Huelva.</i> Alfonso Ramírez de Arellano Espadero	25
<i>La intervención desde los Servicios Sociales Comunitarios.</i> José Manuel Ramírez Navarro	33

MESA REDONDA 2

LA INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES: MODELOS Y EXPERIENCIAS

<i>Hirusta: un programa preventivo para adolescentes con conductas de riesgo y sus familias.</i> Enriqueta Montejo García	45
<i>Proyecto Atlántida: protocolos para la gestión de los conflictos escuela-familia-municipio.</i> Yolanda Troyano Rodríguez	54
<i>Nuevos perfiles de jóvenes policonsumidores que demandan tratamiento.</i> Encarnación Aguilar Silva . . .	64
<i>Actuando ante el riesgo. La prevención específica desde el Ayuntamiento de Sevilla.</i> Inés de Sola Jiménez	67

CONFERENCIA 1

<i>Drogas: el principio del fin.</i> Javier Urra Portillo	75
---	----



1. INTRODUCCIÓN: HISTORIA DE UN ENCUENTRO

En estas dos últimas décadas de existencia de la respuesta Institucional a los problemas de las adicciones en nuestro país y en nuestra Comunidad Autónoma, observamos la presencia de todo un conjunto de iniciativas y medidas diversas procedentes de las Administraciones y de los sectores sociales, que han venido a paliar los efectos producidos por las sustancias.

Debemos reconocer que en un primer momento las respuestas resultaban imaginativas y bastante intuitivas en función de cómo se vivía el fenómeno. Ello hizo que el conjunto de las Administraciones se volcará en incluir medidas dirigidas a paliar y prevenir los efectos de las sustancias, aportando medios y recursos como nunca hemos conocido ante una situación de emergencia social.

En los primeros años de la creación del Plan Andaluz sobre Drogas, los Entes Locales se preocuparon más que por definir su ámbito competencial por intervenir, debido a la dimensión que estaba tomando este fenómeno social que estaba siendo percibido como “problema de primer orden” por los ciudadanos. Por ello, no importaba tanto que fueran o no competentes, sino que había que acudir ante la existencia de un conflicto sin precedentes en el ámbito de las enfermedades y epidemias en nuestro país.

Ello permitió la creación de un fuerte discurso ideológico cohesionado, junto a un método de intervención que contó con el consenso de todos los sectores sociales. Sin embargo, aquella tarea que hoy nos puede parecer fácil, en aquellos momentos resultó enormemente compleja.

Ello fue así, debido a las dificultades de todo tipo que iban surgiendo, y al escaso conocimiento existente sobre el fenómeno y las formas de intervención. En la prevención de las drogodependencias se focalizaban las respuestas en ámbitos concretos —educación y familia— y en función de que había que acudir de forma urgente a la etiología del problema, mientras que desde la intervención asistencial se buscaba atender a los consumidores.

Previo a ello, en algunos lugares nos encontrábamos con programas y recursos creados desde las Administraciones Locales que venían interviniendo con un carácter específico. Así, el Ayuntamiento de Sevilla, a comienzos de los años ochenta, contaba con programas de carácter preventivo dirigido al ámbito educativo y a la capacitación y formación de los profesionales de los distintos ámbitos —salud, trabajo social, educación—. También, el Ayuntamiento de Almería puso en marcha varios programas de carácter preventivo y de incorporación socio-laboral y la Diputación de Cádiz tuvo un programa asistencial en el que se incluían actuaciones preventivas.

En aquellos momentos las Administraciones Locales respondieron con un alto nivel de implicación, al desarrollar todo un conjunto de iniciativas que vinieron a dar respuestas, de forma parcelada, a diferentes ámbitos de la intervención aunque difícilmente llegaban a cubrir todas las áreas o aspectos que se requerían, debido a la complejidad del problema.

Como podemos ver, el fenómeno de las adicciones había obligado a las Administraciones, previo a la existencia de un marco competencial en materia de servicios sociales y de drogas, a implicarse.

Con la llegada del Plan Nacional y el Plan Autonómico, adquieren las intervenciones un carácter integral e integrador, donde poco a poco las Administraciones Locales se van replegando a aquellas áreas de intervención donde los marcos normativos las sitúa:

- Desarrollar programas de prevención, fundamentalmente de carácter comunitario.
- Promoción social de los usuarios de drogas, mediante medidas socio-laborales.
- Elaborar y desarrollar medidas limitadoras de la oferta.
- Ejecutar su capacidad inspectora y sancionadora, mediante la policía local.
- Y, la más importante, coordinar las intervenciones en materia de drogodependencias a nivel local.

No obstante, en Andalucía, debemos reconocer, desde un primer momento, el importante papel que juegan las Diputaciones Provinciales en la atención de los problemas de las drogas, al convertirse en el referente asistencial, preventivo y de incorporación social en cada una de las provincias. Asumiendo competencias delegadas de centros y establecimientos de servicios sociales en el ámbito provincial y supraprovincial, tal como recoge la Ley 2/1988 de Servicios Sociales de Andalucía.

En cuanto a los problemas derivados de las drogas, con el paso de los años, se ha detectado una tendencia hacia la minorización de sus efectos y un cambio de percepción social, mientras los recursos y medios empezaban a adecuarse a las necesidades y se percibía un claro compromiso de las Administraciones y de la iniciativa social.

Esto dio lugar a la creación de una extensa Red de atención, de carácter especializado que mantenía como principios rectores la universalidad, gratuidad y proximidad, y que, al poco tiempo, se empieza a sentir como costosa sobre la base de "los efectos obtenidos".

En todo este proceso, y por la naturaleza que adquiere la intervención asistencial, se considera desmesurado lo invertido en ésta con respecto a los destinados a las intervenciones sociales: prevención y normalización de los afectados.

La creación de una red paralela al sistema sanitario y social, que en un primer momento podemos considerar de gran valor y ventajas, con el paso de los años su situación y futuro resulta imprevisible ya que no está claro hacia dónde camina, entrando así en un debate necesario de su existencia o integración en otras redes asistenciales.

Con todo ello, y pasado unos años, con el asentamiento de las medidas y la desdramatización del fenómeno, la actual situación sufre cambios importantes, entre los que podemos destacar: la pérdida de importancia del problema, el cansancio de la sociedad civil, la existencia de un problema de masas que ha superado la esfera de lo individual y, en cierta forma, el retraimiento de las Administraciones ante el agotamiento del fenómeno a nivel social.

Todo ello tiene efectos sobre el conjunto de las actuaciones, ya que junto a pérdida de capacidad inversora por parte de las Administraciones se produce un cierto abandono de este tema a nivel social, ocupando otros su interés.

A nivel preventivo, cuando se vislumbraba una forma sistemática de intervención, se produce también cierto retraimiento que impide su expansión hacia un modelo de intervención local, desde los Planes Municipales.

Ello no quiere decir que el tema haya dejado de ser importante sino que importa menos, ya que en estos veinte años hemos visto la aparición de otras cuestiones que están presentes en la vida de los ciudadanos: vivienda, terrorismo, inmigración, violencia doméstica. Así, sobre el tema de las drogas existe un cierto convencimiento, para una parte, de que existen medios para atender a los que las padecen y, para otra, el tema no tiene solución.

En los últimos años las preocupaciones se centran en los consumos juveniles, en este orden: formas de consumo, cuantía consumida, y sustancias. Como respuesta a ello se abandona la bandera de triunfalismo en la lucha contra las drogas, y se observa desde las autoridades sanitarias un discurso diferente con el realizado hace unos años, presentado un mensaje claro y nítido a la sociedad sobre la existencia de un problema de salud pública provocado por el auge de las drogas.

Las encuestas domiciliarias, los estudios específicos e investigaciones apuntan a un incremento claro del consumo, el inicio cada vez más temprano y una cierta rutinización que tiene que ver con las formas de ocio de nuestros jóvenes. Lo que hace unos años suponía una forma de vivir, empieza a ser ahora una forma de sufrir.

Así, cuando se retoma el discurso ideológico de las drogas, las Administraciones deben asumir con racionalidad y sin alarmismo nuevas respuestas a estos tiempos, donde la sociedad pueda percibir de nuevo la importancia del tema, desde el convencimiento de que es necesario y obligatorio el consenso de todos.

En este sentido, debe hacerse un discurso claro y sin fisuras desde todos los sectores implicados, ya que es la única manera de evitar más confusión en la sociedad, y con ello en los jóvenes.

Por esto, la coordinación es necesaria, tanto para cohesionar los mensajes como las actuaciones, convirtiéndose en un método de trabajo que favorezca y potencie la implicación de la sociedad civil. No es una tarea fácil, pero es posible ya que en otros momentos y circunstancias quizás más complejas demostró su eficacia y cuyos resultados están ahí.

Por ello, en estas páginas vamos a abordar tres aspectos que consideramos fundamentales desde esta mirada al pasado y a nuestro presente:

- a) El ámbito competencial en materia de drogas desde la Administración Local.
- b) La importancia de la coordinación, ¿para qué y qué coordinar?
- c) Y, un tercer aspecto, que intentamos abordar a modo de conclusión, en el que se recojan las aportaciones a los Planes Municipales para la prevención de las drogodependencias.

Teniendo en cuenta el espacio del que disponemos sólo pretendemos hacer un esbozo de las líneas de referencia que requerirán de una reflexión mayor y de un trabajo más profundo de análisis, investigación y aproximación al problema.

2. ¿ES ORO TODO LOS QUE RELUCE?

Es difícil responder a esta pregunta, ya que la primera cuestión que nos debemos plantear es si la coordinación, en base a los ámbitos competenciales de las Administraciones, se viene desarrollando en los términos recogidos en nuestras normas reguladoras y si ha existido interés en aplicarlas.

Debemos partir, en cuanto a la importancia de la coordinación de nuestra Constitución que, en su art. 9.2., establece que “los poderes públicos promoverán las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impidan y dificulten...” Este artículo sitúa el ámbito de la implicación y la coordinación a las Administraciones para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, como un principio del sistema democrático que se creó en aquellos años.

Más adelante, la Ley General de Sanidad hace referencia al papel de las Administraciones Locales y fija la coordinación general sanitaria, ya que establece la necesidad de contar con los planes de salud en sus distintos niveles, y que, como hemos podido ver en el reciente Plan de Salud aprobado por el Ayuntamiento de Sevilla, las adicciones se incluyen como problema de salud pública.

Del propio texto normativo dimana el interés por la organización de un sistema de sanidad integral, no sólo por las prestaciones que se ofrecen —prevención, curación y restablecimiento— sino por el papel que se les asigna a las distintas Administraciones.

También debemos destacar los principios recogidos en el artículo 6, en sentido amplio, cuando hace referencia a “la promoción de la salud, promoción del interés individual, familiar y social para la salud mediante de una adecuada educación sanitaria”. En el derecho a la Salud recogido en este artículo, encontramos la fuente de inspiración de la prevención.

Con relación a la participación y competencias de los Entes Locales en el sistema de atención a las drogodependencias, es la Ley de Bases de Régimen Local 7/1985, de 24 de Junio, la principal norma reguladora del espacio competencial de participación de ésta y de sus relaciones con el resto de las Administraciones.

En cuanto a los espacios de intervención recogidos en la Ley debemos destacar los artículos 8, 25, 26, 27, 37, 44 y 55 del texto Refundido, en los que se viene a definir las posibilidades que tienen los municipios para gestionar los servicios propios de la Administraciones Autonómicas, en los aspectos ya referidos —seguridad en lugares públicos, protección de la salud pública, participación en los servicios sociales y de promoción, reinserción social y, por último, participación en la programación de la enseñanza y cooperar con la Administración Educativa—.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma, la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, establece una serie de principios básicos y funciones esenciales, entre los que encontramos el carácter de Servicio Especializado de las toxicomanías estableciendo, igual que la Ley de Bases de Régimen Local, las competencias en materia de prevención y de reinserción social en coordinación con el órgano de la Administración Autónoma.

En esta misma Ley, en su artículo 17, apartado 2, prevé, entre otras competencias para la Comunidad Autónoma, “la coordinación de actuaciones y programas entre sus propios departamentos con las distintas Administraciones públicas y con los sectores de la iniciativa social con el objeto de racionalizar los recursos sociales.”

De forma más específica, nos situamos en la Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, que recoge, en el ámbito que nos interesa, diversos artículos que fijan las competencias y coordinación entre las Administraciones.

En el artículo 7, punto 5 se establece que la Administración de la Junta de Andalucía promoverá a través de las Corporaciones Locales los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias, dirigidos a aquellas zonas urbanas y rurales con una mayor incidencia y prevalencia, siendo prioritarios los programas comunitarios que cuenten con la participación de varias corporaciones locales a través de Mancomunidades o Agrupaciones de municipios; y su artículo 8, reconoce la necesidad de incluir en el sistema educativo la prevención de las drogodependencias.

De gran interés resulta también el artículo 19, en los puntos 1 y 2, en los que se aborda en el apartado a), la necesidad de realizar programas preventivos y, en el b), se hace mención a la colaboración entre la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales, incorporando para las acciones los Servicios Sociales Comunitarios y los Especializados.

Es el título V, de la mencionada Ley, el que establece la organización y participación de las Administraciones, del movimiento asociativo y de la iniciativa social. Fija la colaboración con las Corporaciones Locales (artículo 30), en orden a la prestación de servicios de carácter preventivo, asistencial y de reinserción social, sin perjuicio de las competencias que le son propias.

En este último título, nos encontramos ámbitos de intervención no recogidos en la Ley de Bases de Régimen Local, como son los asistenciales y que han permitido los acuerdos y convenios con las ocho Diputaciones Provinciales, Mancomunidades y Ayuntamientos para la creación de centros ambulatorios, en el deseo de acercar la prestación de los servicios a los ciudadanos.

Con respecto a la posterior modificación de la Ley de Drogas, debemos hacer mención a las realizadas en los años 2001 y 2003. En la Ley 1/2001, en su artículo único, apartado tercero, delega las competencias sancionadoras de la Ley en los Municipios. En su desarrollo, a través del Decreto 167/2002, de 4 de junio, en su artículo 4, delega en los Ayuntamientos la iniciación, instrucción y resolución de los expedientes sancionadores para las faltas leves y graves, y en la Comunidad Autónoma las muy graves.

Además, se dota a los Ayuntamientos de competencias sancionadoras, tanto para cerrar locales que incumplen las normas como para recuperar el importe de las sanciones impuestas por estos motivos. Fondos que se pretenden utilizar para cubrir los costes derivados de la labor inspectora y los programas preventivos.

La realidad es que esta medida ha sido poco rentable para los fines perseguidos, dotar de recursos económicos a los planes y programas municipales de prevención de las drogodependencias, tal como recogía la Ley 4/1997 en su artículo 39. Ello se debe a los procesos tan prolongados que existen en los regímenes sancionadores.

Por último, destacar el Decreto 209/2002, por el que se regula el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007), que en su apartado VI, delimita las competencias entre el órgano gestor, la Dirección General de Drogodependencias y Adicciones y las Corporaciones Locales, así como con la iniciativa social.

Posteriormente, la creación de los Planes Provinciales de Drogodependencias, ha servido para establecer objetivos y estrategias en sus distintas áreas a nivel provincial y que se verán reflejados en los planes locales.

Podemos decir que la coordinación es fundamental en materia de drogas, y desde el marco legislativo se ha realizado un esfuerzo importante por plasmarla, aunque la complejidad del tema lleva a que existan muchas lagunas y espacios por cubrir para que sea eficaz en sus fines y objetivos.

Entre éstos, habría que destacar su escasa plasmación en los textos específicos de droga, ya que queda reducida a meras alusiones muy generales y ello es debido a que de ella pueden derivarse otros aspectos necesarios para el funcionamiento de los programas, tanto a nivel provincial como local. Siendo éstos los referidos a la financiación, la autonomía en el funcionamiento de los programas y proyectos o la limitación en el tiempo de los proyectos y programas, ya que en estos momentos se encuentran supeditados a una convocatoria anual en la que no queda garantizada la continuidad. Quizás, aquí podríamos encontrar cierta justificación al retraimiento en la implicación municipal en estos años.

A pesar de ello, podemos llegar al convencimiento de que ha existido una voluntad institucional de coordinar las actuaciones en materia de drogas, al establecerse mecanismos para ello, al menos dotados desde un marco normativo. Sin embargo, se sigue reivindicando mayores niveles de coordinación. Ello puede deberse a varias cuestiones: la falta de un modelo claro de coordinación —horizontal o vertical— y la necesidad de incrementar ésta en sus distintos niveles —institucional y técnico—; que tiene que ver más con una coordinación estratégica, fundamentada en las decisiones políticas que permitan el desarrollo y la realización de los programas.

3. SI ES NECESARIA LA COORDINACIÓN, ¿POR QUÉ NO SE AVANZA MÁS EN SU DESARROLLO?

Desde un sentido más práctico, cuando hablamos de coordinación nos referimos a un deseo expresado por las partes y la necesidad sentida de aprovechar y mejorar las actuaciones que se realizan; lo que nos lleva a percibirla más como un deseo que como una realidad. Es decir, como algo deseable que se pretenda cuantificar o medir.

Sin embargo, parece necesaria como un método que garantice la eficacia de las actuaciones y corrija las disfunciones que a veces tienen las Administraciones en el funcionamiento de los programas y proyectos.

Las dificultades se plantean en cuanto al ámbito de intervención de las drogas, ya que se ubica en diversas áreas de la vida de los ciudadanos. Las adicciones no son un problema sólo sanitario, educativo o de exclusión social; es, en definitiva, un problema social. Por ello, es necesario, tanto para la actuación preventiva como asistencial, el compromiso de la coordinación desde todos los ámbitos de las Administraciones y sectores sociales.

Por ello, la coordinación debe realizarse en torno dos niveles:

- a) El Interinstitucional o intrainstitucional, que abarca los distintos ámbitos de las Administraciones e Instituciones Sociales implicadas, y donde es necesario un marco competencial claro y definido.
- b) Interprofesional, como un ámbito más técnico y necesario para que exista una transferencia clara de objetivos y acciones a desarrollar, que permita establecer unos objetivos distintos que ayuden a la toma de decisiones en lo referente a la planificación, la gestión y la evaluación de los programas.

En cuanto a la primera, entendemos que la complejidad de la problemática específica de las adicciones, en estos momentos, sigue siendo un reto para las Administraciones y la sociedad en su conjunto. Por ello, es necesario aunar todos los esfuerzos aportando todos los recursos, tanto los existentes en las Administraciones Públicas como en la iniciativa social.

Sin embargo, independiente de las experiencias de colaboración que se han puesto en marcha a través de diversas propuestas y programas, podemos ver que los resultados no han sido alentadores, ya que se siguen observando con cierta frecuencia actuaciones aisladas y sin sentido cuando no contradictorias en los propios fines de la prevención.

Ante esto seguimos preguntándonos, ¿por qué no existe un mayor nivel de coordinación en las actuaciones locales? Quizás las razones las podamos encontrar en el modelo de coordinación elegido y que no satisface las necesidades objetivas de los programas, ni compensan el esfuerzo realizado por los técnicos. Ello tiene que ver con las posibilidades de integrar las políticas de unas Administraciones en otras, ver las experiencias desarrolladas e integrarlas y aprender de ellas y esto no siempre ocurre.

Además se echa en falta una coordinación más vertical que horizontal y democrática, donde las aportaciones se hagan más desde los distintos niveles en que cada Administración se sitúa y desde la capacidad, conocimiento y experiencia técnica de las partes.

Por todo ello, podemos concluir afirmando que la coordinación debe ser, en un primer plano institucional y, en un segundo nivel, técnica. Sin embargo, a veces, funciona más la segunda que la primera, adelantándose y estableciendo sus propias necesidades. Ello se debe a que faltan elementos de consenso político y técnico, que permitan hacer ajustes y reajustes a los cambios que se producen de forma permanente en el fenómeno de las drogas.

4. ¿CÓMO AFECTA ÉSTA A LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS Y LOS PLANES MUNICIPALES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES?

En estos momentos nuestro país, en el ámbito de los programas preventivos, se encuentra ubicado dentro de las corrientes que vienen ajustando cada vez más los programas de prevención a la teoría (Wheller, 1990). Su aportación va referida a que se entienden los programas de prevención comunitaria como aquellos que se adaptan a la realidad de cada lugar y momento, y donde se tienen en cuenta los valores y necesidades de la comunidad en cada situación. Esto puede decir mucho o poco al mismo tiempo, es como entender que el ajuste al momento es algo que queda en el análisis del contexto y en la realidad del profesional de los programas, sobre todo cuando establecen las estrategias que se entienden más adecuadas.

En definitiva, podemos preguntarnos cuáles son los cambios que se han ido realizando durante estos años, quizás muy pocos. No obstante, existen algunas diferencias a las que nos referiremos. Probablemente hoy hemos llegado a conocer mejor la realidad del fenómeno de las drogas y la incidencia que éste tiene a nivel local (existe un mayor nivel de estudios y encuestas de consumo), al mismo tiempo que existe un mayor conocimiento de las estrategias que mejor pueden responder a las demandas planteadas, así como un mayor nivel de formación de los profesionales que tienen el compromiso de asumir estas intervenciones en la comunidad.

¿Pero quién decide todo esto? En principio esta decisión de lo que debemos hacer en cada momento en el ámbito de la prevención comunitaria es algo que queda en manos de los gestores de los programas, sin otro criterio que el que marquen las circunstancias, los medios con los que cuente o y la propia motivación y capacitación de los profesionales encargados de la ejecución. A esto se unen las dificultades propias para establecer una coordinación sectorial o departamental dentro del propio municipio. Sin olvidar las posibles interferencias que pueden producirse desde la responsabilidad política, ante un tema tan sensible para el conjunto de los ciudadanos donde la urgencia de dar una respuesta inmediata viene muchas veces a marcar las estrategias.

Por otro lado, en estos años, hemos venido acuñando toda una serie de términos y frases hechas en relación a la prevención de drogas. Se mantiene que la prevención es una tarea de todos; según el rol que le toque en el reparto

de papeles. Viene ello a situarnos en un contexto de corresponsabilidad necesario en toda intervención comunitaria, aunque al mismo tiempo venimos a insistir en la necesidad de trabajar con el mayor número de sectores sociales que están próximos al objeto de la intervención.

Con relación al objeto de la prevención comunitaria, se entiende que ésta debe llegar al conjunto de la comunidad. Sin embargo, al final, el objeto viene a centrarse en las poblaciones de riesgo o colectivos definidos como prioritarios que, por su situación de vulnerabilidad, llegan a ser objeto en las intervenciones. Se admite que esto es así al estar convencidos de que es difícil, cuando no imposible, elegir como objeto de la intervención al conjunto de la comunidad; siendo ello una cuestión bastante obvia. Al mismo tiempo, venimos observando una tendencia mayor en los programas para intervenir con grupos de población definidos: jóvenes, padres y madres, mediadores, grupos de iguales, etc.

En definitiva, lo que la prevención pretende hacer es reactivar los espacios de comunicación que permitan a los individuos convertirse en auténticos protagonistas de su futuro y de su historia de una forma libre, consciente y responsable.

Se ha venido, también, definiendo la prevención de drogas como un proceso activo, global y continuado; aspectos todos ellos recogidos en la teoría de la prevención. Cuestión aparte, sería entender en qué medida estos aspectos se tienen en cuenta o vienen a incidir en la propia realidad de los programas, y en qué medida tienen un carácter útil de los que podamos extraer alguna consecuencia.

Con relación a que debe ser un proceso activo, podemos estar convencidos que ello puede llegar a ser una realidad, en cuanto existe, cada vez más, un mayor ajuste a los contextos y necesidades. Sin embargo, ante la necesidad de ser global y cumplir un proceso continuado podemos encontrar mayores dificultades. Por otro lado, intervenir en el problema en su conjunto resulta cuanto menos complejo, sobre todo cuando hablamos de un problema multicausal. No existe programa que aborde todas las posibles causas (sociales, individuales, familiares, de contexto...) que se dan ante los consumos de drogas. Sin embargo, sí existen programas que pretenden intervenir sobre los posibles sectores vulnerables, grupos de población, escenarios de consumo donde se desarrollan los posibles problemas que inducen a las drogas (familia, escuela, empresa...). Mientras, la idea de continuado, a lo largo del tiempo, depende en gran medida de la voluntad institucional de financiación para mantener los programas y de invertir en ellos a sabiendas de no obtener resultados inmediatos, y ello no siempre es fácil.

Son éstas cuestiones importantes que incide en el conjunto de las Administraciones que vienen trabajando en drogodependencias, al integrar estos principios bajo la forma de programa. Así, para que ésta tenga un carácter de continuidad, deberá hacerse mediante una implicación de todas las Instituciones con competencia en la materia, y bajo el compromiso de movilizar en torno a la prevención al mayor número de sectores sociales. No debemos entender que la prevención sea una cuestión que sólo atañe a los responsables y técnicos municipales que la sustentan.

Una de las exigencias básicas de una adecuada política preventiva es el reparto de funciones y competencias que corresponden a las diferentes Instituciones, departamentos de éstas y colectivos afectados por el tema. Así mismo, debe primar el principio de que ni todos pueden hacer de todo ni a todos les corresponden las mismas tareas.

Si pretendiéramos definir de forma más concreta lo que debe hacer cada uno, la pregunta sería, ¿cómo lo haríamos y qué papel le corresponde a cada uno? Pues bien, según nuestro criterio, a la Administración Autonómica le correspondería el papel de la planificación sobre el territorio, el impulso, la acreditación, la coordinación, la evaluación, las aportaciones económicas significativas, definir prioridades, emitir criterios orientadores y articular algunas iniciativas que actúen como referentes de los modelos de intervención. En definitiva aquellas tareas que tienen que ver con la presentación pública de los programas.

A la Administración Local, por su mayor aproximación al territorio, le correspondería la ejecución de los proyectos, la implicación y articulación social de los programas, el establecimiento de prioridades de intervención en el territorio, la movilización de los recursos, el análisis del contexto y la implicación de la comunidad; aunque previamente debe producirse la de los propios responsables de las áreas municipales que pueden incidir en la mejora de las condiciones de la sociedad que, en definitiva, son todas.

En la historia reciente de la prevención de drogas se viene utilizando el concepto de prevención comunitaria, como aquella que va dirigida al conjunto de la comunidad.

En sus orígenes el término comunitario se entendía como opuesto a lo institucional, mientras que desde el campo de la sociología nos vienen a diferenciar claramente los términos comunidad y sociedad. Ello nos debe llevar a definir la prevención comunitaria como una realidad capaz de crear comportamientos desde su propia dinámica interna (Ruiz, 1996), lo que obliga a planificar procesos que permitan hacer coherentes los resultados de esas dinámicas internas con los objetivos y valores que consideramos necesarios y cuya referencia son una constante a la hora de actuar.

Otra idea que debe venir recogida en el término prevención comunitaria es entender que es aquella intervención que se realiza para y con la comunidad, al mismo tiempo que para llegar a ser una realidad requiere de una serie de elementos básicos: que la comunidad se encuentre organizada y representada, que se le dote de medios y recursos, y que se incentiven las propuestas que surjan de la propia comunidad; en definitiva, que se crea en el valor de cambio que ésta puede llegar a conseguir. Todo ello, parece obvio.

La prevención comunitaria se formula como un Plan que abarca al conjunto de la sociedad y se desarrolla a través de un programa en cada uno de los municipios o núcleos urbanos, que expresan su voluntad de acudir a las convocatorias de ayudas públicas anuales, ubicado en un Plan Municipal, como algo más amplio, y que deben seguir unos criterios de mínimos recogidos en la propia convocatoria y que tendrán que adecuar al territorio.

El Plan se viene entendiendo como la proyección de los objetivos prefijados en unidades abarcables y parte de unas determinadas líneas estratégicas que son las que marcan dichos objetivos (Masoud, 2004).

Para que un Plan sea útil y adecuado debe ser dinámico, flexible y realista, de tal manera que pueda adaptarse a las circunstancias del entorno sin perjudicar el cumplimiento eficiente de los objetivos establecidos. Es conveniente, por tanto, plantear las previsiones desde una doble perspectiva simultánea: preactiva y reactiva.

Se parte de entender que la prevención es un hecho que debe surgir desde el propio municipio y de la sensibilidad y responsabilidad sentida por amplios sectores sociales (políticos, técnicos, movimiento vecinal, docentes, familias...). Se deben, por tanto, establecer diversas estrategias adecuadas a cada uno de los sectores en donde se interviene (escuela, familia, ámbito laboral, jóvenes...).

En los últimos años, junto al fuerte desarrollo científico de la prevención de las drogodependencias se ha creado una mayor conciencia social respecto a la solución de sus problemas. Ya no se ve éste como un problema que sólo afecta a determinados sectores sociales, sino como algo que está presente en el conjunto de la sociedad. Al mismo tiempo, se empieza a entender como un problema cuya responsabilidad no recae de forma exclusiva en las Administraciones, lo que supone un posicionamiento social ante un fenómeno complejo bajo una idea de coparticipación de diversos sectores sociales, tanto en su responsabilidad como en la realización de un esfuerzo solidario por mejorarlo.

Es necesario que la comunidad sea objeto activo de la intervención a través de las iniciativas propuestas desde los Ayuntamientos. La dificultad está en saber elegir las mejores propuestas, vengan de donde vengan, sabiendo que debemos canalizarlas y no instrumentarlas (Marchoni, 1998), al mismo tiempo que debemos hacer creíbles las acciones para que lleguen a ser puntos de referencia capaz de motivar en torno a los programas.

Cuando nos planteamos un Plan Municipal, debemos tener en cuenta una serie de principios, que pasan por establecer:

1. La importancia de la coordinación de las iniciativas públicas y privadas. Debe ser capaz de aglutinar a todos y cada uno de los sectores, compartiendo criterios y aportando ideas; sería una manera de entender la prevención como algo que parte del municipio y que se desarrolla con el municipio.
2. El aprovechamiento de los recursos existentes, pertenezcan éstos tanto al ámbito de las Administraciones públicas como de la iniciativa social.

3. Corresponsabilidad y participación, que supone el consenso sobre objetivos comunes que adecuen los programas y proyectos a criterios establecidos, sin que ello suponga la pérdida de identidad de los programas e iniciativas; así como el respeto a la realidad de cada situación en que éstos se desarrollan.
4. La globalidad y la interdisciplinariedad, dado que su desarrollo se dirige a toda una comunidad y donde es necesaria la intervención desde distintos áreas y disciplinas que existen en las políticas sociales y que llevan a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos (Palacios, 2001).
5. La estabilidad de las acciones y programas integrados, dentro del propio Plan, que permita su evaluación para saber si se ha realizado con fiabilidad (si ha sido correcto metodológicamente) y con validez (midiendo realmente lo que se quería medir).

Todo ello, por sí solo, no es suficiente, ya que se debe sustentar el programa en unos principios básicos que garanticen su calidad, a través de unas adecuadas exigencias metodológicas que deben estar presentes tanto en la planificación como en el desarrollo y evaluación. En segundo lugar, es necesario que estén basados en teorías contrastadas, debiendo estar considerados como áreas de trabajo científica y, por último, debemos tener en cuenta la existencia de una adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno de la comunidad a la que se dirige, ajustándose al estudio previo de las necesidades.

Todo ello, desde una doble perspectiva; que englobe los distintos aspectos territoriales y que se encuentra integrado dentro de las políticas sociales del propio municipio.

5. A MODO DE CONCLUSIÓN

En estos momentos, y con la trayectoria y experiencia alcanzada en materia de drogas, es necesario realizar una amplia reflexión sobre la necesidad de establecer un diálogo social sobre las actuaciones políticas y estratégicas en materia de adicciones, más allá de las grandes líneas que aparecen recogidas en los Planes de Drogas; sobre todo porque se observa cierta inquietud social al respecto y ello puede ayudar a una respuesta adecuada y ajustada al momento.

Ello será posible si se crea un amplio espacio donde se subordinen los personalismos a los valores sociales que deben prevalecer en toda acción de gobierno. En el tema de las drogas, las mejores políticas son aquellas que no sólo permiten mejorar la oferta y recursos, sino que dotan a las personas de estrategias para enfrentarse a éstas y donde los valores sociales se sitúan como objetivo y referente.

No se trata de buscar soluciones o vinculaciones globales al conjunto de la sociedad, ya que esta tarea puede resultar ingente y utópica, sino de establecer de forma individual estrategias de afrontamiento que ayuden a la solución de los conflictos individuales que nos afectan a lo largo de nuestra vida.

Nos enfrentamos a unos conflictos que se mueven en el ámbito de lo social, y es desde ahí donde deben partir las soluciones para éstos.

Asimismo, es necesario incrementar las competencias de las Administraciones Locales en esta materia, a unos niveles parecidos a la que se viene asumiendo desde los servicios sociales, así como se deben liberar más fondos para los programas preventivos y de incorporación social. Sin que esto se produzca difícilmente podremos hablar de un cambio o mejora de la situación.

En cuanto al tema de la prevención, vemos que resulta necesario desarrollar líneas dirigidas a la prevención comunitaria que confluyan en Planes Municipales más amplios e integrados en el ámbito de los servicios sociales, ya que el sistema de servicios sociales, después de 25 años de existencia, se consolida y enmarca en un nuevo concepto, el de los derechos sociales dentro de un Estado moderno.



INTRODUCCIÓN

Se puede afirmar que a finales de los setenta llega a España el fenómeno de las drogodependencias, en los términos que hoy se plantea. Hasta entonces el consumo de drogas se reducía a las drogas legales como el alcohol y el tabaco por un lado, y el consumo de diversos psicofármacos que eran utilizados con diversos fines, como era el caso de los universitarios que consumían anfetaminas para estudiar en las épocas de exámenes en jornadas maratónicas. También era habitual, sobre todo en el caso de las mujeres, el uso de anfetaminas con el fin de adelgazar gracias a la capacidad de quitar el hambre sin disminuir la capacidad de actuar. Además muchos adultos utilizaban, fuera de control médico, barbitúricos, hipnóticos o relajantes musculares para lograr un merecido descanso para las noches de insomnio.

Todo el mundo reconoce que a finales de los setenta comienza un nuevo período con la incorporación, a las costumbres sociales de entonces, del consumo de nuevas sustancias, no desconocidas pero sí muy marginales, como el cannabis, el LSD y la heroína primero y, posteriormente, las drogas de diseño, la cocaína y otra serie de sustancias, que no sólo pretendían cubrir las necesidades del tiempo libre, sino inclusive resolver aspectos como batir marcas deportivas o potenciar la competición profesionales en el deporte.

Este fenómeno del consumo de nuevas sustancias con efectos claramente relacionados con el ocio, el tiempo libre y la diversión se caracterizaba por encontrar en los jóvenes sus principales defensores, usuarios y promotores.

Dejando a un lado todos los aspectos relacionados con la salud, los tratamientos, los temas legales, las alteraciones de la convivencia familiar y social, fruto de los consumos abusivos y crónicos, parecía entonces, y hoy se vuelve a plantear necesaria una reflexión sobre el sentido y el papel de estas conductas en la sociedad actual.

DROGAS: UN PEAJE DEL BIENESTAR

En primer lugar, todos somos conscientes de que el consumo de drogas no es el resultado de ninguna realidad determinista y de la que no se puede librar nuestra sociedad. En segundo lugar se podría aceptar que globalmente, vemos el caso del tabaco, un balance entre beneficios y problemas y entre ventajas e inconvenientes de los consumos de drogas sobre los no consumos (abstinencia) no parece que permita justificar las actuales estadísticas que reflejan los niveles de consumo. En tercer lugar, el actual estado de cosas del fenómeno de las drogodependencias, desde un punto de vista del coste social que los distintos consumos implican, no permite acercarse al más mínimo resquicio de aprobación de la mayoría de los comportamientos sociales frente a los consumos de drogas.

Es, desde esta perspectiva, donde tiene pleno sentido el título que engloba todas las intervenciones de esta jornada.

Parece evidente que nuestra sociedad, que indudablemente ha logrado niveles de desarrollo y bienestar inconcebibles hace 50 años y que el progreso, en todos los aspectos, refleja un proceso de mejora en la calidad de vida difícilmente desdeñable, como contrapartida paga, de muy diferentes maneras, un importante peaje por su propia existencia. Gran parte de los problemas de nuestra sociedad moderna que hoy aparecen en la prensa, en los debates, en los libros y

en las agendas políticas son fruto de este progreso. Hay polución y contaminación porque, entre otros casos, generar electricidad, un indicador de progreso, exige este costo. Disfrutamos del automóvil, de los aviones y generamos un aumento del CO₂, amén de pérdidas de vidas humanas. Construimos viviendas en los cauces de los ríos y provocamos catástrofes de envergadura. Globalizamos el mundo como efecto de una sociedad abierta y comunicativa, pero destruimos espacios de vida y de convivencia, identidades culturales o microsistemas de sociabilidad y solidaridad.

Con las drogas nos pasa lo mismo. Un resultado de la evolución de nuestra sociedad, es la actual situación del consumo de drogas y, como resultado de ello, todos los efectos y toda la problemática que ello ha suscitado. En este sentido no es baladí preguntarse sobre si la droga no es más que, y no puede ser otra cosa, que un peaje que nos toca pagar en nuestra sociedad que ha materializado su razón de ser en el actual estado del bienestar. Visto el sufrimiento y los problemas (pensemos en el sida) que los consumos de drogas han generado a lo largo de los últimos 30 años en nuestra sociedad, uno se niega a considerar esta situación como inevitable e insustituible.

Es cierto que los profesionales de este campo llevamos años haciéndonos la pregunta sobre qué pasa con la prevención. Mientras el trabajo clínico, en todos sus aspectos, puede considerarse satisfactorio tanto en lo que ofrece como en los resultados, la opinión sobre la prevención parece evidenciar desde un desconcierto global a una duda inexplicable, pasando por un descorazonamiento con mucho estupor, por entender que no hay justificante en nuestra sociedad para una serie de comportamientos que tienen alternativas y que son generadores de dolor, de costo social y de daños a la salud del individuo, la familia y la sociedad. La respuesta a la pregunta hecha tendría la siguiente respuesta. Parece evidente que las drogas pueden ser consideradas como el peaje, es decir un pago que consideramos adecuado, de una sociedad que desde un nivel de bienestar, nunca conocido, permite y justifica unos comportamientos que podrían ser combatidos dada la problemática que generan.

Analizando algunos de los valores que han cristalizado en nuestra sociedad, podemos comprender con facilidad la relación de éstos con actitudes que fomentan y facilitan la aparición de comportamientos toxicodependientes:

Valores:

- Libertad individual
- Búsqueda del placer (La vida es corta)
- La vida es presente (Pérdida de la trascendentalidad)
- Sacralización del Yo
- Espíritu materialista

Actitudes (que favorecen los consumos):

- Libertad individual
 - No hay responsabilidad colectiva
 - Nadie es responsable de lo que uno hace
 - Te equivocas... allá tú.
- Búsqueda del placer
 - Las drogas sirven para:
 - Desinhibirse
 - Olvidar
 - Alucinar
 - Tener energía
 - Ampliar sensaciones
- La vida como presente
 - Estado de ánimo para hoy
 - Efectos a corto plazo
 - Improvisar el mañana
- Sacralización del Yo
 - Falta de compromiso solidario
 - No hay renuncias del Yo
 - Actitud egocéntrica
- Espíritu materialista
 - Espíritu de consumo
 - Pérdida de sensibilidades

Un análisis superficial sobre algunos de estos valores, que constituyen la “marca” de la sociedad actual del bienestar, ya nos permite acercarnos a alguna respuesta del porqué, esta sociedad, incorpora los consumos de drogas como una de sus manifestaciones características aceptando la paradoja de buscar situaciones mágicas que, sin embargo, provocan mucho dolor y un tremendo coste social.

¿Hasta que punto esto es irreversible y estamos condenados a pagar un peaje por pertenecer a esta sociedad? En caso afirmativo estaríamos obligados a pensar, hablar y actuar en términos de “reducción de daños” y resignarnos solamente a intentar paliar los efectos inevitables a su mínima expresión.

Sinceramente creo que hay razones para el optimismo. Optimismo que no supone la ausencia total de drogas en nuestro mundo. Se trata de lograr unos comportamientos sociales en los que los usos y abusos problemáticos de las drogas sean anécdotas y no se ceban en los jóvenes, en una etapa de la vida que puede hacer irreversibles conductas de riesgo que desde la edad de arriesgar y experimentar no tienen más valor que descubrir y buscar ese nuevo Yo que pretende convertirse en adulto.

Esta situación actual de pago de peaje, a pesar del pesimismo actual sobre las posibilidades de una prevención, que invierta las tendencias de los consumos y oriente los comportamientos de la sociedad hacia otras formas, en donde las drogas pudiesen estar ausentes o, en todo caso, convertidas en un uso minoritario y marginal, podría cambiar o desaparecer.

LO LOCAL COMO ÁMBITO PRIVILEGIADO

La experiencia acumulada, a lo largo de los últimos 30 años, ha permitido un cierto consenso sobre la definición de lo local como el centro de las intervenciones en drogodependencias, especialmente en las intervenciones preventivas. Se entiende por local el ámbito de la responsabilidad, gestión, autonomía, recursos y diseño de programas, dirigido a hacer de los consumos un comportamiento marginal, evitar cualquier efecto en los individuos o en la comunidad que lesione la salud o la convivencia y promocionar un sentido saludable y ecológico de la vida.

El conocimiento tanto de la Administración Pública como del entramado social que desarrolla intervenciones en este campo, no permite dudas sobre la elección del ámbito local como centro de las políticas de drogas. Es la propia FEM quien en un documento titulado *Los planes municipales de drogodependencias* presenta algunas de las razones que justifican esta actitud, cuando señala el porqué los Ayuntamientos (lo local) son clave a la hora de buscar el centro de las intervenciones:

- a) EL Ayuntamiento constituye el referente administrativo más cercano al ciudadano.
- b) Permite la detección precoz de los problemas y una rápida respuesta.
- c) Son los responsables de las intervenciones de los Servicios Sociales con especial incidencia en prevención e inserción.
- d) Permite el trabajo comunitario y la participación social.
- e) Son el lugar ideal para la coordinación posibilitando las respuestas adecuadas a los problemas de los ciudadanos.

Es a partir de estas razones que, justifican nuestra apuesta por lo local, cuando podemos intentar clarificar sobre qué bases, el ámbito local, es decir, los Ayuntamientos podrían hacer posible el desarrollo de la intervención preventiva que haga posible la superación de esta problemática en términos de “normalidad” que no es equivalente a la erradicación del problema. Es el punto en el que la sociedad deja de pagar un peaje y puede convivir con el fenómeno en términos de aceptable y normal.

A) LIDERAZGO VERSUS GESTIÓN

En esta apuesta por lo local, como clave de las intervenciones dirigidas a enfrentar la problemática de las drogodependencias, es fundamental entender que no se trata de que la responsabilidad de la planificación, financiación y ejecución de las políticas, ya sea sobre la oferta o sobre la demanda, caiga sobre los políticos municipales. Estaríamos hablando, más bien, de asumir todo el liderazgo sobre el conjunto de intervenciones, independientemente de la responsabilidad competencial y de financiación que corresponderá a uno u otro, en función del sistema y la organización institucional. Liderar es guiar las intervenciones hacia objetivos planificados con anterioridad a partir de un análisis de necesidades. En definitiva, todo lo que pase en el territorio de un municipio, tiene que ser aceptado por los responsables municipales.

B) ORGANIZACIÓN TÉCNICA

La complejidad de las intervenciones posibles y la diversidad de temas y programas que implica abordar la fenomenología de las drogodependencias, requiere ineludiblemente una estructura técnica que dé soporte a las decisiones políticas. Es evidente que un Ayuntamiento tiene como responsabilidad propia y competencial la necesidad de ejecutar programas a través de los técnicos correspondientes y deberá disponer de los recursos adecuados. Pero fuera de estas responsabilidades, cualquier Ayuntamiento, que pretenda asumir sus compromisos con las drogas, debe disponer de un servicio técnico dedicado en exclusiva a soportar y dirigir un conjunto de acciones encaminadas, únicamente, a liderar las intervenciones previstas en el Plan de actuación local.

C) LA PARTICIPACIÓN

Otra de las patas imprescindibles de lo que tratamos de definir como la apuesta de la intervención preventiva en lo local, es la de la participación. Por supuesto no se trata de una participación formal sino real. Es decir, que funcione y que tenga un nivel de eficacia en el conjunto de las tomas de decisión de las Instituciones públicas. Esto sólo es garantizado cuando se realiza desde el ámbito local que se basa en la relación directa entre el ciudadano y la decisión política. Ello requeriría toda una articulación legal y oficial que solucione toda la casuística que se ponga en marcha, pero en definitiva el resultado debe entenderse como la capacidad de los ciudadanos, sea el que sea su modelo de articulación, de diagnosticar una situación y proponer una intervención con cierta garantía de éxito.

D) EL PLAN MUNICIPAL

A partir de una voluntad política que asuma la idea de constituir el Ayuntamiento, como el centro político del conjunto de intervenciones de los diversos ámbitos de actuación sobre el fenómeno de las drogas, poniendo en marcha los mecanismos necesarios para manejar todas las necesidades que se plantean, el OBJETO, con mayúsculas de dicho compromiso es el de la realización del llamado Plan Municipal de Drogodependencias que una vez elaborado, pase por un debate y consenso político en el Pleno Municipal, de manera que adquiera una legalidad y una legitimidad. En el documento antes señalado de la FEM se considera el Plan Municipal de Drogodependencias en los siguientes términos:

- 1º Es un instrumento de la corporación local que da estabilidad a las intervenciones en drogodependencias.
- 2º Facilita establecer las necesidades y los principios generales y específicos de la actuación.
- 3º Favorece la máxima participación de la administración y las entidades.
- 4º Plantea un abordaje integral del fenómeno de las drogodependencias.
- 5º Permite la adaptación a los cambios sociales.
- 6º Posibilita aglutinar, dar coherencia, rentabilizar los recursos, coordinar.
- 7º Favorece la evaluación del proceso y de los resultados.

La clave de la eficacia de este Plan Municipal radica en el proceso de elaboración. El proceso supone una lógica habitual de procesos semejantes que comienza con un diagnóstico de la situación, un análisis de las necesidades, un balance de recursos existentes, necesarios y posibles, una propuesta de compromisos y una redacción de todo el proceso, que deberá aprobarse en el Pleno Municipal. No hay que olvidar que la eficacia de un proceso de estas características es avalada por algo fundamental como es el de conseguir la PARTICIPACION de todos los implicados *versus* afectados, y la integración de todas las ideologías o interpretaciones del fenómeno. Este agrupar a todos los que pueden y tienen algo que decir, no significa que se garantice una unanimidad o coincidencia en los diferentes apartados del Plan. Lo que importa es el debate de todas las opiniones y dejar el compromiso final a la consulta de la actividad democrática municipal. Es decir, lo que se decide estará avalado por el máximo de consenso según las fórmulas del ejercicio democrático. A partir de aquí sólo queda que cada uno sea responsable con sus compromisos y obligaciones sancionados en el Plan Municipal. Después llegará el momento de evaluar los resultados y explicar a la ciudadanía el éxito o el fracaso de aquello que se había plantado como objetivo.

LA PREVENCIÓN POSIBLE

Cuando nos preguntamos, al hilo de esta reflexión, sobre “la prevención posible”, quiere decir que hemos respondido previamente a la pregunta ¿La prevención es posible? El pasado mes de julio, en la portada del CDD, boletín del Centro de Documentación de Drogodependencias, se publicaba un artículo firmado por dos veteranos, Javier Arza y Pepe Carrón, bajo el título *¿Sirve para algo la prevención?* Señalando el tema siguiente: “Se ha abierto la veda de la crítica a la prevención. Ya se empiezan a encontrar artículos que cuestionan su eficacia y eficiencia (especialmente respecto a la prevención universal.” El párrafo es claro y contundente. Mientras los profesionales del tratamiento y la inserción, apuntalan sus proyectos, desarrollan nichos de empleo y ocupación a largo plazo y abren un discurso sobre “lo único posible: la reducción de daños”, la prevención, al no ubicarse desde ninguna profesión ni en ningún ámbito definido, se pierde en la duda, la no generalización y el desconcierto metodológico. Sin embargo hoy, sin ninguna duda, se puede afirmar que la prevención es posible... pero con condiciones. Y sobre esto, aconsejo leer el artículo de Juan Carlos Melero, que con motivo del día mundial contra las drogas, el 26 de junio, publicaba en *El Correo*. La prevención es posible si, entre otras cosas, tiene en cuenta las cuestiones siguientes:

- 1º La prevención debe generalizarse. Los últimos informes hablan de que llegamos a un 9% de la población estudiantil después de 30 años.
- 2º La prevención requiere tiempo y estabilidad.
- 3º La prevención requiere inversiones crecientes capaces de dar respuesta a una potencial demanda.
- 4º La prevención debe dar respuestas integrales y educar en habilidades para la vida.

A partir de estas premisas la “prevención es posible” y la “prevención posible” es el resultado de ser coherentes en la elaboración de los Planes Municipales que aborden la respuesta integral a una comunidad desde su propia realidad.

EPÍLOGO

Dos palabras de resumen, para acabar esta reflexión. Conociendo los efectos directos e indirectos del fenómeno de las drogas y, contraponiéndolos a los beneficios que producen en los individuos o en la sociedad, se puede decir que, hoy día, estamos pagando un “peaje” muy alto. Y que se seguirá pagando mientras el hombre siga siendo como es.

Desde este criterio parece ser justificable desarrollar una estrategia de lucha contra las drogas que comenzaría por lograr una efectiva “reducción de daños” de su uso y abuso, seguiría por minimizar los consumos hasta umbrales no peligrosos o perjudiciales para la salud y, en el caso de sectores como los jóvenes menores de edad y otros colectivos de riesgo, tratar de lograr un consumo “0” y el retraso de la edad de inicio.

Para caminar en esta dirección sólo nos queda la prevención. Sin entrar en matices queremos afirmar que hacer prevención con éxito, que es posible, requiere redefinir el papel de lo “local” como articulador de todas las intervenciones. La prevención posible es la que puede hacerse a partir de los Planes Municipales siguiendo las pautas y contando con los recursos que éstos puedan definir.

..... **Jesús A. Pérez-Arróspide García**
Presidente de la Fundación Vivir sin Drogas

Actuar localmente en (drogo)dependencias

Alfonso Ramírez de Arellano Espadero



1ª PARTE. DE LA TEORÍA

Actuar localmente en drogodependencias

Afortunadamente hoy día disfrutamos de un consenso técnico e institucional sobre la necesidad de ordenar y racionalizar la intervención local en drogodependencias y adicciones mediante planes. En los últimos años han aparecido diversos manuales que explican paso a paso cómo elaborar estrategias, planes y programas locales (Melero, 1999; Alvira, 2001; Ramírez de Arellano, 2002). Cada uno de ellos hace más hincapié en un aspecto u otro, pero existe un acuerdo básico sobre algunas de las características generales que deben exigirse a un plan local de drogodependencias:

CARACTERÍSTICAS DE UN PMD

En primer lugar conviene distinguir entre un plan y un programa, no sólo desde el punto de vista de la extensión, sino también desde el punto de vista del compromiso. El plan exigirá al ayuntamiento un compromiso con una determinada política sobre drogas y un esfuerzo de coordinación considerables, mientras que un programa implicará una intervención en un sector o área acotados previamente y con unos objetivos específicos.

Algunas características de un Plan Municipal sobre (Drogo)dependencias son las siguientes: global, integrado, intersectorial, participativo, coordinado y normalizado (y normalizador).

Global

Implica abordar el fenómeno de las (drogo)dependencias en todas sus dimensiones: reducción de la oferta, de la demanda, de los daños y los riesgos mediante acciones asistenciales, preventivas e integradoras. Ahora bien, que el plan tenga en cuenta todas estas dimensiones no quiere decir que el ayuntamiento tenga la responsabilidad de todas ellas. En muchos casos su labor se concentrará en la coordinación.

Integrado

El conjunto de medidas que componen el PMD deberá estar integrada en las distintas áreas y delegaciones municipales: servicios sociales, salud, juventud, desarrollo local, cultura, seguridad ciudadana, etc.

Participativo

El plan debe ofrecer la mayor participación posible durante el desarrollo de todas sus fases (dentro de los márgenes de la eficacia): en el estudio de la realidad, en el diseño del plan y los programas y en la evaluación. Como dice Marchioni: "la participación es un bien escaso", por lo que conviene gestionarla con inteligencia y no dejarla al albur de la casualidad.

Intersectorial

El Plan debe abordar el fenómeno con los diferentes sectores implicados: salud, educación, seguridad ciudadana, etc., y con los distintos agentes sociales.

Coordinado

Tal cantidad de sectores y agentes exigen un gran esfuerzo de coordinación. Una parte de este esfuerzo se dirigirá al interior del propio ayuntamiento entre las diferentes delegaciones y organismos municipales, y otra tendrá que dirigirse a facilitar la coordinación de los recursos y agentes que operan en el territorio, bien sean locales o dependientes de otras administraciones.

Normalizado y normalizador

El plan debe procurar que los problemas derivados del uso de drogas sean atendidos como cualquier otro problema social o de salud. Y debe procurar involucrar en la tarea de normalización a los servicios generales y a los propios sujetos que padecen los problemas.

Lamentablemente el consenso teórico sobre estos principios no quiere decir que se apliquen homogéneamente en los planes reales. En la práctica, a veces, se denomina plan a la simple suma aritmética de unos cuantos programas que no están coordinados entre sí y en los que la participación ha sido exclusivamente técnica.

FASES O ESTADIO DEL PMD

También existe acuerdo general sobre las cuales son las fases o estadios que constituyen la elaboración y puesta en práctica de un PMD: estudio de la realidad, diagnóstico, planificación, programación, aplicación, control y evaluación.

No obstante hay que tener en cuenta que la construcción de un PMD no es un proceso lineal, ni siquiera desde el punto de vista cronológico, sino más bien dialéctico. Cuando se intenta elaborar un plan de estas características hay que tener presentes circunstancias de la realidad tales como que algunos programas ya estarán funcionando o que algunas medidas urgentes no podrán esperar a los resultados del estudio y de la planificación para su puesta en marcha. Además, el esfuerzo de coordinación que exige al ayuntamiento puede remover estructuras internas de la corporación que a su vez implican avances y retrocesos del plan. Esto confunde a algunos técnicos acostumbrados a programar con escuadra y cartabón, pero no hay que desanimarse, lo que hay que procurar es incorporar la dinámica de los entes locales al análisis de la realidad.

Estudio de la realidad

Consiste básicamente en el estudio de cómo se manifiesta el fenómeno en la localidad. Incluye la representación social del mismo y el análisis de los recursos internos y externos. Quizá convenga insistir en el apartado referido al análisis interno, ya que es el que con más frecuencia se obvia. Tiene que ver con conocer el organigrama del ayuntamiento; el conjunto de los programas y servicios del propio ayuntamiento que pueden participar en el PMD; los mecanismos de coordinación interdepartamental y su funcionamiento; la experiencia en el desarrollo de planes intersectoriales; las entidades sociales con las que colabora cada delegación, etc.

Diagnóstico

Es una forma de organizar la información que facilita la comprensión del fenómeno y mejora las posibilidades de intervención. Ha de ser participativo y emplear una metodología de investigación/acción.

Planificación y programación

La planificación es una fase de negociación y toma de decisiones. Se seleccionan objetivos y se formulan estrategias combinando los resultados del diagnóstico con las prioridades políticas. La programación es el resultado de combinar de tres elementos: información actualizada sobre (drogo)dependencias, el diagnóstico (objetivos y estrategias) y el conocimiento sobre las delegaciones y los servicios que operan en el territorio. Finalmente los programas que componen el PMD estarán asignados a las diversas delegaciones municipales según sus competencias.

Aplicación

La planificación racional es una condición necesaria pero no suficiente para que la práctica también sea racional. Para ello resulta adecuado aplicar lo que Ander Eeg denomina eficiencia creativa que tiene que ver con las siguientes habilidades: habilidad para percibir y atender problemas y necesidades de las personas vinculadas al proyecto, flexibilidad, fluencia (aprovechar novedades), capacidad de análisis y capacidad de síntesis.

Otros elementos que favorecen la implantación son los siguientes según Rochón: ventaja relativa, compatibilidad (valores), sencillez, potencial de ensayo y observabilidad.

Control y evaluación

En este apartado los tipos de evaluaciones que se proponen suelen ser los siguientes: estudio de la realidad, evaluación de procesos y evaluación de resultados (incluye la de impacto). En la práctica es importante disponer de un conjunto de indicadores y de un sistema de recogida de datos que sean fáciles de aplicar por los técnicos en su trabajo cotidiano. También conviene recordar que el sistema de control y evaluación de un plan y de sus programas no es el mismo que el de un proyecto de investigación.

En cuanto al orden de las fases tampoco es lineal por lo que, en ocasiones, las fases se superponen unas a otras.

Como dijimos al principio, aunque parten de una base común, cada autor hace más hincapié en uno u otro aspecto. En nuestro caso prestamos particular atención a los aspectos prácticos relacionados con la participación y la aplicación. La experiencia nos ha enseñado que en esos puntos naufragan algunos planes bien diseñados teóricamente. Y es que cada ayuntamiento y cada municipio representan un pequeño universo al que hay que adaptarse con flexibilidad y creatividad. En cada territorio hay que buscar la complicidad de los actores sociales fundamentales, la coordinación de los recursos concretos de que disponen y conocer la representación social del fenómeno de la que parten.

Orientados por esos criterios solemos describir el proceso de diseño y puesta en marcha del plan recurriendo a la metáfora de la construcción de una obra de teatro colectiva, de la que se pueden destacar los siguientes elementos:

El texto. El argumento y el desenlace están previstos de antemano, pero se trata de una idea-guion que admite varias posibilidades de desarrollo. La obra versa sobre la colaboración entre diferentes actores sociales con el objetivo de reducir los problemas relacionados con el uso de drogas y otras adicciones.

El patrocinador. El Ayuntamiento de la ciudad es el patrocinador del PMD por:

- Legitimidad.
- Competencias.
- Capacidad de coordinación.
- Interlocución.

La demanda. La demanda es el elemento desencadenante de todo el proceso. Hay que analizar sus fuentes, los contenidos, los itinerarios. O sea, hay que determinar quién dice (o pide) qué, a quién, para qué, en qué circunstancias, etc.

El promotor y coordinador. Es el equipo técnico a quien se encarga el proyecto. Requiere dedicación, independencia y cualificación. Funciona como los biocatalizadores. No manda en el proyecto; coordina, facilita, anima.

Características del equipo promotor. Según M. Coulombé un “agente de cambio” ha de asumir diversos roles:

- Comunicador.
- Vendedor.
- Negociador.
- Organizador.
- Facilitador.
- Evaluador.

El escenario. El escenario natural es el municipio, la ciudad. En ocasiones habrá que recurrir a unidades mayores (comarca) o menores (distrito) en aras de conseguir una mayor eficiencia.

El reparto. Los actores pueden ser ciudadanos, políticos o técnicos. Algunos miembros del reparto: técnicos de servicios sociales, sanitarios, culturales, deportivos, de juventud, empresariado local, medios de comunicación, asociaciones, entidades colaboradoras, voluntariado, ciudadanos afectados, etc.

El público. Por más participativa que sea la obra, siempre habrá ciudadanos público. Conviene no olvidar que la representación social del fenómeno de las (drogo)dependencias puede estar muy alejada de la realidad.

La puesta en escena. Es el resultado de conseguir la colaboración del mayor número de actores en el diseño y realización del proyecto.

2ª PARTE. A LA PRÁCTICA

El diseño del Plan Provincial de Prevención de la Diputación de Huelva

En esta segunda parte vamos a describir brevemente una experiencia reciente que permita ilustrar algunos de los puntos anteriormente mencionados.

Debemos situarnos en la provincia de Huelva. La entidad local en esta ocasión no es un Ayuntamiento, sino su Diputación provincial. El plan se circunscribe al ámbito de la Prevención, pero posee una cualidad especial y es que se trata de una iniciativa que parte de las Áreas de Bienestar Social e Igualdad, lo que ha permitido diseñar un plan de prevención válido para las delegaciones de Servicios Sociales, Drogodependencias, Mujer y Juventud (de momento). O sea, no se trata, como hemos hecho en otras ocasiones, de involucrar a otros departamentos en la prevención de las drogodependencias, sino de elaborar un plan preventivo que nos valga a todos, que apunte a los objetivos de los diversos departamentos que componen el Área de Bienestar Social.

El aspecto que pretendemos ilustrar con esta experiencia tiene que ver con la fase que hemos denominado como de Planificación y Programación. Previamente se había elaborado un diagnóstico con la participación de los agentes implicados. También se disponía una directriz sobre las prioridades del plan por parte de la institución:

El Plan de Prevención Comunitario debía convertirse en un instrumento planificador, vertebrador y organizador de las estrategias y actuaciones preventivas que se llevaban a cabo desde las Áreas de Bienestar Social e Igualdad

Tras el diagnóstico se seleccionan dos grandes líneas estratégicas:

1. Reordenar y ampliar la prevención primaria

Existía una gran cantidad de programas que podrían catalogarse como de prevención primaria dependientes de las diversas delegaciones, pero no estaban ordenadas ni coordinadas entre sí. A este respecto se propu-

sieron dos grandes medidas: el *Programa de vacunación psicosocial* como elemento vertebrador y el *Programa de formación de mediadores* (biocatalizadores) como refuerzo. Además se mantendría el conjunto de programas que estaban funcionando con éxito (bajo la denominación de vitaminas).

2. Reforzar la prevención secundaria (selectiva e indicada) y la atención precoz

Se observaba una polarización de recursos en los casos graves, agudos y crónicos, así como un relativo abandono de la detección y la atención precoz. En este sentido se propuso desarrollar programas de prevención secundaria que llenaran el espacio ente la prevención primaria y los servicios especializados, así como conseguir que los servicios de ATP y especializados se comprometieran a desarrollar programas de atención precoz.

1º ¿CÓMO SE LLEVA A CABO EL PRIMER OBJETIVO?

Al objeto de obtener una visión panorámica del conjunto de los programas que se venían realizando y de disponer de un criterio clasificador, se procedió a la catalogación de los programas según criterios acordados con los técnicos y responsables de los departamentos: por una parte, se los clasificó con respecto al ámbito de intervención al que pertenecían y, por otra, respecto al estadio del ciclo vital familiar al que se dirigían. Con ello se pretendía colocar al ciudadano y a la familia en el centro de la planificación y reordenar la programación en función de la evolución natural del ciclo vital familiar.

Los ámbitos seleccionados fueron los siguientes: educativo no reglado, educativo reglado, familiar, laboral, ocio y tiempo libre, medios de comunicación social, sociabilidad, mediadores sociales y voluntariado y mesas sectoriales. Hay que tener en cuenta que las categorías se seleccionaron por consenso entre los técnicos de los diversos servicios de manera que pudieran dar cabida a la heterogeneidad de los programas. En nuestro caso éstas fueron las resultantes provisionales, pero en otro caso pueden ser otras diferentes.

Respecto al ciclo vital lo sintetizamos en seis estadios básicos: emancipación, formación de la pareja, familia con hijos pequeños, familias con hijos en edad escolar y adolescentes, familia con hijos adultos y tercera edad. Cada una de estas etapas fueron definidas teniendo en cuenta: las necesidades de las familias en cada uno de esos periodos, las exigencias evolutivas (necesidades de cambios) y algunos de los riesgos más frecuentes que se pueden presentar*. Para ello se tuvo en cuenta tanto la información disponible en la literatura científica, como la experiencia aportada por los técnicos de cada zona.

Una vez ordenados con estos criterios, se pudieron visualizar con mayor nitidez varios aspectos importantes: cuáles son los ámbitos que reciben más atención y hasta qué punto se encuentran atendidas las necesidades de las familias en cada etapa de su ciclo vital y en los momentos de cambio.

Analizar los programas desde este punto de vista evolutivo y familiar arrojó nueva luz sobre los mismos, llegándose a la conclusión de que era posible organizar los programas de prevención primaria ordenándolos por objetivos relacionados con los estadios del ciclo vital familiar. Si además se programaban a lo largo de todo el ciclo y para toda la población (al menos para la más vulnerable) estaríamos ante un programa de vacunación, en este caso de vacunación psicosocial. Veamos un ejemplo:

Vacuna correspondiente a la etapa del ciclo vital de padres con hijos pequeños, más específicamente para padres y madres primerizos.

La vacuna para padres primerizos puede contemplar elementos referidos a las pautas educativas del bebé; al reparto de roles en el hogar (a veces, en este momento, se establecen y fijan repartos que sobreimplican a uno y excluyen a otro con el riesgo que implican para cada uno); a facilitar el cambio en las relaciones de los miembros de la pareja (modificaciones en el subsistema conyugal) que acaban de convertirse en padres (construcción de un nuevo subsistema); al modo de recibir ayuda o no de la familia (abuelos); de lidiar con el personal de ayuda doméstica (y con los propios sentimientos) cuando el hijo permanece a su cargo mucho tiempo por motivos de trabajo (previniendo sentimientos de culpa); afrontamiento de la ansiedad por nuevas tareas y nuevas responsabilidades; etc.

* Al final de la ponencia se encuentra un resumen de los mismos.

Como puede apreciarse, medidas de estas características se dirigen al cumplimiento de objetivos preventivos de diversos ámbitos: mujer, familia, salud mental, drogodependencias y otras conductas inadaptadas.

Durante el análisis de los programas y actividades de las áreas surgió otra oportunidad en relación con el gran número de técnicos colaboradores, mediadores y voluntarios ligados a los diversos servicios. Se trataba de ofrecer formación en materia de prevención a todo ese colectivo de mediadores sociales compuesto por voluntarios, agentes por la igualdad, técnicos y representantes de asociaciones, mediadores juveniles, técnicos municipales, técnicos deportivos y monitores. El programa recibió el nombre de *Programa de formación de mediadores sociales como agentes preventivos* y, por su papel mediador, modulador y animador, el sobrenombre de *biocatalizadores o sociocatalizadores*.

El resto de los programas de prevención primaria que no se incluyeron o no se agotaron en el plan de vacunación recibieron el nombre de *vitaminas*, porque, como ellas, cumplen múltiples y variadas funciones en el normal desarrollo y crecimiento de las personas, y para que sean eficaces hay que suministrarlas de forma ordenada y equilibrada a lo largo de todo el ciclo vital.

2º ¿CÓMO SE LLEVÓ A CABO EL SEGUNDO OBJETIVO REFERIDO A LA PREVENCIÓN SECUNDARIA Y LA INTERVENCIÓN PRECOZ?

Los objetivos contenidos en esta segunda línea estratégica se pretendían alcanzar mediante la realización de programas de prevención secundaria dirigidos al sector de familia y adolescentes (sector priorizado en el estudio de la realidad); mediante el diseño de planes piloto; mediante el establecimiento de protocolos de actuación conjunta entre Servicios Sociales y Drogodependencias (inicialmente); y mediante el esfuerzo por parte de los servicios especializados para descender al terreno de la detección y la atención precoz. Respecto al último punto se trataba de planificar la atención adaptada a niños y jóvenes con problemas incipientes de consumo de drogas o comportamientos adictivos, con trastornos incipientes del comportamiento alimentario, con primeros problemas de conductas violentas u otros comportamientos desadaptados.

ANEXO: ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR. CARACTERÍSTICAS, RETOS Y FACTORES DE RIESGO O DIFICULTADES EN LA EVOLUCIÓN

EMANCIPACIÓN

Independencia de la familia de origen sin constituir una pareja

CARACTERÍSTICAS:

- Jóvenes adultos que desean pasar por un periodo de vida autónoma antes de constituir una nueva familia.
- Es muy importante el modo en que los padres aceptan o no esta situación.
- La red social personal del joven puede cobrar mucha importancia, particularmente si comparte la vivienda.

RETOS:

- Lograr una autonomía suficiente y/o un aprendizaje satisfactorio.

EJEMPLOS DE NO EVOLUCIÓN, DIFICULTADES O FACTORES DE RIESGO:

- Fracaso por falta de recursos personales, materiales o de falta de apoyo y confianza de la familia de origen.

FORMACIÓN DE LA PAREJA

CARACTERÍSTICAS:

- Es un proceso en el que cada cónyuge debe ceder un poco de su individualidad (ideas y preferencias) para ganar en pertenencia.

RETOS:

- Establecer unos límites para el nuevo sistema conyugal que lo proteja de interferencias procedentes de la familia política u otros, procurándoles un ámbito reservado para la satisfacción de sus necesidades psicológicas.

EJEMPLOS DE NO EVOLUCIÓN, DIFICULTADES O FACTORES DE RIESGO:

- Fronteras demasiado pobres pueden dificultar la creación del nuevo sistema (padres interferidos en la educación de los hijos y en sus relaciones conyugales por los abuelos), fronteras demasiado rígidas pueden dificultar la evolución y aislar al nuevo sistema de otros sistemas de apoyo (malos tratos, abusos sexuales, problemas psicosomáticos, etc.).

FAMILIA CON HIJOS PEQUEÑOS**Con el nacimiento del primer hijo se constituye el sistema parental y se reorganiza el sistema conyugal****CARACTERÍSTICAS:**

- Dentro del sistema parental el niño aprende: qué esperar de personas con más recursos y fuerza; a considerar arbitraria o racional la autoridad; cómo pedir ayuda; a modelar su sentimiento de lo correcto y lo inadecuado; el estilo de afrontamiento de los conflictos y negociaciones.

RETOS:

- Remodelar el sistema conyugal para que, a la vez que satisface sus necesidades, sirva de modelo de las relaciones íntimas tal y cómo se dan en la vida cotidiana: como expresar afecto, cómo apoyar, cómo afrontar conflictos y negociar entre iguales.
- Conforme crecen los hijos hay que adaptar las pautas educativas para crear métodos adecuados de apoyo y control.

EJEMPLOS DE NO EVOLUCIÓN, DIFICULTADES O FACTORES DE RIESGO:

- Algunos de los trastornos graves de conducta de niños que observamos en nuestros servicios remiten a un grave problema en el sistema de los cónyuges que pueden estar utilizando a algún hijo como chivo emisario o aliado.
- En esta etapa la esposa puede sentirse prisionera de demandas contradictorias en la división de su tiempo y su lealtad. El marido puede dar pasos para su alejamiento. En algunos casos se acumulan riesgos para procesos de abuso o dependencias.
- Se pueden consolidar reparto de roles y tareas inadecuados.

FAMILIA CON HIJOS EN EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES**La aparición de otros hermanos crea un nuevo subsistema que constituye el primer grupo de iguales en el que se participa****CARACTERÍSTICAS:**

- En ese contexto los chicos se apoyan, se atacan, se divierten, se toman de chivo emisario, etc. Y en general aprenden unos de otros.
- En esta etapa, la familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo, bien organizado y de gran importancia: la escuela. Hay que elaborar nuevas pautas (horarios, trabajo, descanso, etc.).
- Con la adolescencia el grupo de pares cobra mucha importancia. Hay que renegociar los temas de autonomía y control.
- El inicio de la fase de separación de alguno de los hijos puede tener consecuencias sobre todo el sistema.

RETOS:

- Dentro del subsistema parental, los adultos tienen la responsabilidad de cuidar de los niños y de socializarlos, pero también poseen derechos: fijación de reglas, domicilio, escuela, etc. y el deber de proteger la privacidad del sistema de los cónyuges y fijar el papel que los niños deberán jugar en el funcionamiento de la familia.
- El niño se entera de que la familia de sus amigos obedece a reglas diferentes.
- Es posible que en esta etapa los abuelos necesiten ayuda y estas nuevas demandas recaigan sobre unos padres sobrecargados que están lidiando con las exigencias de sus hijos adolescentes.

EJEMPLOS DE NO EVOLUCIÓN, DIFICULTADES O FACTORES DE RIESGO:

- Es en el periodo en que la familia debería estar facilitando la progresiva autonomía de sus hijos adolescentes cuando se fraguan algunos de los trastornos de conducta, abusos de sustancias o adicciones, trastornos del comportamiento alimentario, etc. Algunos autores consideran estos problemas como trastornos de la emancipación juvenil. O sea, que estos trastornos representan un fracaso o un bloqueo en esta etapa evolutiva.

La intervención desde los servicios sociales comunitarios

José Manuel Ramírez Navarro



La idea nucleadora que late en toda la intervención es la necesidad de integrar, de ofrecer el conjunto de recursos, como un abanico de opciones articuladas que permitan responder a la diversidad de situaciones que presentan las diferentes personas, o una misma persona a lo largo de un proceso temporal.

El papel clave de las Corporaciones Locales en las medidas de reinserción y en las acciones preventivas, según la práctica cotidiana y las normas institucionales establecidas, convierten a los Ayuntamientos como eje principal, donde debe establecerse el núcleo de los “circuitos integrados” en relación con los Planes Integrales en Drogodependencias.

Los Servicios Sociales Comunitarios, constituyen el nivel básico del Sistema Público de Servicios Sociales, en el que cumplen funciones de atención primaria; por ello adquieren un significado estratégico para ordenar racionalmente este Sistema. Los Centros de Servicios Sociales desde los programas de prevención y reinserción social deben integrar —que no coordinar— con los profesionales que gestionen los planes de drogodependencias.

El carácter local constituye así una de las referencias esenciales de estos Servicios Sociales, siendo la proximidad uno de sus principales potencialidades y razones de ser, a partir de la cual puede cumplir otras funciones estratégicas, como son:

- Posibilitar intervenciones normalizadas en el entorno familiar, vecinal y comunitario donde se desarrolla la convivencia.
- Favorecer la universalidad de las prestaciones del Sistema.
- Favorecer la participación de sus destinatarios, usuarios y del entorno.
- Aprovechar los recursos comunitarios y las potencialidades de las dinámicas colectiva, para favorecer la convivencia y la integración personal y social.

La atención primaria de los Servicios Sociales *per se* tiende a convertirse en elemento coordinador de la intervención de la Acción del Bienestar. La prevención de las drogodependencias y la incorporación social de los drogodependientes deben integrarse en los programas de la Red de Centros de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales, de tal manera que esa integración, procure unas sinergias entre los dispositivos de lo que es una política sectorial (planes de drogodependencias) y un sistema de protección social de carácter universal (los Servicios Sociales) que dentro de su marco normativo recoge la prestación básica de prevención e inserción social. Del mismo modo se podrían integrar los dispositivos de asistencia y rehabilitación de carácter ambulatorio.*

* “¡Cuán poca cosa sería una cosa si fuera sólo lo que es en el aislamiento! (...) Diríase que hay en cada una cierta secreta potencialidad de ser mucho más, la cual se liberta y expansiona cuando otra u otras entran en relación con ella. Diríase que cada cosa es fecundada por las demás”. Ortega y Gasset, José (1914). *Meditaciones del Quijote*.

1. INTRODUCCION: EL ESTADO SOCIAL

El Estado Social, como manifestación colectiva de la solidaridad, que los poderes públicos deben hacer efectiva, integra un conjunto de políticas complementarias, para contribuir a los objetivos del Bienestar Social; éstas son:

SISTEMAS PÚBLICOS

Para garantizar derechos universales:

- Ofertan prestaciones para satisfacer determinadas necesidades sociales, que la Constitución reconoce como derecho de todo ciudadano.
- El Sistema Público de Salud, la Educación, y la Garantía de Rentas (pensiones, subsidios...), son sistemas consolidados, con legislación básica estatal y estructuras que garantizan las prestaciones.
- Los Servicios Sociales son un sistema cuya característica es el importante papel de las entidades locales en su gestión. La ausencia de legislación básica estatal (las Comunidades Autónomas tienen competencia exclusiva en la materia), y el todavía escaso desarrollo de sus estructuras, hacen que sea un sistema incipiente.
- La vivienda, la cultura, el deporte o la justicia, son ámbitos en torno a los cuales se están generando elementos propios de un Sistema Público.

POLÍTICAS SECTORIALES DE DISCRIMINACIÓN POSITIVA

Para la igualdad de oportunidades:

- Definen estrategias que comprometen a diversas áreas y sistemas, en torno a objetivos comunes para superar las dificultades de un grupo social o colectivo para su participación en la vida económica, política, cultural o social.
- Impulsan y coordinan la actuación de los diversos sistemas en torno a estas estrategias.
- Llevan a cabo acciones de sensibilización social.
- Desarrollan investigaciones, formación... y otras acciones instrumentales para el mejor conocimiento o intervención en ese sector.
- Los Planes de Igualdad de la Mujer, los Planes sobre Drogas y Adicciones, los Planes de Juventud, los de Minorías Étnicas, de Discapacitados, de Inmigrantes..., son algunas de estas políticas sectoriales.

PLANES INTEGRALES

Para luchar contra la pobreza y la exclusión:

- Definen y llevan a cabo estrategias y acciones integradas de desarrollo económico, tecnológico y social, para superar situaciones de pobreza y exclusión que afectan a un colectivo o a un territorio (barrio, localidad, comarca, región...).

2. EL SISTEMA PÚBLICO DE PROTECCION SOCIAL: LOS SERVICIOS SOCIALES

La década de los años ochenta significaron para los Servicios Sociales su carta de naturaleza en la sociedad española, en un proceso de implantación y desarrollo tan intenso, como pocos campos de la intervención social pueden registrar.

Los Servicios Sociales han desarrollado a lo largo de este proceso nuevos conceptos, adaptados a las nuevas necesidades valores sociales, así como una práctica vertiginosa, a veces hasta precipitada, que no siempre ha sabido integrar estos nuevos conceptos de forma adecuada.

Los Servicios Sociales constituyen un espacio específico y diferenciado dentro de la Protección Social; ya no valen conceptos reduccionistas (“la marginación como referencia identificativa”), ni globalistas (“la atención a las necesidades sociales en general”, su genérica referencia a la “calidad de vida” o al Bienestar Social).

La mayor parte de las Leyes Autonómicas en vigor, tratan de compaginar ambos conceptos superponiéndolos, al enunciar en su artículo primero objetivos genéricos del Bienestar Social propios del concepto “globalista” (“...el pleno y libre desarrollo de las personas y los grupos dentro de la sociedad...”, “conseguir el mayor bienestar social posible en el territorio de...”, “promover la participación activa en la vida social y política de...”), junto a referencias expresas a la marginación, apoyadas en el siguiente artículo, con un listado de colectivos con especiales problemas de marginación, propio de conceptos “reduccionistas”. Es como “poner una vela a Dios y otra al diablo”, por si acaso...

Los nuevos Servicios Sociales reflejan la situación y expectativas de una sociedad que ha progresado en sus aspectos materiales, pero que encuentra graves dificultades para articular formas positivas de convivencia personal (familia) y social (integración).

También las relaciones sociales de convivencia se ven profundamente afectadas por estos cambios, y manifiestan tanto aspectos que profundizan la incomunicación y la marginalidad, cuanto nuevas potencialidades para las relaciones y el desarrollo personal. En esta sociedad se produce la paradoja de que siendo su paradigma las tecnologías de la comunicación, su riesgo es precisamente el individualismo, la incomunicación y la quiebra de espacios directos de relaciones sociales, de cooperación y solidaridad.

3. LAS PRESTACIONES BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES. EL PLAN CONCERTADO

La importancia del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, define la atención primaria de Servicios Sociales y sus contenidos prestacionales para todo el territorio nacional. Este Plan establece los tres elementos base para la constitución de un Sistema Público de Servicios Sociales: un ámbito de necesidades y, para hacerles frente, unas prestaciones y equipamientos de carácter público.

**Cuadro resumen
del Sistema Público de Servicios Sociales**

NECESIDADES SOCIALES	PRESTACIONES BÁSICAS		EQUIPAMIENTOS DE LA RED DE ATENCIÓN PÚBLICA	
			SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS	SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS
Acceso a los recursos sociales	Información y orientación		Centros de Servicios Sociales	Viviendas tuteladas Centros de acogida Residencias Albergues
Convivencia personal	Ayuda a domicilio	Alojamiento alternativo		Centros ocupacionales Centros de inserción social Centros de relación social (hogares y clubes)
Integración social	Inserción social			
Solidaridad social	Colaboración técnica y económica con organizaciones no gubernamentales		<i>Recursos de iniciativa social</i> Familias de acogida Asociaciones Grupos de autoayuda Iniciativas de apoyo mutua Voluntariado social	

PRESTACIONES BÁSICAS

1. **Información y orientación.** Irá dirigida a individuos, grupos e instituciones sobre los derechos que pudieran corresponderles y los recursos sociales existentes, así como asesoramiento a especialistas sobre problemas sociales y su canalización, cuando sea necesario, a los demás servicios sociales existentes.
2. **Alojamiento alternativo.** Supone una alternativa para las personas que carecen de un ambiente familiar adecuado.
3. **Prevención e inserción social.** Se refiere a intervenciones realizadas por equipos profesionales, dirigidas a personas y colectivos en situaciones de riesgo o marginación social, con el objetivo de prevenir marginaciones sociales y, en su caso, lograr la reinserción familiar y social.
4. **Ayuda a domicilio.** Tiene como objetivo la prestación de una serie de atenciones a los individuos y/o familias en su domicilio, cuando se hallen en situaciones en las que no es posible la realización de sus actividades habituales, o en situaciones de conflicto psicofamiliares para alguno de sus miembros.

La **solidaridad social, cooperación, autoayuda y voluntariado** no se consideran a efectos de los convenios suscritos "prestación básica" en tanto ninguna de las administraciones puede garantizarlas, todas las prácticas y formulaciones de las administraciones concertantes, coinciden en plantearse el fomento de las expresiones de solidaridad como un complemento necesario para la efectividad social de las prestaciones antedichas.

EQUIPAMIENTOS

La concertación interadministrativa considera que los equipamientos mínimos que han de garantizar desde el ámbito local la cobertura básica de protección en materia de Servicios Sociales son:

1. **Centros de servicios sociales.** Equipamientos de carácter comunitario, dotados de los equipos técnicos, incluidas las Unidades Básicas de Trabajo Social o denominación similar, y los medios necesarios que den soporte a las prestaciones básicas enumeradas.
2. **Albergues.** Servicios destinados a procurar con carácter temporal, la prestación de alojamiento a transeúntes sin medios económicos y a otras personas marginadas, atendido así mismo a su inserción personal y social.
3. **Centros de acogida.** Establecimientos residenciales no permanentes, destinados a acoger, en media de urgencia, a personas en situación de graves conflictos convivenciales o carentes de medio familiar adecuado, procurando el necesario tratamiento para la normalización de la convivencia.

En este contexto de las nuevas estrategias del Bienestar Social, el Sistema Público de Servicios Sociales ha de articularse con otros Sistemas en la definición de prioridades y el desarrollo de acciones específicas dirigidas a colectivos con especiales circunstancias de discriminación, a través de los Planes Sectoriales para la igualdad de oportunidades.

En resumen, los Nuevos Servicios Sociales en España están definiendo sus perfiles y sus contenidos, dentro de un contexto social en el que se manifiestan nuevos problemas con especial intensidad, nuevas marginaciones y riesgos profundos de incomunicación e insolidaridad; pero también nuevas motivaciones y potencialidades para la comunicación y, a través de ella, para un desarrollo humano más completo que en ningún otro momento de la Historia.

Así han de compaginar su doble cometido, por un lado proporcionando mecanismos de protección social (Prestaciones) para responder a los nuevos problemas sociales (prevención y recuperación), y al mismo tiempo han de aprovechar las nuevas aspiraciones de gran parte de la población, y las potencialidades del desarrollo económico y social, para impulsar dinámicas solidarias de convivencia, que se enfrenten a los riesgos de aislamiento e insolidaridad que tal desarrollo produce.

4. LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

Los Servicios Sociales Comunitarios han sido, a lo largo de los últimos años, el elemento paradigmático de un nuevo modelo de Servicios Sociales que ha querido superar los esquemas puramente reparadores y sectoriales de la Beneficencia y la Asistencia Social.

Efectivamente, frente a una acción limitada a lo individual, los Servicios Sociales Comunitarios significan una intervención en el colectivo como base de las atenciones a los grupos, familias y personas que integran el mismo.

Frente a una definición sectorial de las intervenciones, los Servicios Sociales Comunitarios se definen por su carácter universal en un determinado marco territorial-poblacional.

Frente al alejamiento y marginalidad que significaban los establecimientos asilares y orfanatos, la proximidad y normalización del propio entorno.

Frente a la acción puramente recuperadora, la prevención y la promoción.

Frente al paternalismo, el fomento de la responsabilidad social, la solidaridad y la participación.

En todas las leyes autonómicas de Servicios Sociales se plantean las funciones que deben realizar los Servicios Sociales Comunitarios.

Estructura orgánica y funcional

Unidad/es de Trabajo Social de zona (U.T.S.)	Configuran el nivel básico de atención del centro, que actúa de manera directa e integral sobre un espacio poblacional y territorial reducido, canalizando las relaciones entre ese espacio y el centro, y constituyéndose así en puerta de entrada a éste.
Unidad/es de Programas para Gestión de Prestaciones	Estas unidades gestionan los recursos que el Centro dispone para hacer efectivas las Prestaciones Básicas de referencia; llevan a cabo las intervenciones y tratamientos específicos necesarios con relación a la materia específica que les corresponde.
Unidad de Asistencia Técnica	Prestan apoyo al funcionamiento mismo del Centro (asesoramiento) y asistencia técnica complementaria a las atenciones que se ofrecen a personas, familias y grupos.
Unidad de Administración	Responsable no sólo de atender la gestión ordinaria (procedimiento administrativo y contabilidad) del Centro, sino de estudiar las formas de organización burocrática
Unidad de Dirección	Unidad con la responsabilidad última de la eficacia de la estructura, representa al Centro y articula las relaciones del mismo con la institución titular y con el exterior.

SERVICIOS

Servicio de Convivencia y Reinserción Social

- Este Servicio se configura como un conjunto de acciones dirigidas a posibilitar las condiciones personales y sociales para la convivencia, participación e integración de los individuos en la vida social, con especial atención a las acciones de carácter preventivo. Asimismo, trata de recobrar la vinculación efectiva y activa de los individuos y grupos en su entorno, cuando ésta se haya deteriorado o perdido.
- El Servicio de Convivencia y Reinserción Social se concreta en las siguientes acciones:
 - Desarrollo de actividades tendentes a la detección de las situaciones problemáticas o de marginación.
 - Programas y actividades de carácter preventivo tendentes a propiciar el desarrollo y la integración social de la población.

- Apoyo y tratamiento psicosocial en los diferentes marcos convivenciales, dirigidos fundamentalmente a aquellas personas y familias que presenten desajustes.
- Tratamiento y rehabilitación de personas o grupos con dificultades de integración en el medio comunitario, en colaboración coordinada con las instituciones que estén llevando a cabo procesos de desinstitucionalización.
- Organización de actividades ocupacionales destinadas a favorecer la inserción en el medio, como modo de evitar el desarraigo comunitario o marginación social.
- Posibilitar alternativas, dentro del marco comunitario, que den respuestas a aquellas personas que carezcan de una adecuada estructura de convivencia familiar.

Servicio de Cooperación Social

1. El Servicio de Cooperación Social responde a la necesidad de participación y solidaridad ciudadana en el medio comunitario.
2. Consiste en el desarrollo de aquellas actuaciones dirigidas a fomentar y apoyar las manifestaciones de solidaridad de la comunidad, impulsar y promover el asociacionismo, potenciar las asociaciones ya existentes y ofrecer cauces apropiados que favorezcan la participación de la comunidad.

Ante estas nuevas situaciones, si las estrategias tradicionales de inserción social a través de la capacitación y posterior inserción laboral entran en crisis, se hace necesario un profundo debate dentro de los nuevos Servicios Sociales, para perfilar nuevas estrategias, con nuevos objetivos específicos y medios para lograrlos. La eficacia de las nuevas respuestas en lo que a la inserción social se refiere, estará condicionada a la adecuada articulación de las siguientes estrategias:

1. La detección precoz de las situaciones que puedan constituir riesgos de desarraigo o marginación, o que sean indicio de los mismos.
2. La normalización de las respuestas sociales.
3. El desarrollo de los sentimientos comunitarios.
4. El refuerzo y desarrollo de actitudes y habilidades personales, útiles para una convivencia social positiva. Desarrollo de capacidades de comunicación y relación crítica. Construir o recuperar facetas personales de ocio y cultura.
5. Dinámicas integrales de promoción social.

5. ESTRATEGIAS DE FUTURO PARA LOS SERVICIOS SOCIALES

1. IMPULSAR LA DIMENSIÓN PRODUCTIVA Y TECNOLÓGICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Es preciso superar su concepción como sistema residual de “gestión de las situaciones de pobreza y exclusión”, y considerar éstas situaciones como producto de un determinado modelo de relaciones sociales y de producción y distribución de la riqueza de una sociedad. La contribución de los servicios sociales al logro de niveles adecuados de convivencia, incorporando a la misma a personas y colectivos con dificultades, contribuye a la articulación de la sociedad, y previene o corrige tensiones y conflictos disfuncionales para el sistema económico y social.

No menos importante es la labor que los servicios sociales realizan para incorporar al empleo a sectores con dificultades (por discapacidad, marginación, drogodependencia...). Cada persona que consiguen incorporar al empleo, no sólo será “económicamente activa”, sino que deja de ser una carga para el sistema.

2. INCIDIR EN LAS RELACIONES ENTRE EL HÁBITAT Y LA CONVIVENCIA

El hábitat es un elemento determinante para la convivencia humana. Por eso resultan absolutamente ineficaces medidas sociales dirigidas a prevenir la marginación o a lograr la inserción social, cuando se mantienen las características inapropiadas para la convivencia en el entorno físico.

Se debe considerar el espacio urbano como un elemento eminentemente social, cuya función es favorecer la convivencia humana positiva. Es hora de que el urbanismo tenga en cuenta la perspectiva convivencial, contemplando los efectos que una determinada ordenación del territorio tiene o puede tener sobre la vida cotidiana de quienes lo habitan y sobre las dinámicas colectivas que, sobre él, puedan articular.

Se debe aprobar una legislación que incorpore informes y auditorías de impacto convivencial en el diseño de los planes y acciones urbanísticas, como dictámenes preceptivos elaborados por los responsables técnicos de los Servicios Sociales y desarrollar e implantar Planes integrales para intervenir en entornos urbanos con especiales problemas de degradación.

3. CONSTITUIR REFERENTE DE VALORES POSITIVOS PARA LA CONVIVENCIA

Todas las medidas institucionales de protección social sólo pueden ser eficaces y tener efectos duraderos, si se llevan a cabo en un entorno cívico impregnado de valores solidarios. Al fin y al cabo es en la sociedad donde se genera la convivencia, y el espacio donde se puede evitar la marginación o lograr la inserción de las personas, las familias y los grupos. Por eso, se debe impulsar en la sociedad estos valores solidarios y actitudes favorables para la convivencia positiva.

6. LA INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

Prevenir el consumo de drogas y favorecer la rehabilitación de los drogodependientes es el objetivo genérico que debe de orientar las estrategias y medidas que se definan desde la intervención en drogodependencias.

La responsabilidad pública en las intervenciones integrales, la importancia de la prevención y el rigor del método, son tres ejes sobre los que se sustenta la intervención en drogodependencias.

Responsabilidad pública en intervenciones integrales: las actuaciones que se lleven a cabo en materia de drogodependencias, responderán a los siguientes principios:

- La consideración de las drogodependencias como enfermedades con repercusiones en los ámbitos biológico, psicológico y social.
- La necesidad de integrar las actuaciones en materia de drogodependencias en los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales.
- La responsabilidad de las Administraciones Públicas en la planificación, desarrollo, coordinación y control de las intervenciones en materia de drogodependencias.

La importancia de la prevención: la prevención es el elemento clave de las actuaciones en materia de drogodependencias. Está orientada a la promoción de valores y habilidades personales y sociales, en los ámbitos familiar, educativo, laboral y comunitario.

Criterios para una asistencia eficaz: en materia asistencial se tendrán en cuenta dos principios básicos:

- Garantizar la asistencia a los drogodependientes en condiciones de equidad con respecto a otras enfermedades.
- La oferta de tratamiento debe ser accesible y diversificada, basada en programas.

Las estrategias en drogodependencias en sus dimensiones estructurales deben permitir diseñar y mantener una estructura flexible y capaz de adaptarse a las exigencias y necesidades del entorno que debe intervenir.

Dos prenotandos:

- La conjunción entre la responsabilidad pública y la implicación de la sociedad, a través de muy diversas iniciativas solidarias.
- La voluntad y la capacidad de intervenir integralmente en todo el proceso de prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción, y hacerlo además utilizando metodologías y programas diversos. Esta diversidad, lejos de comprometer la eficacia de la red, la hace especialmente útil para responder a situaciones cambiantes y diversas como son las que afectan al consumo de drogas.

Los cambios que se producen de forma constante en las condiciones sociales del consumo de drogas, hace que los discursos, las estrategias y los dispositivos que no evolucionan, sufran un grave deterioro que llega a hacerlos inservibles. Por otra parte, la gestión cotidiana acumula inevitablemente fallos y déficits que, aun limitados en su origen, si no se corrigen a tiempo pueden comprometer la capacidad de la organización para responder a las finalidades para las que ha sido diseñada.

Tres ejes que van a permitir diseñar y mantener una estructura flexible y capaz de adaptarse a las exigencias y necesidades del entorno en el que debe intervenir. El enunciado de cada una de estas estrategias, es el siguiente:

- **Dirección:** Integración, control estratégico y autonomía funcional.
- **Organización:** Estructura flexible y económicamente soportable.
- **Comunicación:** Incorporar y evolucionar. Sistema de Información.

Dirección

Se debe integrar y ordenar bajo una única dirección estratégica —Servicios Sociales Comunitarios— los Programas, centros y servicios relacionados con la prevención e incorporación social, garantizando su efectivo control por parte de la Administración Pública, y la autonomía funcional que permita la agilidad, adaptabilidad, eficacia y eficiencia de su gestión.

El enunciado de esta estas estrategias directivas plantea tres aspectos complementarios: integración, control estratégico y autonomía funcional.

Variedad es riqueza; no cabe duda. Pero la variedad supone también el riesgo de desarticulación y déficit de eficacia y eficiencia del conjunto, si no se logra la complementariedad de los diversos efectivos, bajo una misma orientación y dirección estratégica.

Organización

Diseñar una organización capaz de adaptarse a los cambios en las condiciones sociales y en las decisiones estratégicas, y sobre la base de una estructura presupuestaria que garantice su estabilidad y su capacidad de intervención.

Cuatro son los criterios que proponemos para garantizar esta estrategia organizativa:

- Diferenciar las necesidades estructurales de la organización, de las que resultan de los objetivos coyunturales de intervención.
- Actuar con criterios de “Sistema Público” y en coherencia con las estrategias directivas formuladas.
- Determinar una estructura racional de gastos, orientada por el equilibrio entre los costes estructurales y los destinados a las intervenciones, en beneficio de éstas.
- Diversificar los ingresos y fuentes de financiación, de manera que los costes estructurales se compensen con ingresos con garantía de estabilidad.

Uno de los mayores riesgos al diseñar una nueva organización, es no diferenciar adecuadamente de entre las “cosas que hace”, aquellas que son imprescindibles, ahora y en el futuro, para la existencia de la institución, de aquellas otras

cosas que son consecuencia de las necesidades. En esencia, la incapacidad de diseñar la estructura con criterios de futuro, y no con el simple recuento de las necesidades del presente.

La falta de perspectiva de futuro conlleva gravísimas hipotecas que a medio plazo derivan en una sobrecarga estructural, con riesgo de convertir a la organización en un aparato burocratizado, incapaz de adaptarse a las exigencias de la sociedad, y que en lugar de responder a sus necesidades reales, exige que sean éstas las que se adapten a los dispositivos de la organización. Es, ni más ni menos, el paradigma de la burocratización: que la sociedad se adapte a las peculiaridades de la organización, en lugar de adaptar la organización a las necesidades de la sociedad.

Comunicación

La comunicación tiene una importancia fundamental ya que en toda dinámica que pretenda intervenir en la sociedad se pretende lograr su implicación en sus actuaciones y en el logro de sus fines.

Las actuaciones en materia de drogodependencias debe de ser escrupulosamente respetuosas con las estrategias y normas institucionales emanadas de las instituciones con las que comparte responsabilidad de la materia, y a las que corresponde precisamente definir el marco de coordinación y el impulso a las prácticas que se llevan a cabo por parte de los Ayuntamientos y otras instituciones.

A partir de las referencias que supone el contraste de necesidades-recursos, con las carencias y potenciales que determinan, así como el contexto institucional en el que esta planificación se ubica, es preciso marcar aquellas orientaciones que deben dar coherencia al conjunto de medidas que un plan proponga.

Los objetivos así definidos se completan con el enunciado de un conjunto de criterios que expresan las formas en que tales objetivos han de llevarse a cabo, para no desvirtuar su esencia. Son criterios que deben ser así mismo tenidos en cuenta a la hora de plasmar cada una de las medidas contempladas en el plan, y al acometer cualquier otra iniciativa no contemplada específicamente, pero que se considere necesaria para prevenir las toxicomanías, para proporcionar asistencia o rehabilitar a los toxicómanos, o para promover actitudes y prácticas solidarias y saludables.

Objetivos y criterios que en todo caso han de ser referencias para articular la necesaria coordinación entre municipios y otras instituciones públicas y entidades privadas, dentro y fuera del ámbito territorial.

7. EL VALOR DE LA PROXIMIDAD Y EL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD

El papel clave de los municipios en las medidas de reinserción y en las acciones preventivas, según la práctica cotidiana y las normas institucionales establecidas, convierten a los Ayuntamientos como eje principal, donde debe establecerse el núcleo de los “circuitos integrados” en relación con los Planes Integrales en Drogodependencias.

Desde las CCLL, en cuanto a la prevención deben de tenerse en cuenta un conjunto de “espacios” que son imprescindibles abordarlos para garantizar el éxito de los programas y éstos deben desarrollarse desde los Servicios Sociales Comunitarios, la comunidad educativa (escuelas, profesores, Asociaciones de Padres...), la familia, el ámbito laboral, las asociaciones y Organizaciones no Gubernamentales y los medios de comunicación.

Los Ayuntamientos y Diputaciones a través de los Servicios Sociales Comunitarios son el auténtico “motor” de estas acciones y deben de contar con el asesoramiento de Instituciones especialistas, en el enfoque de sus programas. Ya que a veces, lo que se hace en prevención se convierte en algo contraproducente y negativo para los objetivos que se pretenden.

En cuanto a la reinserción, los Servicios Sociales desde el programa de inserción social tendrá que coordinarse con las instituciones competentes en materia de empleo, la familia y empresas que favorezcan la inserción laboral.

La asistencia y rehabilitación de toxicómano debe de plantearse desde las competencias municipales en una doble vertiente según el tratamiento sea ambulatorio o residencial. En cuanto al tratamiento ambulatorio, las atenciones y

servicios que se prestan contarán con la coordinación efectiva con los centros de salud y los centros específicos de atención a drogodependientes. Referido a las atenciones en centros residenciales los Ayuntamientos deben de establecer los dispositivos ágiles con la coordinación de los Servicios Sociales de carácter específico que debe de concretarse en protocolos definidos por las Comunidades Autónomas.

La Federación Andaluza de Municipios y Provincias aprobó un manifiesto presentado en Antequera por los Profesionales de Drogodependencias de las Corporaciones locales que parte de su texto dice:

“Teniendo en cuenta la Legislación vigente en Servicios Sociales y el valor de la proximidad que comparten los Gobiernos Locales con la prestación de prevención y reinserción social, estimamos que la ubicación más adecuada de los dispositivos de prevención, en la actualidad concretada en el Programa Ciudades ante las Drogas, deberá estar integrada en un futuro en los Servicios Sociales Comunitarios y coordinada con los Centros de Tratamiento de Adicciones.”

“...los mecanismos de financiación estables que garanticen la continuidad de los programas que se vienen desarrollando desde los Gobiernos Locales, bien a través del establecimiento de Convenios plurianuales, o estableciendo un sistema de transferencias directas en el marco de la concertación de la Junta de Andalucía y la Administración Local.”

ANEXO I. LA DESCENTRALIZACION

El municipalismo en la gestión de los Servicios Sociales

La descentralización ha sido una idea unida desde sus inicios, al nuevo concepto de Servicios Sociales, hasta convertirse en algo consustancial a la gestión de los mismos, y en una de sus señas de identidad más características. Una idea institucionalizada en la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local, en la Ley Autonómica de Servicios Sociales, así como en el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales.

Por eso vale la pena considerar aunque sea sintéticamente, algunas de las premisas en que se fundamenta la descentralización.

- **El criterio:** lo que pueda decidirse y gestionarse en un ámbito más próximo del ciudadano, que no se decida y gestione en ámbitos alejados.
- **La filosofía:** la decisión y la gestión descentralizada, requieren una filosofía y un modo de hacer distinto. Una cultura de lo “micro” y la diferencia, frente al centralismo, el gigantismo y la uniformidad y una confianza en la capacidad de las personas y los grupos, y en la solidaridad, como respuesta al paternalismo.
- **La trayectoria:** del 79 al 83: del Estado a las CCAA. Del 83 al 88: reorganización de recursos en las CCAA. Del 88 al 99: del Estado Central y las CCAA a las Entidades Locales mediante subvenciones y convenios. Del 99 al... (el reto): las transferencias planificadas mediante formulas estables.
- **Los argumentos municipalistas:**
 - De eficacia social.* La especificidad de las intervenciones (capacidad de conocer e “interpretar” las necesidades), la capacidad de intervención integral y la capacidad de intervención comunitaria.
 - De eficiencia social.* Más permeable y sensible al control ciudadano, mayor aprovechamiento de recursos, y menor deterioro de las capacidades sociales.
- **Las condiciones:** culminar la descentralización de recursos —transferencias—, desde la Administración Central (0,5% de la renta, Viajes del Ministerio...) y desde la Comunidad Autónoma a las Corporaciones Locales (parte de nuevos recursos descentralizados por la Administración Central, así como Centros Sectoriales de Atención Especializada como los centros de día (es inconcebible que en un municipio haya dos centros de día para personas mayores y uno de ellos dependa de la Junta y el otro del Ayuntamiento), etc. así como el programa de solidaridad, y las plantillas técnicas sectorializadas que han de intervenir...
Garantizar la estabilidad de los recursos con formulas adecuadas de colaboración económica. Las subvenciones no garantizan estabilidad y han de adoptarse mecanismos de financiación que no sólo garanticen el mantenimiento de las plantillas, y apoyos técnicos sino de sus instalaciones.

ANEXO II. PRINCIPIOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

- **RESPONSABILIDAD PÚBLICA Y GRATUIDAD:** los programas, centros y servicios contemplados serán recursos de carácter públicos y gratuitos para los ciudadanos/as.
- **IGUALDAD Y UNIVERSALIDAD:** todas las personas que lo necesiten se beneficiarán por igual de los programas, centros y servicios de la red, y se garantiza la no discriminación por motivo de raza, sexo, edad, orientación sexual, creencias o ningún otro, así como un trato humano y digno.
- **GLOBALIDAD E INTEGRALIDAD:** toda persona atendida en los dispositivos de la red tendrá derecho a un tratamiento integral de la persona.
- **CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS,** de acuerdo a lo estipulado en la legislación correspondiente (Ley de Protección de Datos de Carácter Personal de 13 de diciembre de 1999).
- **INDIVIDUALIZACIÓN:** los tratamientos serán individualizados y se adaptarán a las necesidades de cada paciente y de su familia.
- **COMPLEMENTARIEDAD:** en la red de servicios deben convivir tanto los programas dirigidos a la abstinencia como los de reducción de riesgos y daños, abordando todas las posibilidades de intervención.
- **NORMALIZACIÓN E INTEGRACIÓN:** los programas de intervención deben constituir un eslabón en el proceso de tratamiento cuyo objetivo final es la incorporación en el medio social de procedencia.
- **PLANIFICACIÓN:** la eficacia de la lucha contra las adicciones exige una planificación racional de todas sus actuaciones.
- **COORDINACIÓN:** para la consecución de los objetivos se actuará en coordinación con cuantas instituciones públicas o privadas sea necesario.
- **COMPROMISO SOCIAL Y SOLIDARIDAD.** la lucha contra las adicciones debe ser un compromiso solidario del conjunto de la sociedad.
- **PARTICIPACIÓN:** se promoverá la participación ciudadana a través de las instituciones, organizaciones y asociaciones que deseen trabajar en este tema.
- **INVESTIGACIÓN Y EVALUACION:** las actuaciones que se desarrollen estarán basadas en la evidencia científica así como en los resultados de las evaluaciones de los programas.
- **ÉTICA:** la reflexión sobre las condiciones éticas debe orientar toda la acción preventiva, asistencial y rehabilitadora en materia de adicciones, cuidando no sólo de los fines sino también de la oportunidad y legitimidad de los medios que van a emplearse.
- **CALIDAD:** los centros y servicios de lucha contra las adicciones asumirán el compromiso de la mejora permanente orientada hacia la calidad total.
- **AUTONOMÍA DE LOS PACIENTES:** las intervenciones orientadas a la asistencia y rehabilitación de las personas adictas garantizarán la autonomía de estas personas en todas las decisiones respecto a las finalidades de las mismas y los medios que se lleven a cabo. Para ello se actuará con el máximo respeto al consentimiento informado.
- **INTERCULTURALIDAD Y RESPETO A LA DIVERSIDAD:** se tendrán en cuenta los principios de la diversidad cultural, ideológica y religiosa presentes en nuestra sociedad.

ANEXO III. MARCO JURÍDICO Y LEGAL BÁSICO

El marco jurídico que regula este sector.

- La Constitución Española de 1978.
- La aprobación de los 17 estatutos de autonomía, todos ellos con referencias a los servicios sociales.
- La aprobación de la Ley de Bases de Régimen Local de 1985.
- La aprobación de las 17 leyes autonómicas de servicios sociales.
- Las leyes sectoriales que regulan colectivos concretos (la Ley de Integración Social del Minusválido o la Ley de Asilados y Refugiados, etcétera).

Hirusta: un programa preventivo para adolescentes con conductas de riesgo y sus familias

Enriqueta Montejo García



1. HISTORIA

En noviembre de 1985, abre sus puertas en Bilbao, el programa Proyecto Hombre, promovido por la Diócesis de Bizkaia y dedicado a la rehabilitación educativo-terapéutica en el campo de las toxicomanías.

En 1991 se constituye la Fundación Gizakia que pertenece a la Confederación de Programas de Proyecto Hombre. La Fundación Gizakia, además de asumir y apoyar la consolidación del Programa Proyecto Hombre (PH) de Bilbao, “está abierta a otros programas que puedan promoverse en el futuro, en orden a la prevención de las toxicomanías de todo tipo” (Acta Fundacional, cap.II, art. 7).

A partir de 1994, a través del análisis de la demanda que llega al programa PH de Bilbao, se detecta un número creciente de familias de adolescentes que acuden solicitando información y apoyo, de cara a abordar los inicios de consumos u otros comportamientos de riesgo de los jóvenes.

La experiencia acumulada en este sentido entre 1994 y 1996; la evolución de la propia realidad de las drogodependencias (nuevos perfiles de consumidores, nuevas sustancias, etc.), y del discurso social y profesional en torno a los mismos, nos llevan a iniciar la andadura de *Hirusta*, como programa de intervención desde la prevención con adolescentes con conductas de riesgo y sus familias. Con una metodología adecuada a estas situaciones y, por tanto, diferente a la utilizada en Proyecto Hombre.

FUNDACIÓN GIZAKIA

PROGRAMAS		OBJETIVO/COLECTIVO
Proyecto Hombre	1985	Programa integral para el tratamiento y la reinserción de personas con trastornos adictivos y sus familias.
Familias	1987	Programa de apoyo a familiares de drogodependientes en tratamiento o en activo.
Interv. en prisión	1992	Programa de atención en instituciones penitenciarias a la población drogodependiente privada de libertad y a sus familias.
Formativo-laboral (RAIL)	1995	Programa para favorecer la inserción laboral de personas drogodependientes con dificultad para incorporarse a un empleo.
Hirusta	1996	Programa de prevención y apoyo frente a conductas de riesgo, dirigido a adolescentes, sus familiares y mediadores sociales.
@Tiempo	2000	Atención a conflictos personales y sociales, con objeto de prevenir situaciones de riesgo en diferentes ámbitos que pudieran derivar, si no se afrontan, en múltiples problemas posteriores.
Cocaína y otros estimulantes	2002	Programa de atención a personas con problemas de cocaína y consumos asociados de alcohol y cannabis.
Mantenimiento con metadona	2003	Programa que ofrece dispensación de metadona y servicios de apoyo complementarios a población transeúnte, excarcelada o de otros programas que requieran estos servicios.

En el año 2004 se publicó la evaluación de *Hirusta* llevada a cabo por el Grupo GiD y coordinada por Domingo Comas. Esta evaluación nos reafirmó como profesionales en algunos de nuestros planteamientos, como es el de ser *Hirusta* un programa diseñado en función de unas necesidades detectadas y mostrar en su diseño claridad y coherencia con este objetivo, y ofrecer un servicio del que los usuarios están satisfechos. Esta evaluación también nos puso en contacto con aspectos a mejorar y en ello seguimos trabajando.

2. PRINCIPIOS BÁSICOS

Después de más de 10 años de experiencia, éstos son los principios que nos guían en nuestra intervención:

- Entendemos por comportamientos de riesgo, aquellos que presentan un determinado potencial de influencia nociva en la maduración e integración social de las personas jóvenes, cuando son repetitivas o mantenidas en el tiempo; o por la contundencia de su gravedad.
Así, bajo este epígrafe se incluyen, entre otros, las conductas agresivas, los conflictos en el aula, los inicios de delincuencia y, por supuesto, los consumos de drogas.
- Dado el contexto del que provenimos, era inevitable, en los primeros años, la identificación del programa de prevención *Hirusta*, con el de asistencia e inserción de personas toxicómanas PH. De ahí, que tanto los jóvenes como sus familias, pensaran que en él se trataban únicamente “aspectos de drogas”.

Pero la realidad es que nuestra intervención la hacemos desde un modelo que sitúa el comportamiento en el funcionamiento global del joven y permite analizar su significación y gravedad en clave adolescente dado que intervenimos con adolescentes que son adolescentes y hacen consumos.

Conocer bien este momento del proceso de maduración del ser humano con sus características propias a nivel psíquico (con su complejidad emocional) y social, nos parece fundamental para saber si nos enfrentamos:

- A una situación de respuesta al aquí y ahora.
- Si estamos ante conflictos arrastrados de etapas anteriores que dificultan el avance en ésta.
- O incluso si está cristalizando una situación más definitiva.

Es a través de sus conductas, más que de la palabra, como el adolescente expresa lo que está viviendo, su malestar o esperanza. La respuesta del entorno, por tanto, no debe dirigirse tan sólo a la conducta, sino a dicho malestar o esperanza.

Mantenemos un concepto amplio de prevención, no queriendo acotarla en términos que puedan resultar, por sí mismos, estigmatizantes para las personas que atendemos. Huimos de expresiones tales como “prevención en drogodependencias” o “en comisión de delitos” o “en salud mental”. Aunque, sin duda, intervenimos en la prevención de todas y cada una de ellas.

Esto nos permite movernos en un arco de atención que va de menos a más, desde lo psicoeducativo, a lo familiar, social y psicoterapéutico.

Apostamos por una intervención en la que está incluida la familia; o incluso, sólo con la familia; ya que son los padres quienes, en la mayoría de los casos, dan al adolescente la contención que precisa para poder crecer.

Independientemente de la forma que adopte una familia (nuclear, monoparental, extensa, reconstituída, homoparental, etc.), todas las familias deberían poder atender a las necesidades personales de sus miembros y prepararles para enfrentarse a los cambios madurativos.

Por ello, cuando hablamos de trabajar, incluso sólo con los padres, no nos referimos sólo a las situaciones en que sería preciso hacerlo también con el/la hijo/a y esto no es posible, sino también a aquellas situaciones en que, como

profesionales, valoramos que los padres tienen recursos suficientes para afrontar la conducta de riesgo que presenta el hijo/a, sea ésta consumo u otras y ni siquiera es necesario convocar al joven.

O también, aquellas otras ocasiones en que los padres, por el contrario, no se sienten capaces de manejar la situación del consumo adolescente, pero pueden facilitar el acceso del/la joven al recurso que precisa, si ellos están atentos y trabajando en sus propias dificultades.

Finalmente, también trabajamos con los tutores y educadores que hacen acompañamiento a los menores tutelados por los Servicios Sociales de Protección, y con medidas judiciales en una línea de colaboración en el proceso terapéutico-educativo de la persona adolescente.

Y, en general, recurrimos y colaboramos con los adultos referentes que tengan un papel en este devenir adolescente, en ámbitos de formación o tiempo libre (tutores de centros educativos, educadores de calle, monitores de tiempo libre).

Se trata, en cualquier caso, de apoyar al entorno en que se desarrolla el crecimiento adolescente, para que sean los más cercanos al joven quienes movilicen sus propios recursos; de utilizar todas las sinergias posibles entre los elementos socialmente normalizadores que están en relación con la persona adolescente.

Apostamos por el trabajo en red con relación con otros profesionales, siendo nuestra intervención flexible, como lo exige esta etapa adolescente, para incorporar o remitir a los recursos necesarios para cada caso, y en cada momento: profesores de institutos y CIPS, educadores, servicios sociales, psiquiatras...

Y también por esto, participamos y generamos acciones de formación y contraste con otros profesionales en relación con los adolescentes desde el ámbito de la educación o los servicios sociales.

Nosotros mismos somos un equipo multidisciplinar, que incorpora figuras diversas como son: educador social, médico y psicólogos de distintas orientaciones (dinámicas, sistémicas...).

Remarcamos la importancia del grupo de referencia. Los seres humanos se han caracterizado siempre por una orientación eminentemente grupal.

Ya hemos hablado del grupo familiar. Pero en la adolescencia, además del grupo familiar, cobra mucha importancia el grupo de iguales; en ambos casos, en referencia al tema de la identidad y de los aprendizajes.

Es por ello, que nosotros alternamos en la intervención en *Hirusta*, tanto las sesiones grupales como las individuales. Aunque las sesiones de diagnóstico sean en todos los casos sesiones individuales.

Tenemos así un grupo de jóvenes estable y semi-abierto, con entradas y salidas de adolescentes, en función de procesos. Este grupo, puede ser la intervención que se valore como necesaria en algunos casos. En otros, alternará con sesiones individuales.

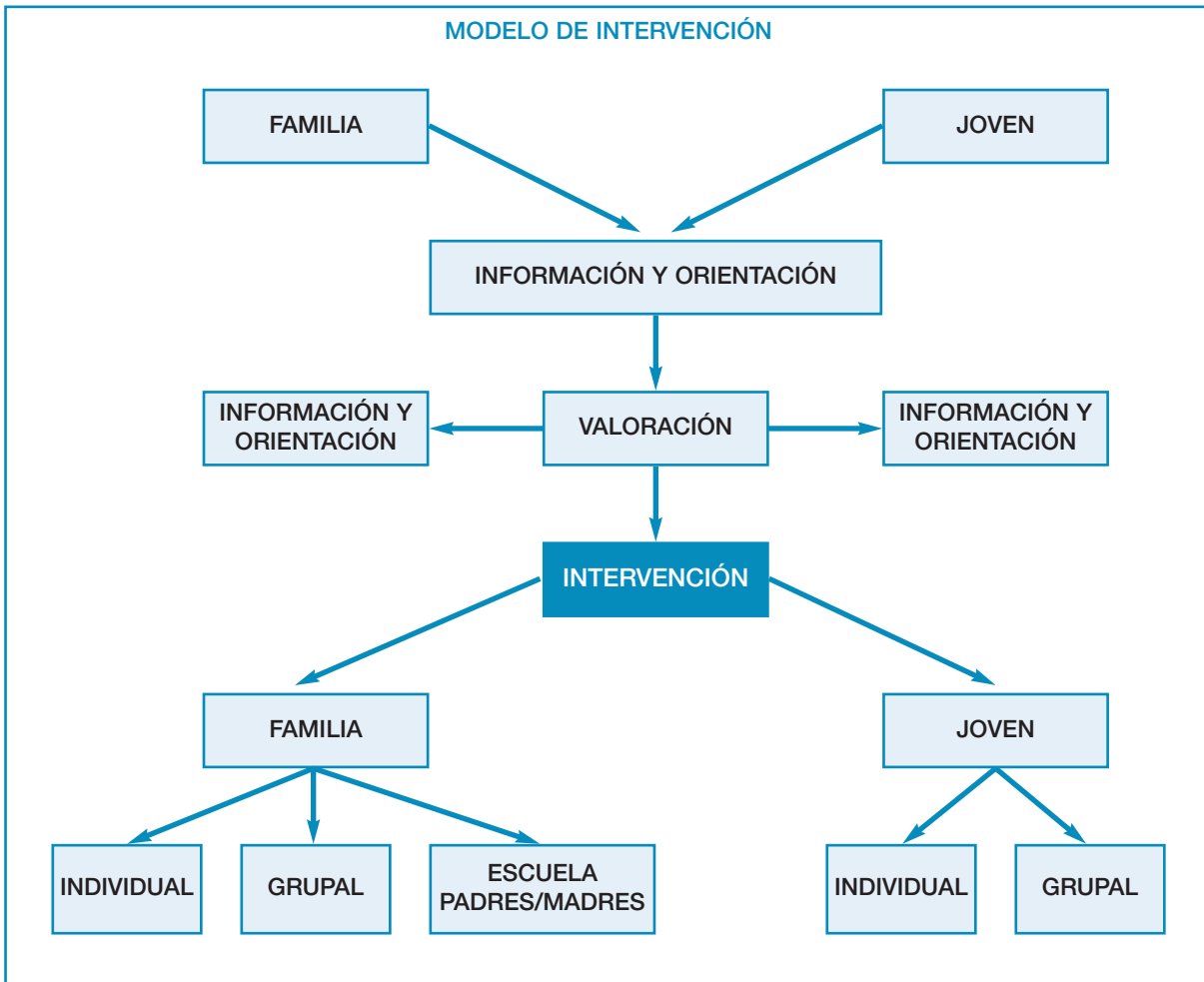
Y, en todos los casos, si no hay contraindicaciones, se utilizará como final de proceso, ya que es un buen marco para ver como ha cristalizado el proceso.

Pero también con los padres utilizamos el formato de grupo; con una orientación psico-educativa que permita a los padres compartir experiencias, información, desdramatizar, hacer un aprendizaje vicario, incluso a nivel instrumental, y hasta la reelaboración de algunos aspectos de la relación con sus hijos.

El paso a grupos es siempre tras el proceso de diagnóstico y los criterios de inclusión son semejantes a los de los jóvenes.

3. METODOLOGÍA

Para explicar el proceso de trabajo con un caso, vamos a utilizar este esquema explicativo:



Hirusta es un programa ambulatorio donde el tratamiento se desarrolla mediante sesiones individuales, grupales y familiares con una periodicidad semanal o quincenal en función de los objetivos marcados con cada persona usuaria.

Inicialmente se lleva a cabo un proceso diagnóstico tanto desde la familia en el que, mediante entrevistas semiestructuradas, se realiza una valoración de la situación, es decir se describen y se valoran las circunstancias y contextos que expliquen las conductas o la manera de ser y actuar del/la adolescente.

Dicha valoración también se lleva a cabo con el/la joven cuando éstos acuden.

Tanto las sesiones diagnósticas como el resto del proceso terapéutico se realizan de manera separada con el/la adolescente y su familia, respetando la confidencialidad de lo expuesto en las sesiones.

El contenido de las sesiones de tratamiento va desde lo psicoeducativo a lo psicoterapéutico. En los grupos de padres/madres se abordan aspectos sobre su función parental, mientras que la escuela de padres/madres tiene un carácter más pedagógico y teórico.

También se cuenta en el equipo con la figura de una médico para realizar exploraciones psicopatológicas a adolescentes a petición del/la terapeuta de los mismos o pautar tratamientos psicofarmacológicos si el caso lo requiriese.

4. PERFIL DE LOS USUARIOS

- Adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 14 y 21 años, con comportamientos de riesgo o en situación de riesgo.
- Padres-madres, familiares o responsables de adolescentes que demanden ayuda u orientación.
- Centros o personas que, estando en contacto con adolescentes, buscan orientación por razones profesionales o personales.

POBLACIÓN ATENDIDA EN 2005			
	HOMBRES	MUJERES	PERSONAS ATENDIDAS
Adolescentes	65	28	93
Familiares	155	221	376
Total			469

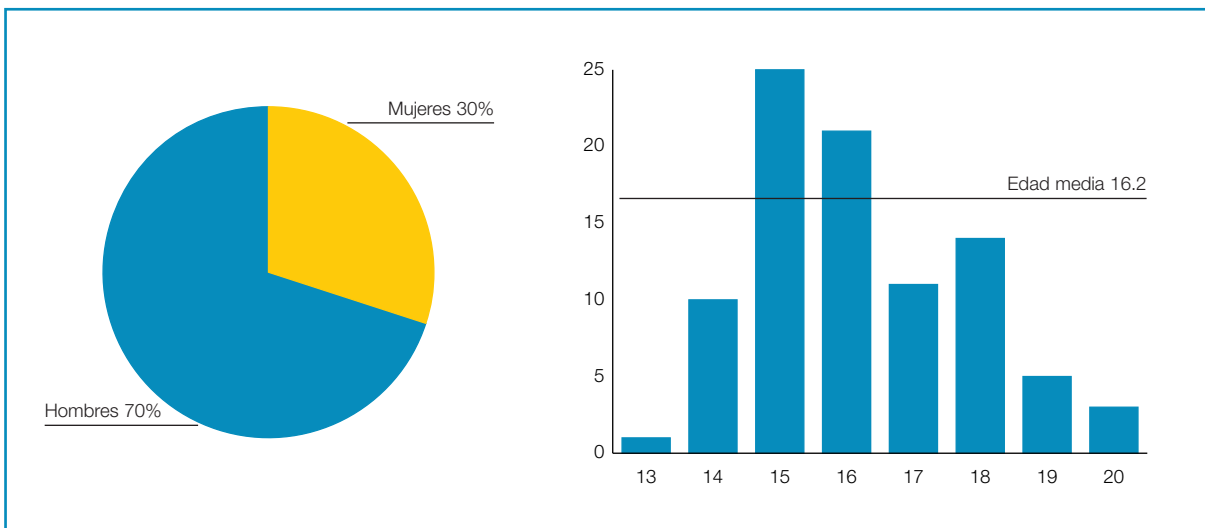
El número de familias a las que se atendió fue de 226. Si añadimos a este dato que 14 adolescentes acudieron sin sus familias, resulta que el total de unidades familiares diferentes atendidas, fue de 240.

CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS DE HIRUSTA

Adolescentes

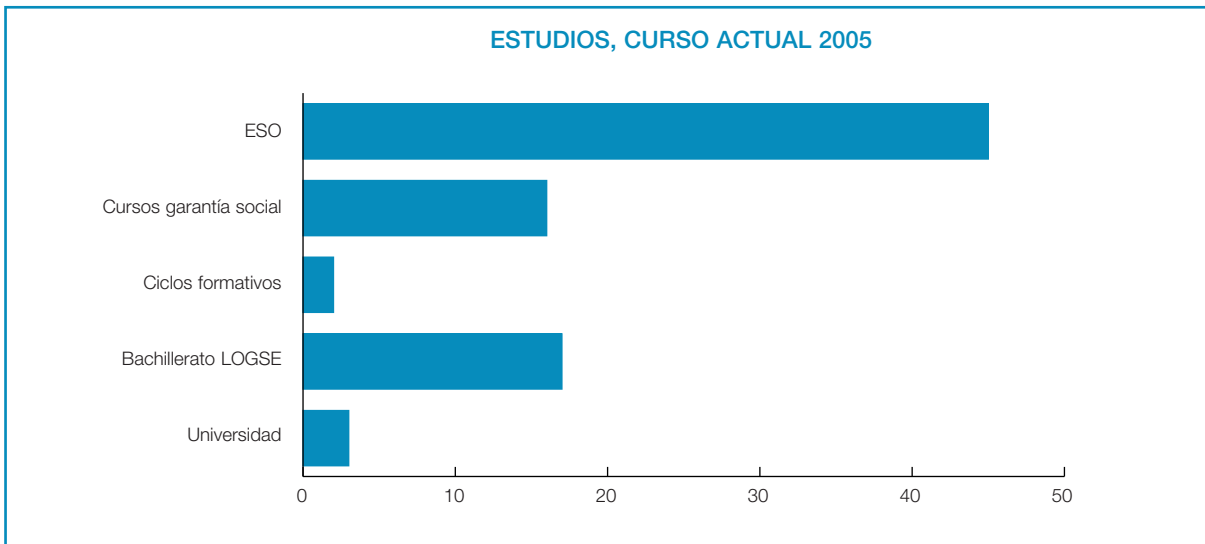
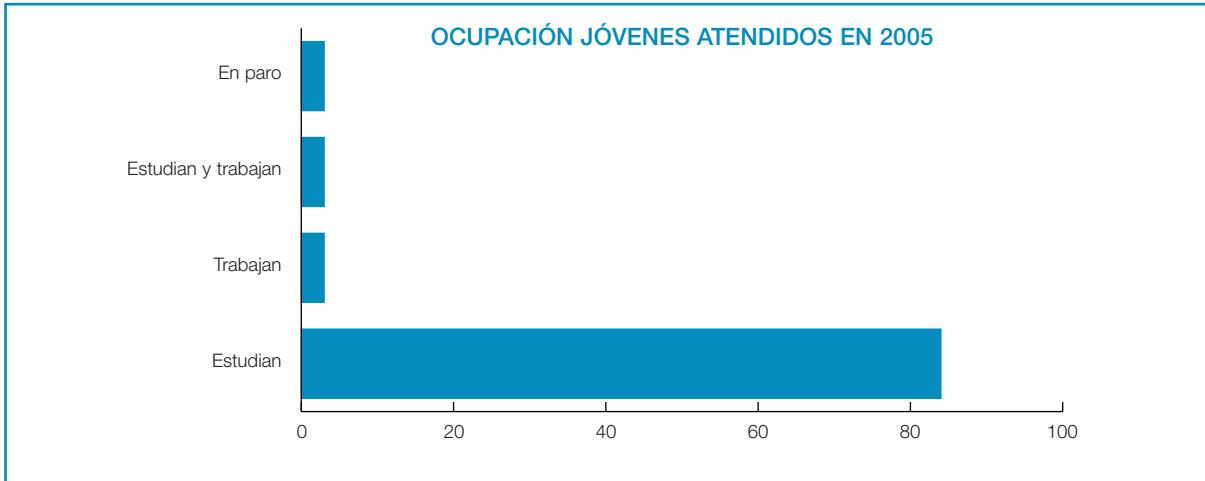
Sexo y edad. La edad media de los adolescentes atendidos en 2005 fue de 16.2 años. En lo que llevamos de 2006, la media de edad es parecida (16.6 años), aunque están acudiendo más adolescentes en torno a los 17-18 años.

En cuanto al sexo, nos parece importante resaltar, que en 2006 ha aumentado el porcentaje de mujeres atendidas, pasando a ser un 35% del total de los jóvenes que acuden a *Hirusta*.

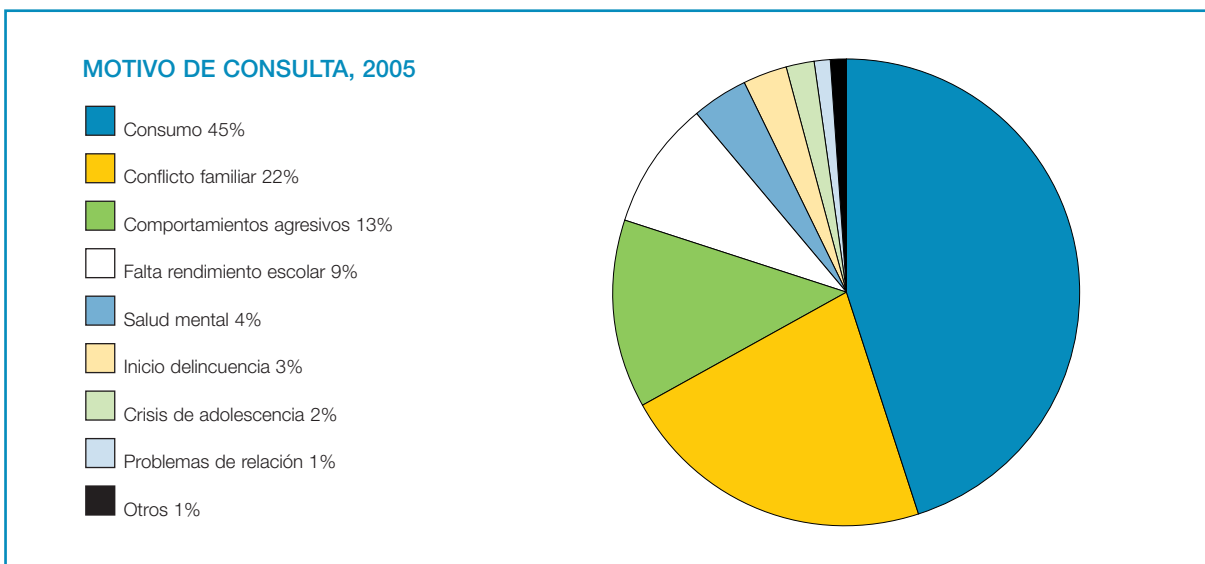


Nivel formativo, ocupación. En consonancia con su edad, prácticamente la totalidad de los adolescentes atendidos son estudiantes, bien en la enseñanza reglada bien en la no reglada.

No aparecen cambios significativos en este aspecto en la población atendida en lo que va de 2006.

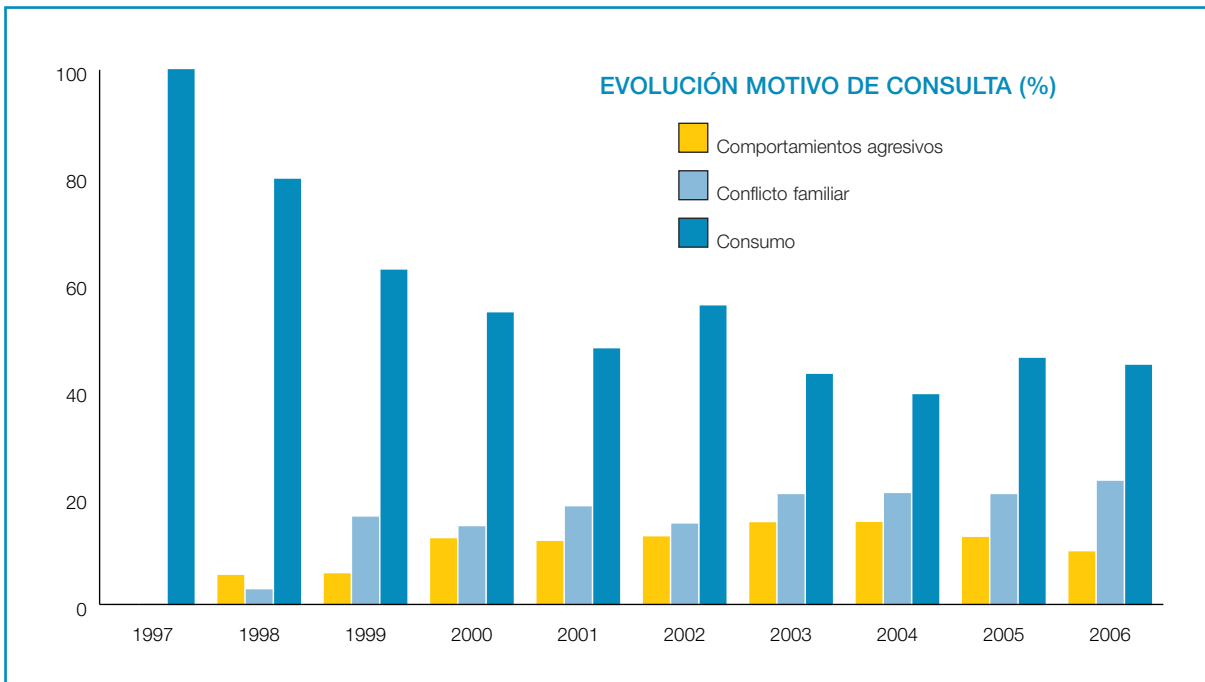


Motivos de consulta. Exponemos en este gráfico las causas que, según manifiestan los usuarios de nuestro programa, motivan su consulta.

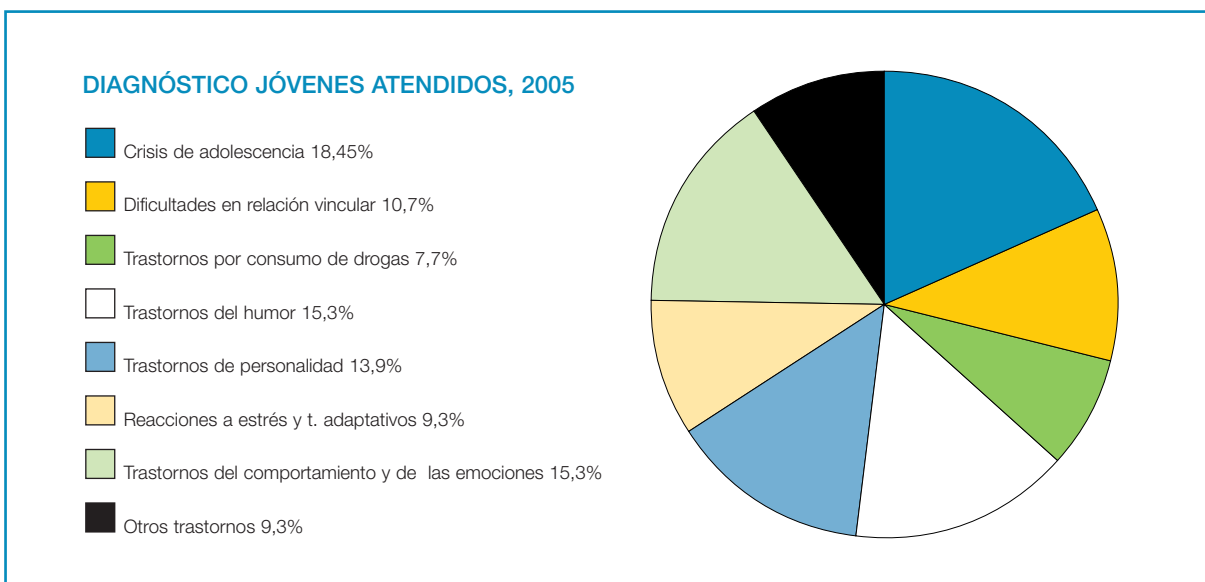


Nos parece reseñable, que durante este año (hasta el 30 de septiembre de 2006), ha aumentado en dos puntos (hasta un 6%) el porcentaje de los casos que consultan por razones derivadas de problemas o dificultades en relación a la salud mental de sus hijos e hijas adolescentes.

A lo largo del tiempo el motivo de consulta ha ido variando, en consonancia con el propio origen del programa (Proyecto Hombre Bilbao), la percepción inicial que se tenía de él, el desplazamiento del consumo de drogas como primordial preocupación de padres y madres respecto a sus hijos y el propio desarrollo del equipo de *Hirusta*, acudiendo ese concepto amplio de prevención al que hacíamos referencia anteriormente.



Diagnósticos. El motivo de consulta que traen los usuarios no tiene porqué ser necesariamente el objeto primero y único de la intervención. Por ello, es necesario realizar un diagnóstico de la situación y del adolescente atendido.



Consumos. Un 22,5 % de los jóvenes atendidos en 2005 no presentan consumos habituales de drogas ilegales más allá de una mera experimentación o consumo puntual.

En el resto de jóvenes, resaltamos la prevalencia del cannabis como droga de mayor consumo así como un paulatino aumento de la presencia de cocaína y otros estimulantes. El consumo de ácidos y drogas de diseño es pequeño, mientras que sólo en un caso se da un consumo habitual de inhalantes.

DROGA CONSUMIDA	Nº	EDAD MEDIA
Hachís	66	15.9
Cocaína	12	16.8
Anfetaminas/Speed	9	16.6
Ácidos	4	15.75
Drogas de diseño	2	15/20
Inhalantes	1	15

Familias

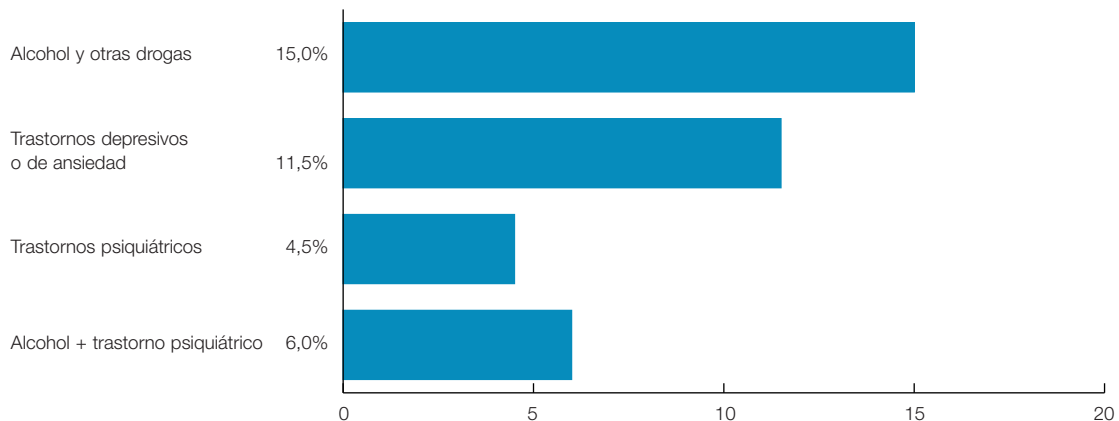
Hacemos especial hincapié en la presencia y participación en nuestro programa de ambos miembros de la pareja cuando ello es posible. Es innegable la importancia de los roles paterno y materno en el proceso madurativo de los hijos e hijas, proceso en el que se hayan inmersos los adolescentes objeto de consulta en *Hirusta*.

Así, en un 68% de las familias atendidas durante 2005, fueron ambos padres quienes acudieron a las citas programadas. En lo que llevamos de 2006, el porcentaje es del 65%

Antecedentes familiares. Entre nuestra población se observa un porcentaje superior al de la media poblacional de familias con antecedentes de problemáticas de salud mental y/o consumos de drogas por parte de los padres.

ANTECEDENTES FAMILIARES, 2005

Familias con antecedentes de problemáticas de salud mental y/o consumos: 26,0%



Nota: En una familia puede darse más de un tipo de antecedente.

Proyecto Atlántida: protocolos para la gestión de los conflictos escuela-familia-municipio

Yolanda Troyano Rodríguez



La tarea de protocolizar los diferentes fenómenos, unos más habituales y otros emergentes, relacionados con el clima escolar, la convivencia y la disciplina, ha surgido a propuesta e invitación de la Consejería de Educación del Gobierno Canario, y con el interés mostrado por el MEC para el desarrollo de su plan de Convivencia. Siendo Atlántida un grupo de innovación que tiene sus raíces en Canarias (nacimiento del colectivo dentro del CEP de La Laguna, desarrollo del mismo por el resto de islas junta a las FAPAS, y extensión al resto de España a través del grupo ADEME), nos pareció un reto interesante asumir la invitación y atrevernos a elaborar un documento base que permita un trabajo de reelaboración con la participación de los centros, las propias FAPAS y todos los servicios sociales que intervienen en la tarea común de mejorar la educación. El material que Atlántida presenta aquí como primer borrador, intenta como en la mayoría de sus intervenciones, favorecer una fase abierta de debate, suma e inclusión de nuevas aportaciones realizadas desde la práctica. A continuación se especifican los objetivos de partida y algunas características del proceso de trabajo seguido:

- La propuesta nace de un grupo de profesionales ligados a Atlántida, como miembros integrados o colaboradores, y se entrega como material base para que sirva de soporte, como un nuevo material que añadir a los que en la práctica ya se han elaborado y se siguen elaborando en Canarias y el resto del Estado.
- Se trata de abordar la protocolización de fenómenos de ruptura y disrupción de la convivencia escolar desde la perspectiva del propio centro educativo, pero siempre contando con los marcos familiar y comunitario, ambos co-responsables en el tema que nos ocupa. Atlántida enfatiza el papel y la perspectiva de escuela/familia/municipio en todo lo relacionado con el desarrollo democrático de los centros educativos y el aprendizaje de los valores de la convivencia democrática por parte del alumnado.
- A la hora de tratar —y protocolizar— cada uno de los fenómenos seleccionados, hemos intentado integrar propuestas de actuación de urgencia, otras de prevención, y por último, también de formación, con diferente peso en cada ámbito, como se verá. Por lo tanto, preocupa la adecuación de pautas para los primeros momentos de la aparición de un conflicto, y hacerlo en relación a un trabajo posterior y paralelo de prevención, al que se sume una propuesta de formación que llegue a calar en el tejido educativo.
- Hemos priorizado el tratamiento de algunos fenómenos emergentes, y hemos obviado en principio describir materiales sobre aspectos que algunos programas de la Consejería están protocolizando con intensidad (mediación), o han sido desarrollados por los centros (conciliación: CEIP Aragón, Las Palmas), y en su caso ayuntamientos (absentismo: Ayuntamiento de Agüimes). Agradecemos a diferentes centros educativos —IES San Matías, CEO Betancourt y Molina...— la aportación que recogemos de algunos de los materiales referentes.
- Hemos tratado de dar prioridad y de poner el énfasis en las claves necesarias para las actuaciones de urgencia. En principio, la urgencia con que hay que abordar un fenómeno de ruptura de la convivencia escolar está directamente en función de su gravedad. Y la gravedad, obviamente, estaría en función de su impacto inmediato, de su visibilidad, de la medida en que desestabiliza y bloquea el proceso de enseñanza y aprendizaje en nuestras aulas. No obstante, es muy importante señalar que nos enfrentamos también a fenómenos y conflictos de convivencia que son casi invisibles y que, por tanto, no parecen revestir tanta gravedad ni tener tanto impacto directo en lo que ocurre en nuestras aulas y les ocurre a nuestros alumnos. Pero, por ejemplo, su

menor visibilidad no implica que los fenómenos de acoso y de maltrato escolar no puedan ser muy graves y, en consecuencia, muy urgentes de abordar. Lo mismo puede decirse de fenómenos que encuentran su origen en la familia. Habrá por tanto que ser muy cuidadosos con el concepto de “urgencia”, en la misma medida que lo somos ya con el de “gravedad”.

- Interesa a Atlántida, especialmente, el proceso por el cual este material y otros, se integra tanto en la oferta que ya ofrecen programas y servicios de la Consejería, como en la vida diaria del aula u sus experiencias ya en marcha. Su objetivo final: convertirse en un nuevo material producto del contraste entre teoría y práctica, y entre materiales referentes y la adecuación a sus contextos.
- Se pretende desarrollar (octubre 2006 a enero 2007) una campaña de integración de la propuesta entre el grupo que elabora este primer documentos, los programas de la Consejería, el plan del MEC, la actividad de los centros, las APAS y el entorno.
- Pretendemos que la campaña de debate e integración disponga de unos centros y “zonas referente”, en los que el propio Proyecto Atlántida ya interviene, o nuevas incorporaciones que consideren oportuno sumarse a la fase de contraste.
- Se ha dispuesto que esta fase sea acompañada de una exposición del propio material y otros en sitios webs y portales, de forma que todos los centros y APAS, más los servicios sociales concurrentes puedan participar en el debate y las aportaciones.
- Finalmente y dentro de esta fase, que puede ser ampliada hasta junio, se pretende en enero del año 2007 realizar una edición y publicación a partir de este primer borrador y las aportaciones que se consideren.
- Contemplamos, con la edición en la calle, de enero a junio del 2007, reproducir la primera fase con campaña de información a los tres sectores, y la nueva recogida de aportaciones en unas *Jornadas finales de Convivencia*, a partir de las cuales dispongamos de un material de trabajo, siempre en constante revisión y renovación.
- Para terminar, volvemos a reiterar las cautelas con las que es preciso gestionar los primeros momentos de algunos fenómenos, especialmente ante situaciones de gravedad. Reiteramos la necesidad de compaginar el peso de las normativas y el uso de la función formativa que la educación tiene asignada. Los materiales que entregamos sólo tienen sentido contextualizados en lugares y momentos concretos. Esperamos sirvan de apoyo y ayuda en la noble tarea de educar en valores democráticos.

Atlántida se siente orgullosa del encargo recibido y del primer esfuerzo realizado, agradecemos a la Consejería de Canarias el interés y apoyo a nuestras propuestas, y al MEC la colaboración en su línea de política educativa; nos disponemos a aprender en contacto con la práctica, y esperamos cuantas aportaciones se consideren, con la intención de configurar un material general, resultado del proceso. Canarias, 6 de octubre del año 2006.

1. LAS CLAVES DE LA ACTUAL CRISIS DE CONVIVENCIA EN NUESTRAS ESCUELAS: PERCEPCIONES Y REALIDADES

Hay quien puede pensar que la violencia escolar es como la gripe aviar, una pandemia postmoderna que en lugar de venir del Este y del Sur, nos llega del Oeste y del Norte. Se trataría de una “modalidad” de violencia que es endémica de la escuela y que lleva a muchos padres a replantearse la escolarización de sus hijos e incluso a elegir su lugar de residencia en función de la escuela a la que asistirán, o asisten ya, sus hijos (Moreno, 2006). Ante dicha pandemia de violencia escolar, sus supuestas causas, manifestaciones y perniciosos efectos, hace tiempo que bastantes padres y madres han elaborado una concepción distinta de calidad escolar. Ya no importan tanto las instalaciones del colegio, incluido el laboratorio de idiomas o de informática; ni siquiera ayuda mucho saber que los profesores tienen títulos superiores y montones de cursos de perfeccionamiento y especialización.

Hasta el mágico indicador del número de alumnos por clase comienza a perder importancia. Así, la calidad se definiría hoy en términos de “quién más va a ese colegio con mis hijos”, es decir, “con quién se juntan mis hijos”. Lo

demás es casi ignorable porque no hace falta haber estudiado Sociología para saber que la influencia más fuerte sobre un adolescente es la que ejerce el “grupo de iguales”.

Decir que las causas de la violencia escolar son las mismas que las de la violencia en general es una obviedad, pero sin duda una obviedad necesaria para empezar. No tan obvio, sin embargo, es afirmar que los centros educativos españoles son probablemente las instituciones menos violentas de todas las que influyen sobre la vida cotidiana de nuestros hijos. Si comparamos los niveles y episodios de violencia en la escuela con los que se producen (y nuestros hijos “consumen” y sufren) dentro de la propia familia, en las calles, plazas y barrios, en los medios de comunicación o en Internet, se llega a la conclusión de que, en efecto, nuestras escuelas son milagrosamente pacíficas. Y ese milagro, que lo es todavía más en un contexto de escolarización universal y de una sociedad crecientemente compleja desde el punto de vista étnico, religioso, lingüístico y cultural, se debe fundamentalmente, tengámoslo bien claro, al gran trabajo y al compromiso personal y profesional de nuestro profesorado, en nuestra opinión uno de los mejores del mundo. Por eso hay que poner en cuarentena las alarmas generalizadas sobre la supuestamente creciente violencia escolar, sobre todo en la medida en que simplifican interesadamente la realidad y pueden suponer un modo más de deslegitimación de la escuela y del profesorado, especialmente en la enseñanza pública.

No obstante lo anterior, está claro que nuestras escuelas, particularmente las de Educación Secundaria, afrontan hoy importantes problemas de convivencia, indisciplina, comportamiento antisocial del alumnado y, en algunos casos, violencia en el sentido estricto de la palabra. Pero en lugar de preguntarnos por las causas sin más, tal vez sea más interesante comenzar por preguntarse qué hay de diferente en la violencia escolar de hoy en comparación con la que tenía lugar hace una o dos generaciones. En primer lugar, está la percepción social de que el volumen de violencia es mayor y de que afecta a un número cada vez mayor de estudiantes. De hecho, los estudios sobre intimidación y acoso entre iguales —la forma más frecuente y corrosiva de violencia— o sobre disrupción en las aulas podrían tomarse como aval de esta tesis. Sin embargo, habría que admitir que, en todo caso, hay que hablar de violencia “de baja intensidad”, más relacionada con el carácter masivo de los sistemas escolares actuales que con alguna supuesta “deficiencia” contemporánea de nuestras escuelas, profesorado o alumnado.

En segundo término, algunos analistas apuntan que el factor que mejor puede explicar hoy día la violencia, la indisciplina y el comportamiento antisocial de los estudiantes es la pérdida de autoridad tanto de padres y madres como del propio profesorado. No faltan quienes afirman que se trata de una renuncia activa a ejercer la autoridad por parte de los padres seguida y apuntalada por el natural rechazo —o incapacidad— de los profesores para asumir esa autoridad en su lugar. Todo ello conduce al actual déficit cívico de nuestros jóvenes, que en efecto se manifestaría en forma de violencia por una parte, y en una especie de “autismo social” por otra, esto es, en una total falta de interés por participar e implicarse activamente en cualquier tipo de institución formal de educación. Cuánto pueda haber de cierto o de exageración interesada en este análisis es una cuestión que habría que considerar con mucho más detalle del que es posible realizar en esta breve introducción.

Lo que sí es evidente, en tercer lugar, es que la diferencia más clara entre la violencia escolar de hace una generación y la de ahora es que tanto los profesores como las familias estamos hoy muchísimo más preocupados por el tema. El hecho de que estemos más sensibilizados por las cuestiones relativas a la violencia escolar es un indicador de madurez y de desarrollo de nuestra sociedad y de nuestro sistema educativo. Exactamente lo mismo podría decirse respecto de la violencia doméstica, la violencia de género o el acoso laboral. No es que ahora se produzcan más que antes, es más bien que ahora son más visibles socialmente, porque nos preocupan más y, sobre todo, porque nos resultan más intolerables. Por eso es importante analizar con rigor y con un enfoque constructivo cuáles son las causas de lo que se ha dado en llamar violencia escolar y, en concreto, las características culturales y organizativas de las escuelas que podrían estar detrás de que buena parte de los adolescentes y jóvenes muestren una creciente falta de identificación con lo escolar y un cada vez menor sentimiento de pertenencia a la escuela como institución.

Los importantes cambios en el entorno de aprendizaje a partir de la transición de la escuela primaria a la escuela secundaria podrían proporcionar una buena explicación a la creciente pérdida de compromiso con la propia escuela y de interés por las actividades relacionadas con ella por parte de muchos alumnos. Además, puede argumentarse

que tales cambios, contemplados desde la perspectiva de los propios estudiantes y en un contexto de educación secundaria prácticamente universal, están relacionados con un déficit democrático en el funcionamiento de las instituciones escolares actuales, y este sería uno de los ejes donde nos parece que es necesario ahondar. Existe evidencia empírica más que suficiente que demuestra que ciertas características de las escuelas favorecen la emergencia de sub-culturas estudiantiles anti-escuela, violencia y comportamiento antisocial, deserción creciente, y pérdida generalizada de identificación con lo escolar. Estudios nacionales e internacionales indican con claridad que el absentismo escolar y la desafección por la escuela (entendida como esa falta de sentido de pertenencia y también como baja participación de los estudiantes) son los mayores desafíos de la escuela contemporánea, en especial de la secundaria. Un estudio de la OCDE realizado en el 2000 sobre 42 países y que se basa en los ya famosos resultados de PISA, pone de manifiesto que uno de cada cuatro estudiantes de 15 años de edad tiene un bajo o muy bajo sentido de pertenencia a la escuela, y que uno de cada cinco falta a clase habitualmente. Las tasas de desafección varían considerablemente en los distintos países. En España y Dinamarca llegan hasta una tercera parte de los estudiantes de dicha edad, mientras que, por ejemplo, en Canadá, Grecia, Islandia, Nueva Zelanda o Polonia es una cuarta parte. En Japón o Corea, en contraste, el porcentaje de los que reconoce faltar a clase regularmente es tan sólo de un diez por ciento. Sin embargo, incluso en estos países donde la asistencia a clase aún no se ha resentido, los alumnos no están necesariamente felices en los centros educativos. El bajo sentido de pertenencia y de compromiso con la escuela es un fenómeno extendido en Japón y Corea, donde más de un tercio de los estudiantes manifiestan que “no se sienten parte de la institución”.

Por otra parte, al contrario de lo que podría esperarse, los resultados de este estudio revelan que los alumnos menos identificados con la escuela y que menos participan en ella no son aquellos que tienen menor nivel de rendimiento académico; el fenómeno afecta a todos los alumnos, independientemente de su capacidad o resultados académicos. De hecho, y siguiendo los resultados de PISA, el conjunto de los estudiantes que manifiestan un menor sentido de identificación con la escuela obtienen puntuaciones ligeramente por encima de la media.

Todos estos datos nos permiten colocar y contemplar el asunto de la violencia escolar en un contexto no sólo más complejo e informado sino también más realista. Además, plantean cuestiones de gran alcance tanto a quienes tienen la responsabilidad de las políticas educativas como a quienes gestionan el día a día de los centros escolares. Los datos indican que la desafección escolar (y las sub-culturas estudiantiles anti-escuela como uno de sus efectos) no se circunscribe a una minoría de alumnos, esa a la que en nuestro país se conoce como “objetores escolares”. Son muchos más los alumnos que no desarrollan todo su potencial en la escuela, que tienden a ser disruptivos en las aulas y que pueden tener una influencia negativa en otros estudiantes, todo lo cual explica y conduce al comportamiento antisocial y al absentismo escolar.

2. MODELO DEMOCRÁTICO Y COMUNITARIO DE LA CONVIVENCIA DESDE LA CORRESPONSABILIDAD DE CADA ÁMBITO: ESCOLAR/FAMILIAR/SOCIAL

Nuestra propuesta implica no sólo una tarea educativa sino toda una apuesta cultural que compromete al conjunto de la sociedad. El complejo diagnóstico que acabamos de realizar nos anima a reconocernos interdependientes y a hablar de corresponsabilidad. Será preciso pasar del agobio, la huida y el repliegue individual hacia posturas de compromiso con unos mínimos comunes sobre los que construir una convivencia democrática. Pretendemos situar los problemas de la gestión de la convivencia y la disciplina escolares en relación con su posibilidad de contribuir a potenciar una cultura democrática dentro y fuera de la institución educativa. Nuestra propuesta se denomina “modelo democrático y comunitario” (Luengo y Moreno, 2005; Luengo y Torrego, 2005), y supone una reflexión de fondo sobre la necesidad de una actuación participativa y comunitaria al servicio de la inclusión escolar. No se trata en absoluto de un modelo “blando”; al contrario, abogaremos de entrada por el no a la impunidad, pero desde una normativa y unas medidas elaboradas democráticamente, a partir de problemas concretos que se hayan analizado con rigor.

¿POR QUÉ ES DEMOCRÁTICO?

Es democrático porque hará bascular las prácticas de gestión de la convivencia, basadas en la autoridad formal, jerárquica o carismática, hacia otras que profundizan en los procesos de reflexión compartida y generación de acuerdos, desde los que luego reclamar y exigir el respeto y acatamiento al sistema de normas elegido entre todos. Por tanto, entendemos que la gestión de la convivencia escolar es un modo más de hablar del aprendizaje de hábitos, conductas y actitudes democráticas en el contexto del currículo escolar.

¿POR QUÉ ES COMUNITARIO?

Es comunitario porque, como se ha apuntado anteriormente, es ya hora de confluir en la necesaria corresponsabilidad de los actores implicados si se desea realizar un trabajo ligado al contexto que promueva cambios de alcance. Para superar la situación actual, Atlántida apuesta por un proceso paralelo y simultáneo: escuela, familia y ámbito social.

¿POR QUÉ ES INCLUSIVO?

Abordar los problemas de convivencia desde el principio de la exclusión, aunque sea temporal, nos llevaría a segregar a cuantos incurran de modo recurrente en conductas disruptivas. En tal caso, el modelo fundamental termina siendo de exclusión, lo que a corto plazo supone un respiro momentáneo para el centro pero que, sin embargo, acarreará consecuencias muy negativas a medio y largo plazo tanto dentro del propio centro como, sobre todo, en su entorno. El alumnado que no encuentra "lugar de aterrizaje" a las disfunciones que le ocasionan tanto el mundo familiar-social como la cultura dominante del centro, no es ya que abandone y alivie la presión sobre el clima escolar, es más bien que certifica el fracaso de la propia escuela, que así concebida sólo serviría para certificar el principio discriminatorio que no requiere sesudos análisis: aun tratándose de un servicio público, los más necesitados recibirán menos porque, al oponer "resistencia" al modelo general, serán excluidos del proceso de aprendizaje lo antes posible. Para desarrollar el principio de inclusividad escolar y social será no obstante preciso reforzar la formación del profesorado y algunas condiciones laborales mínimas en zonas escolares de especial dificultad.

¿POR QUÉ ES PROCESUAL?

Para llevar a buen puerto el trabajo que asesoramos, es preciso huir de la improvisación y realizar un camino ordenado, poner en marcha un proceso que organice paso a paso la elaboración de una alternativa vivida por todos; lo que hemos llamado Modelo de Proceso.

3. EL PROCESO PARA LA REELABORACIÓN DEL RRI

PAUTAS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO Y LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO INICIAL QUE INICIE EL PROCESO DE AUTORREVISIÓN DEMOCRÁTICA DE LA CONVIVENCIA EN EL CENTRO/CONTEXTO

Las experiencias de desarrollo de la convivencia vividas en distintos centros educativos y en el conjunto de varios pueblos y localidades nos han permitido contextualizar el llamado Modelo de Proceso, del que destacamos los siguientes pasos, elementos y tareas en la reconstrucción del RRI:

Procesos entrenados, vividos a modo de simulacros, previo al acuerdo entre sectores

El ejercicio de autorrevisión que se propone realizar en los diferentes sectores debería ser "entrenado" antes de su puesta en marcha. Aquí se describe el de centros, que hemos desarrollado con familias y también en el ámbito social. Se trataría de realizar un taller en cada sector para que, una vez entendido el proceso y sondeada la propuesta ideal, se ponga en práctica sin pretender que en el proceso participativo se deba imponer lo ya entrenado.

Partir de problemas reales y destacar los logros tanto de alumnado e hijos como del profesorado y tutores

No es posible iniciar procesos de mejora si no existe un consenso entre los implicados que concrete cuáles son las conductas que distorsionan la marcha normal del aprendizaje. Se trata de categorizar los problemas a partir de momentos concretos del día y actividades regladas que aseguran un punto de observación preciso. Es necesario superar las frases ambiguas de “qué clima tan desorganizado”, “cuánta indisciplina”, y ser capaces de identificar y describir las conductas concretas que afectan y enrequecen el clima de aprendizaje. Para realizar el diagnóstico es preciso ser honestos y autocríticos, y reconocer tanto las conductas disruptivas del alumnado —en su caso, de los hijos o jóvenes en la calle, como veremos cuando se trate del ámbito familiar o social— como las de los docentes, pasando por el personal de administración y servicios (PAS). No se pierde autoridad por reconocer que tienen lugar conductas favorecedoras de climas disruptivos; al contrario, con ello el adulto se convierte, en un plano de igualdad, en el garante democrático de un proceso interno de mejora, con acuerdos, por lo que se ve reforzada su autoridad y tutoría. El esfuerzo previo que supone tendrá sin duda su recompensa: el alumnado, los hijos, los jóvenes, valorarán el plano de igualdad del diagnóstico realizado, lo que les comprometerá de forma más efectiva. En general, el grueso del grupo de clase dará un paso adelante, en relación con la corresponsabilidad en el aula y el centro, cuando haya vivido un proceso en el que su voz cuenta y llega a formar parte de la normativa diaria y del articulado del RRI. Una vez ganada la mayoría democrática, será posible dedicarle un tiempo especial al reducido grupo de conductas “más complejas” y a la normativa común establecida.

Analizar las causas de las problemáticas

En paralelo con el análisis y la observación de las conductas diagnosticadas como favorecedoras de la disrupción (a las que habrá que dedicar especial atención en reuniones de claustro, comisión pedagógica, equipos educativos, departamentos, momentos de aula; en familia: encuentros de APAS, reuniones de sábado en casa; en el campo social: asambleas con asociaciones de jóvenes, con educadores sociales, etc.), hay que analizar la posible causa que existe detrás de cada conducta disruptiva, lo que permitiría hablar de procesos de mejora o alternativas. Así, reconocer que no se atiende bien en clase a las explicaciones del profesional, puede llegar a relacionarse no sólo con la responsabilidad del alumno, sino con la metodología que empleamos como docentes y por tanto con la necesaria renovación en el conjunto de la gestión del aula. Este trabajo compartido nos permite aterrizar en trabajos de consenso para acordar unos mínimos comunes a todo el claustro sobre metodología y evaluación: una de las piezas básicas para iniciar un plan de mejora.

Analizar medidas actuales, su alcance y necesidad de cambio

Hay que dedicar tiempo a comentar y analizar las medidas que suelen tomarse ante cada conducta, para lo que se podría, en el caso de los centros, revisar los partes que se firman y las sanciones que se aplican. Indagar, a través de un pequeño estudio, qué tipo de partes emitimos en un claustro, qué medidas se aplican, quiénes lo firman y con qué razones, emonstraría el nivel de consenso que existe a la hora de aplicar el modelo de convivencia del centro. En algunos casos, tan solo analizar y describir los partes, sus motivos y quiénes lo firman -dónde-cuándo-a quién..., ha servido para realizar una puesta en común del propio modelo de convivencia en el centro y, como consecuencia, ha permitido reducir la frecuencia de expedientes y partes que se emiten, gracias al avance de estrategias de mayor diálogo y conciliación, sin obviar por ello los claramente necesarios.

Las consecuencias en el modelo democrático

Pretendemos elevar las consecuencias o medidas ante el incumplimiento de normas a la categoría también de normativa pactada y negociada, tanto en las aulas como en el conjunto del centro, de manera que se entiendan como una parte del acuerdo, para evitar así que el proceso de negociación contemple sólo las normas, pero deje la aplicación de las consecuencias a criterios tal vez arbitrarios. Dentro del proceso de elaboración de las consecuencias, proponemos dedicar una atención especial a las usadas con el alumnado más disruptivo, que es el que necesitamos integrar con mayor urgencia. Para ello, hay que favorecer procesos de motivación y de incentiación de un clima positivo, como veremos: reconocer/trabajar también con el mundo de intereses y emociones.

Promover una visión y versión positiva del clima escolar: los incentivos, la motivación y la disciplina

A la hora de acordar las consecuencias ante el incumplimiento de las normas, sería muy conveniente favorecer climas positivos, lo que obliga a desarrollar estrategias que permitan que todos los alumnos perciban el centro como un lugar cercano. Para ello se puede partir de entrevistas y cuestionarios sobre aficiones, pasatiempos, etc., de manera que recabemos información sobre todos los perfiles de alumnado, y especialmente del que hemos denominado disruptivo. Organizar campeonatos deportivos, grupos de NNTT o de manualidades e inventos, y situar al frente a alumnado que manifiesta una difícil integración en la vida diaria del aula, equivale a abrir nuevas expectativas y favorecer estrategias inclusivas, que servirán de complemento y contraste cuando sea necesario aplicar medidas punitivas ante la reiteración de incumplimientos. El alumnado disruptivo encuentra más sentido a integrar sus conductas en la normativa acordada ante la posible pérdida de recreos, si hay campeonato deportivo organizado, hilo musical/tertulia, por actos de indisciplina – lo que hace que su equipo pierda un líder o no escuche su grupo favorito que ha propuesto- que por la amenaza de sanción y exclusión de la sesión de clase donde debía realizar trabajos sobre “gramática o geografía”. El trabajo que proponemos en relación con la búsqueda de consecuencias positivas e incentivadoras, tales como la organización de espacios en el aula y en el centro que motiven el esfuerzo, que acompañen la vida diaria de momentos de felicidad que toquen sus emociones y sus aficiones preferidas, es una apuesta por la inclusión, que favorecerá a todos.

Ante la falta de diligencia en el cumplimiento: los trabajos de rehabilitación social

El modelo democrático inclusivo busca la concreción de medidas que impliquen trabajo social, de manera que el centro, el aula y el grupo entiendan como una señal de identidad del modelo de convivencia de su centro, que el incumplimiento de una norma ya acordada, además de acarrear posibles medidas punitivas de exclusión, puede ser gestionado de forma alternativa con el desarrollo de tareas que ayudan a mejorar el entorno, reparaciones necesarias, embellecimientos y adornos que animan la vida escolar. Mejorar un patio o una biblioteca permite una relación de responsabilidad con el entorno; si se lleva a cabo en pequeño grupo, se hace posible esa reparación que debe producirse entre los afectados por un determinado conflicto de manera que el aspecto relacional cuente en la reparación de los daños causados. La experiencia indica que estas medidas rehabilitadoras permiten reflexionar sobre las conductas y sus consecuencias con mayor alcance que lo que se consigue con la reiteración de medidas punitivas excluyentes.

El lugar de las medidas punitivas

Como contraste ante las consecuencias incentivadoras e incluso las rehabilitadoras, las medidas punitivas sirven de balanza que permite mantener el principio de no impunidad ante los errores reiterados. Resulta una buena práctica favorecer que quien comete el error o el incumplimiento pueda escoger entre consecuencias de trabajo social o estrictamente punitivas. Para presentar globalmente el proceso descrito adjuntamos estadillos que integran las diferentes tareas que hemos venido secuenciando: debate sobre conductas, causas y medidas-consecuencias que podrían acordarse. Esta edición resumida puedes completarla en nuestra web: www.proyecto-atlantida.org

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS BÁSICAS

MORENO J.M. y TORREGO J.C. (1999): *Resolución de conflictos de convivencia en los centros educativos*. Colección de Educación Permanente, Madrid, UNED.

MORENO J.M. (2006): “Causas de la violencia en las aulas”, *Revista de la Confederación Española de Asociaciones de Padres de Alumnos (CEAPA)*, Nº 85, Enero-Febrero, pp. 9-13.

PROYECTO ATLANTIDA (2002): *La convivencia y la disciplina en los centros escolares. Un modelo estratégico para la actuación global*. Proyecto Atlántida (www.proyecto-atlantida.org)

PROYECTO ATLÁNTIDA (2005): *Ciudadanía mucho más que una asignatura: módulo convivencia democrática*. Proyecto Atlántida. (www.proyecto-atlantida.org)

TORREGO, J.C. y MORENO, J.M. (2003): *Convivencia y disciplina en la escuela: El aprendizaje de la democracia*. Madrid, Alianza.

ANEXO I

FICHA - PROPUESTA DE COMITÉS/CONSEJOS DE CIUDADANÍA: LOCALIDAD...

Nuestra propuesta, que inicia proyectos globales de distritos, comarcas y municipios, presenta algunos materiales como ejemplo de la investigación en la que nos adentramos de forma inicial. Los materiales que se seleccionan a continuación sólo son una muestra del tanteo que en centros y zonas que colaboran con el proyecto, realizamos, como búsqueda de una alternativa a la mejora compartida y el diseño de aprendizajes básicos de Ciudadanía. Tratamos de unir experiencias curriculares con participación social.

Pasaremos a mostrar ejemplificaciones de acciones desde los COMISIONES/CONSEJOS de Ciudadanía, su creación, la elaboración de planes, y referencias de centros integrados en la experiencia.

EJEMPLIFICACIÓN DEL COMITÉ DE CIUDADANÍA DE... Y LINEAS DEL PLAN DE TRABAJO BORRADOR PARA LA ZONA...

En el día de la fecha se constituye la Comisión de Ciudadanía de la comarca de..., que estaría configurada por las diferentes entidades locales, con los objetivos de:

- Coordinar los medios sociales y educativos de la zona para su rentabilización
- Elaborar un plan de mejora que en contacto con los Consejos Escolares, APAS y estructuras Municipales centre su atención en los procesos de aprendizaje, los valores y rendimientos del alumnado, así como el desarrollo de procesos democráticos y de ciudadanía en la ESCUELA, LA FAMILIA Y EL MUNICIPIO.

Comisión orientativa Comité/Consejo de Ciudadanía

- CONCEJALÍAS DE BIENESTAR SOCIAL Y SALUD PÚBLICA, DE EDUCACIÓN, DE JUVENTUD...
- SERVICIOS SOCIALES: EDUCADORES SOCIALES Y PROGRAMA DE FAMILIA
- POLICÍA MUNICIPAL y en su caso otros colectivos del cuerpo de seguridad.
- REPRESENTANTES DEL EMPRESARIADO
- REPRESENTACIÓN DE APAS COLEGIOS-INSTITUTOS
- REPRESENTANTES ALUMNADO (de los centros escolares, Primaria y Secundaria)
- REPRESENTANTE DE ASOCIACIONES DE VECINOS, de barrio
- EQUIPO PSICOPEDAGÓGICO Y DE ORIENTACIÓN
- INSPECCIÓN y CEP
- ...

A partir de la constitución se aprueban los objetivos de la Comisión y se diseña el primer borrador del plan de trabajo para el año..., que se concreta en el Primer Plenario de la Comisión y del que se adjuntan anexos, como ejemplificaciones.

El Comité de Ciudadanía se compromete con el asesoramiento del Proyecto Atlántida a estar en contacto con otras experiencias Atlántida iniciadas o en marcha: Coria, Cáceres y Cijara Badajoz, Tías en Lanzarote y Breña Alta en La Palma, Santo Domingo de la Calzada en Logroño; otras en perspectivas de centros y zonas de Canarias, Madrid, Andalucía, Ceuta, Logroño, Castilla La Mancha, Extremadura, tal y como nos ofrece el proyecto asesor.

EL Comité de Ciudadanía se compromete a elaborar un protocolo de funcionamiento que asegure las convocatorias y los mínimos de organización que permitan funcionalidad en el trabajo para lo que se propone la concreción de UN PLENARIO donde están todas las entidades conectadas como base del proyecto, UNA ASAMBLEA abierta a otras colaboraciones puntuales, y UNA JUNTA COORDINADORA representada por una persona representativa (cuatro o cinco en total, aproximadamente, y el apoyo Atlántida), elegidas entre el profesorado, las familias, los agentes sociales, el alumnado y la representación de cada Ayuntamiento. La Junta Coordinadora de la Comisión de Ciudadanía se compromete a partir del trabajo de asesoramiento Atlántida, para lo que se pide unas condiciones de apoyo específicas, a coordinar la gestión del Plan de Trabajo y el presupuesto básico necesario que se adjuntará a partir de la propuesta inicial con el apoyo de las diferentes entidades.

ANEXO II

FICHA - PROCESOS INTEGRACIÓN VALORES-CONTENIDOS INSTRUMENTALES PREVIO: QUIÉNES SOMOS, QUÉ HACEMOS, POTENCIALIDAD Y DEBILIDAD, BANDO DE DATOS

FASE 1ª. DIAGNÓSTICO MODELO SOCIEDAD, PROBLEMAS, VALORES Y ALTERNATIVAS
DIAGNÓSTICO DE LOS VALORES EN CRISIS, MODELO DE SOCIEDAD

DIMENSIÓN CATEGORÍAS	DESARROLLO SOCIOECONÓMICO	DESARROLLO SOCIOCULTURAL	DESARROLLO SOCIOPOLÍTICO	DESARROLLO SOCIOAFECTIVO	OTROS
Problemas	Zona olvidada-recesión No se valora el medio ambiente ni el pasado	Problemas con la integración minorías No se integran TICS	Los sectores educativos están separados, a su aire	Desconfiados/indiv. No expectativa éxito pasividad/esfuerzo	
Causas	E: Mercado, consumismo I: baja autoestima	E: Modelo hegemónico I: Egoísmo/desconoc.	I: No hay planes comunes, estructuras	S: Aislados, falta redes I: Falta tarea estímulo/éxito	
Valores	Recuperación del valor medioambiental Desarrollo del medio y socioeconómico	Interculturalidad, discriminación positiva Buen uso de TICS herramienta difusión	Corresponsabilidad Solidaridad sectores El consenso como base del plan común	Autoestima Procesos de participación y realización personal	

FASE 2ª. RELECTURA DEL CAMPO EDUCATIVO: DIAGNÓSTICO PROCESO DE APRENDIZAJE

DIMENSIÓN	PROBLEMATICAS	CAUSAS	ALTERNATIV.	ESTRATEGIA
1. CURRICULAR Qué y cómo enseñar	Profesor: Desmotivado, agobiado Alumnado: Pasivo, agresivo, paso de 6º a 1º, ESO difícil... Familia: poco informada, compr Sistema: currículo duro, muy académico en E. obligatoria Positivo: Conciencia del problema	P-Individual, hábitos repetitiv A-Individuo/falta más planificar/incentivar S-Enseñanza muy académica, éxito poco posible, mínimo común de convivencia/Metod.	Intercambiar/Red tareas de éxito diverso Trabajo, informes colaborativo	Jornadas internas: Ceps Consejos, voluntariado... Centro interés
Currículo Socio-Lingüístico	Hábito y destreza lecto-escritor Técnicas estudio y elab. Informes	Idem	Trabajo Hábitos Fases	Depart. Tutorías Plan
Currículo Cient-técnico	Idem lógico-matem-científico Hábito buen uso TICS	Idem	Idem	Concursos Voluntariado
Currículo Artístico	Hábito y Sensibilidad artística Valor/actitud limpieza del medio	Idem	Idem	Momento, patio
2. ORGANIZATIVA centro Estructuras participación	Poca cultura participativa No hay momentos-centro estruc. Faltan estructuras, espacios Liderazgos infrautilizados Luchas de grupos Positivo: La normativa obliga y hay grupos por el trabajo común	No se entrena, estrategias No se planifica y facilita esp No hay tiempos establecidos Cultura enfrentamientos Faltan mínimos comunes a pesar de los estilos y librillos...	Consejos de alumnado y familias desde aula Reparto liderazgo Tiempo para coordinación	Equipo pedag. Consejos
3. FORMACIÓN Talleres, intercambio de experiencias	Planes profesorado alejados de intereses, no hay planes familia Poco coordinados los planes de formación del pueblo No se realizan diagnósticos de necesidades, encuestas Poca información variada Positivo: Hay recursos variados	Son más externos no de centro para la mayoría No hay estructura coordinadora entre sectores Falta preparación e instrumentos Faltan estrategias	Diagnósticos de necesidades Planes comunes y coordinados Integración de medios	Formación en centros Intercambios y redes experienc. Integración de medios
4. CONTEXTO APAS, FAMILIAS	Debilidad de APAS y directivas Poca afiliación y poca asistencia, especialmente secundaria Planes desconocidos o dirigidos Positivo: Hay pequeños grupos con voluntad y dedicación	No hay planes de formación estrategias Reuniones densas, información insuficiente Se dirige y deciden planes con poca participación	Estudio de métodos y estrategias de participación ...	Modelo de procesos, estudio Información, estrategias APA ...
4. CONTEXTO SERVICIOS SOCIAL/MUNIC CULTURAL	Trabajo descoordinado de otras iniciativas escolares, DROGADICCIÓN... Planes de asociaciones desunidos Positivo: Un medio maravilloso	Falta estructura estable de participación No hay planes coordinados Falta hilo conductor de todo	Programas coor. con centros + Medios y profesionales	Estruct. estable: comités Concejalías coord. centros
4. INFRAESTRUCTURAS	No se rentabilizan las existentes Zonas/espacios/conductas oscuras del municipio Positivo: Se quiere mejorar	Faltan protocolos y estrategias de mejora Falta diagnóstico riguroso sobre lo que ocurre y plan	Estudio de medios y necesidades Grupo coordin. de intersectorial	Comités y concejalías Programas espec. especiali.

Nuevos perfiles de jóvenes policonsumidores que demandan tratamiento

Encarnación Aguilar Silva



INTRODUCCIÓN

En los centros de tratamiento ambulatorio de adicciones se viene detectando un cambio de perfil en los consumidores que acuden a tratamiento. En muchas ocasiones la demanda de padres, acompañados o no por sus hijos, que consultan por trastornos del comportamiento en éstos entre los que suelen destacar consumos de sustancias. Igualmente ocurren también demandas de orientación y coordinación por parte de otras instituciones o centros asistenciales que se encuentran implicados de una forma u otra en la problemática de estos jóvenes consumidores. Suele ser una evidencia que muchos consumos, no constituyen el único problema, sino que aparecen acompañados de otros síntomas comportamentales como fracaso escolar, fugas del domicilio, desobediencia, robos, rebeldía...

Es una realidad que el consumo de sustancias por parte del sector más juvenil de la población, tiene una importancia estratégica indudable tanto en el entorno social en general como en la génesis de futuros cuadros adictivos y deterioro biopsicosocial asociado a los mismos. Asimismo en el tratamiento de estos jóvenes y de las complicaciones surgidas en torno a sus comportamientos, se encuentran implicados distintos sectores profesionales y asistenciales que adolecen en la mayoría de ocasiones de un conocimiento mutuo y coordinación entre sí.

Respecto a los datos que reflejan la *Memoria del Centro Provincial de 2005* destacar los siguientes:

Analizando el **perfil de estos jóvenes** nos encontramos:

- Joven policonsumidor.
- Consumidor de cannabis, alcohol y/o cocaína.
- Baja conciencia del problema.
- Acuden por presión familiar, judicial o efectos adversos de intoxicaciones.

Respecto a la **edad media de inicio** al consumo por sustancias:

- Tabaco: 15,59 años.
- Cannabis: 15,81 años.
- Alcohol: 16,3.
- Cocaína: 21,14.

Ante esta realidad emergente en nuestros centros de tratamiento y debido a la importancia que un abordaje correcto de esta problemática nos impone, creamos una comisión de expertos donde se reunieran técnicos de todos los servicios implicados. Como conclusión de la misma os presento la parte de propuestas respecto al tratamiento, aunque el documento base es más amplio.

PROPUESTAS REFERENTES AL TRATAMIENTO

El fenómeno de los jóvenes consumidores se traduce en una realidad amplia y diversa, que recoge diferentes grados de situaciones de consumo, repercusiones y complicaciones. Ello hace que cuando se habla de actuaciones o tratamientos a plantear en dicha realidad, tengan que establecerse necesariamente diferentes niveles y grupos de acciones.

En esta línea se ha preferido establecer cuatro líneas de intervención que, como tales, no tienen que ser excluyentes entre sí ni representar una visión secuencial de actuaciones. Estas líneas consistirían en la intervención, más de tipo preventivo sobre jóvenes con consumos de riesgo, tratamiento de jóvenes en recursos especializados, abordaje de complicaciones y trabajo con las familias.

INTERVENCIÓN CON JÓVENES CON CONSUMO DE RIESGO

- Potenciar la detección de casos desde los servicios sociales comunitarios.
- Apostar por la creación de unidades de atención a jóvenes, estrecha coordinación con los servicios sociales comunitarios y los recursos especializados.
- Fomentar la coordinación e implicación de los agentes intervinientes en espacios socioeducativos.

TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

- Potenciar la figura del terapeuta de referencia en el CTA que coordine las distintas intervenciones a desarrollar con el joven.
- Desarrollar un programa específico de tratamiento de jóvenes en los CTA, con espacios ajustados a sus necesidades.

ABORDAJE DE COMPLICACIONES ASOCIADAS (LEGALES, PSICOPATOLÓGICAS, SOCIOEDUCATIVAS...)

- Coordinación y asesoramiento a los agentes que ejecutan medidas judiciales con menores.
- Potenciar espacios de encuentro técnico entre los distintos profesionales implicados en la situación del joven.
- Concreción en materia de jóvenes consumidores del Protocolo de Actuación Conjunta Salud Mental-Drogodependencias.

ATENCIÓN FAMILIAR

La habitual convivencia de los jóvenes con sus respectivas familias de origen, hace evidente que deba y tenga que prestarse a este entorno una atención especial, fomentando su importante papel como agente educativo, socializador y terapéutico. En este apartado y por los aspectos diferenciales de sus respectivas situaciones, se distingue entre intervención con familias de jóvenes en riesgo y la atención a familias de jóvenes en tratamiento por adicción.

Familias de jóvenes con consumos de riesgo. Intervenciones preferentemente realizadas desde espacios comunitarios dirigidas a:

- Información sobre sustancias, sus efectos y sus complicaciones.
- Fomento de las habilidades parentales: establecimiento de límites, definición de roles familiares, comunicación, negociación y apoyo mutuo.

Familias de jóvenes drogodependientes. Intervenciones desde los centros de tratamiento especializados, incorporando necesariamente al trabajo individual con el joven estrategias de abordaje familiar.

- Trabajo terapéutico con la familia.

Actuando ante el riesgo. La prevención específica desde el Ayuntamiento de Sevilla

Inés de Sola Jiménez¹



MÁS ALLÁ DE LA PREVENCIÓN UNIVERSAL

Los comienzos de la prevención específica en el PMD del Ayuntamiento de Sevilla

Desde el inicio de su existencia, hace ya quince años, el Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Sevilla ha venido configurando, dentro de los ámbitos competenciales que la Ley le confiere, unas líneas de intervención que han tenido como referente fundamental la prevención de las drogodependencias. Dicho cometido se ha llevado a cabo mediante el desarrollo de actuaciones preventivas dirigidas a la población infantil y juvenil, así como a los diferentes contextos convivenciales en los que éstos se desarrollan (escuela, familia, movimiento asociativo...).

Nuestro nivel de relación y coordinación con los referentes comunitarios de estos contextos (padres, profesores, mediadores y profesionales de diferentes servicios) ha sido, a lo largo de estos años, muy amplio, lo cual nos ha permitido encauzar el desarrollo de una gran variedad de programas preventivos de carácter universal. Fue dentro de este nivel de relación donde se nos empezó a reflejar una realidad distinta a la que no estábamos dando respuesta: se trataba de necesidades diferenciales de ciertos grupos de jóvenes, en los que las relaciones con las drogas se empezaban a tornar problemáticas. Empezaron a llegar así demandas y preocupaciones expresas por parte de:

- Padres que demandaban atención y asesoramiento sobre las conductas de riesgo de los hijos cuyos hábitos de ocio reflejaban preocupantes situaciones de abuso respecto al consumo de drogas.
- Profesionales de servicios sociales que atendían a menores sujetos a medidas de protección y a otras medidas judiciales de internamiento, cuyos miembros adolescentes tomaban contacto con las drogas en edades cada vez más precoces.
- Profesores de centros escolares desbordados por adolescentes con un historial de fracaso escolar, de falta de motivación y de adaptación a las normas, ritmos y exigencias del aprendizaje formal de la escuela; chicos, en definitiva, que presentaban comportamientos disruptivos, muy difíciles y en los que se detectaban conductas problemáticas y un cierto nivel de consumo de drogas.
- Mediadores juveniles de asociaciones ubicadas en contextos urbanos deficitarios, preocupados por adolescentes desvinculados de los sistemas formales de educación o trabajo, con lazos familiares débiles o inexistentes, y faltos de recursos y expectativas respecto al futuro.

En definitiva, situaciones y demandas que requerían de una intervención por nuestra parte y para las que, inicialmente, no estaban sirviendo los programas de prevención universal. Se precisaban, pues, propuestas más innovadoras, con estrategias más específicas y adaptadas a estos grupos de adolescentes en riesgo.

Pero, ¿por qué primar la elección de estos colectivos por encima de otros sectores vulnerables? Las propias características de la adolescencia, como etapa evolutiva, justificarían en gran parte esta elección. Tal como señala Funes

1. Con el agradecimiento especial a Alfonso Ramírez y Margarita Moreno por su colaboración en la realización de este documento.

(2005), su condición evolutiva, de por sí, implica una mayor confrontación con los desafíos sociales, emocionales y académicos, una mayor disponibilidad de disfrute del tiempo libre fuera del control de los adultos, y, por tanto, una mayor probabilidad de exposición a situaciones en las que aparecen las drogas. Sin embargo, en conjunción con los desafíos típicos de la etapa, debemos considerar otros acontecimientos críticos a nivel sociofamiliar y otras situaciones vitales deficitarias que pueden constituir una fuente de perturbación y conflicto en determinados subgrupos de jóvenes.

Haciéndonos eco de esta realidad, comenzamos a fraguar las líneas de prevención selectiva e indicada dentro de nuestro plan estratégico de drogodependencias.

En referencia a la prevención selectiva, y según el Observatorio Europeo de Toxicomanías (2003), entre los diferentes colectivos juveniles que pueden encontrarse en situación de mayor riesgo se encuentran jóvenes de familias desestructuradas con progenitores toxicómanos, otros que viven en instituciones de menores en situación de exclusión social, o jóvenes con antecedentes judiciales. En múltiples ocasiones, la adolescencia conflictiva supone una manifestación disfuncional en la que participan diferentes contextos sociales. Las influencias negativas del entorno en el que conviven estos chicos pueden llegar a precipitar un inicio temprano en el uso de las drogas y, en mayor medida, los consumos problemáticos, de ahí que planteáramos como destinatarios de estos programas preventivos a:

- Menores sometidos a medidas de protección y de acogimiento institucional, cuyos factores de riesgo y vulnerabilidad vienen determinados fundamentalmente por las dificultades y carencias de sus cuidadores, así como por el entorno en el que han crecido, primando así las situaciones de abandono, negligencia y maltrato.
- Adolescentes caracterizados por su falta de adaptación a las normas sociales predominantes, con comportamientos claramente antisociales, delictivos, y que se encuentran institucionalizados en centros de reforma.

Por otra parte, y en relación con el programa de prevención indicada, los destinatarios elegidos fueron aquellos adolescentes que ya estaban realizando consumos abusivos de drogas, y que además presentaban importantes trastornos de conducta y otros déficits adaptativos comprometedores de su proceso madurativo. El consumo de drogas no supone, en estos jóvenes, un acontecimiento aislado, sino que tiene que ver con motivaciones, creencias, valores, pautas de comportamiento, condiciones y contextos que representan una fuente de riesgo hecha realidad. No obstante, sus problemáticas asociadas no alcanzan las características de marginalidad o deterioro que se dan en el caso de consumos más compulsivos o adictivos, criterio éste que marcaría de forma contundente la definición del perfil de usuarios del servicio que se establecería con este programa.

EL MODELO TEÓRICO

El diseño y puesta en marcha de actuaciones preventivas dirigidas a cubrir las necesidades de esta población requería de un modelo que permitiera estructurar la intervención, y orientar las medidas y decisiones a adoptar. Los principios inspiradores de los programas se establecieron a partir del *Modelo Competencial o de Potenciación* (Albe y Aron, 1992). Desde este modelo, y según la adaptación y difusión realizada en nuestro país por Costa y López (1996), la intervención preventiva se entendería como un proceso de ayuda orientado al crecimiento y al desarrollo personal de los jóvenes, de manera que tales apoyos se vayan haciendo cada vez más innecesarios. Según dichos autores, la ayuda se convierte en una estrategia eficaz cuando los adolescentes que la reciben pueden prescindir de ella.

El blanco de la intervención del modelo es, por tanto, el conjunto de recursos y competencias, esto es, la confianza en las actitudes, habilidades y destrezas (de índole intelectual, emocional y social) del adolescente para resolver sus propios problemas. Del mismo modo, tal modelo preconiza la necesidad de potenciar los recursos comunitarios y de apoyo social y familiar, para que sean competentes en la tarea de prestar ayuda y amortiguar las situaciones críticas ante las que se encuentre el adolescente. El papel del mediador sería el de ayudar al joven a descubrir sus propios recursos, a activarlos y recobrar su confianza en ellos (Aron, 1992).

En definitiva, estaríamos ante:

- Un modelo contextualizado desde un enfoque positivo, centrado en reforzar las posibilidades del adolescente, sus características o condiciones resilientes por encima de sus carencias o fracasos. De este modo, identificar, reconocer y rescatar los recursos y habilidades de estos chicos supondrá una tarea de primer orden a la hora de fraguar un proceso de identidad que incorpore nuevas facetas y experiencias positivas de integración social.
- Un modelo que define y enmarca un estilo de intervención con una fuerte implicación motivacional. El carácter de esta intervención estaría orientado a la estimulación del joven para motivar un cambio respecto a la conducta problemática identificada, y ello mediante la activación de sus propios recursos y potencialidades.
- Por último, un modelo de intervención en el que las estrategias preventivas se desarrollan a través de la mediación social, y en el que el proceso de ayuda se presta desde un contexto de comunicación interpersonal de carácter informal. De esta manera, se pone énfasis en el vínculo como herramienta de intervención, en el establecimiento de una relación personalizada, cálida y recompensante. Esta relación ha de ir dirigida a ofrecer al joven experiencias que le permitan conocerse, valorarse, aumentar la confianza en sí mismo, expresar adecuadamente sus emociones e impulsos, aprender a manejar los conflictos de forma pacífica, y desarrollar habilidades que fortalezcan el desarrollo y la construcción de su identidad.

Según las aportaciones de la teoría del apego (Moneta, 2003), el estilo vincular desarrollado por los adolescentes en situación de vulnerabilidad sería de carácter inseguro en sus distintas manifestaciones: evitativo, ambivalente o desorganizado. Es por ello por lo que planteamos de manera prioritaria la incorporación de contenidos dirigidos al establecimiento de relaciones comprensivas y empáticas con los jóvenes. El establecimiento de tales vínculos, según Arón y Llanos (1996), contribuiría a generar una mayor seguridad afectiva y una mayor confianza en sus capacidades, permitiendo, al mismo tiempo, el desarrollo del clima de confianza necesario para favorecer comportamientos alternativos a sus características transgresoras.

El mediador social, desde este modelo de intervención, ha de constituirse en un referente positivo para el adolescente. Ha de asumir así un papel de acompañamiento en el proceso madurativo del joven, un rol de guía y/o de reorientación de su itinerario, ampliando y reforzando su repertorio de destrezas personales como fórmula para disminuir la vulnerabilidad ante los riesgos de inicio en el consumo de drogas.

El objetivo último es lograr que los agentes sociales, presentes en los espacios convivenciales de estos jóvenes, impregnen, en su quehacer cotidiano, acciones de carácter selectivo. De ahí la necesidad de orientarles y fomarles en relación a dos estrategias básicas de intervención (Acero, 2002):

1) Estrategias de influencia, desarrolladas a través de propuestas de información y sensibilización:

- Información: que deberá facilitarse en un contexto de relación natural ajustada a la edad, necesidades y a la experiencia previa de los jóvenes con las drogas.
- Sensibilización: dirigida a modificar las creencias y estereotipos erróneos de los adolescentes en relación con las drogas, y a crear un discurso social sobre las drogas más objetivo y menos banalizador.

2) Estrategias para el desarrollo de competencias, dirigidas a potenciar los procesos de maduración adaptativa de los adolescentes, y a superar las dificultades en el tránsito de etapas evolutivas críticas.

UNA EXPERIENCIA DE PREVENCIÓN SELECTIVA: EL PROGRAMA DE GESTIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO

LA DEMANDA

La necesidad de complementar las estrategias generales con intervenciones selectivas, dirigidas a responder a las necesidades de grupos vulnerables, comenzó su andadura a partir de las demandas planteadas inicialmente por los profesionales que desarrollan su labor en Centros de Protección de Menores, y posteriormente por los Centros de

Reforma. Las condiciones de vulnerabilidad de los chicos que acogen estos recursos son manifiestas. Los Centros de Protección asumen la tutela de menores cuyas necesidades de cuidado y de atención psicológica, afectiva y educativa no han podido ser satisfechas desde sus entornos familiares. Las situaciones carenciales, deficitarias, de marginación o de abandono que sufren los chicos a lo largo de su historia personal repercuten seriamente en su desarrollo, lo que les sitúa como un grupo de población en el que confluye un mayor número de factores de riesgo, que pueden desembocar en la génesis de usos problemáticos de drogas o de futuras adicciones.

Dicha vulnerabilidad fue valorada con mayor intensidad en los jóvenes sometidos a medidas judiciales de internamiento ante la comisión de determinadas conductas delictivas, cuya desvinculación de los sistemas formales e informales de socialización era aún más intensa.

LA PLANIFICACIÓN

1) Cualquier estrategia en el ámbito de la prevención supone fortalecer los factores protectores y amortiguar los de riesgo de acuerdo con el diagnóstico que se haga en cada situación. Por ello, la primera fase del proceso de planificación supuso establecer una definición de la demanda, lo que implicó una labor de recopilación de información para comprender la naturaleza de la problemática en cuestión. Esto requería una consulta obligada a los agentes comunitarios que desarrollaban su labor con los adolescentes, esto es, tanto a los directores como a los técnicos y profesionales cuya interacción cotidiana con los jóvenes nos pudiera aportar información a la hora de identificar los factores de riesgo y de protección, para determinar así el grado de complejidad o vulnerabilidad psicosocial de la población. Desde el primer momento, su nivel de disposición e implicación en la preparación de las actuaciones preventivas fue muy intenso.

2) En un segundo momento se procedió a valorar los recursos necesarios para cubrir las necesidades detectadas. Ello implicó no sólo una valoración interna de los recursos propios municipales, sino también una valoración de la disposición de los profesionales a la hora de poner en práctica las actuaciones preventivas.

3) A partir de ahí, y unas vez revisadas diferentes experiencias puestas en práctica con estos grupos de población, se procedió a definir la propuesta de intervención.

EL PROGRAMA

El programa denominado de *Gestión de Conductas de Riesgo* (GCR) va dirigido a aquellos profesionales y agentes sociales que desarrollan su labor con colectivos en dificultad social (en este caso, adolescentes). Tiene como propósito formarles como mediadores preventivos, capaces de potenciar los procesos de maduración adaptativa como fórmula para disminuir la vulnerabilidad ante los riesgos en el consumo de drogas. Se trata, pues, de preparar a estos agentes a la hora de ejercer sus influencias educativas en los chicos que atienden, y a la hora de potenciar en ellos las destrezas personales y sociales necesarias para reducir sus conductas de riesgo, incentivando sus comportamientos prosociales y de compromiso con un estilo de vida saludable.

El programa GCR recoge algunos componentes del *Programa de Entrenamiento en las Habilidades para la Vida* (*Life Skills Training Program* [LST]), de Gilbert Botvin (1995), e incorpora otros relacionados con la prevención específica respecto al consumo de drogas. Se parte del supuesto de que mejorar en los adolescentes su competencia personal y social reducirá su motivación al consumo de drogas, y su implicación en actividades problemáticas. De ahí la necesidad de procurar a los profesionales los recursos materiales y conceptuales que les permitan hacer realidad este objetivo. Concretamente el programa atiende a:

- Ayudar a los profesionales que trabajan en Centros de Menores a comprender qué aspectos precipitan los comportamientos de riesgo de los adolescentes que atienden.
- Potenciar el establecimiento de vínculos y relaciones interpersonales de calidad, como herramientas de intervención preventiva y como fuente de motivación para el cambio.

- Facilitar a los mediadores los conocimientos y estrategias que contribuyan a promover en la población que atienden las habilidades sociales y personales que supongan un elemento de protección ante la influencia que ejercen las drogas.
- Aportar unas pautas orientativas y de manejo de aquellos comportamientos de riesgo que sitúan al adolescente en una situación de vulnerabilidad hacia situaciones de abuso o dependencia de las drogas.

La formación procurada a los mediadores no estaba focalizada exclusivamente en torno al tema de las drogas, pues sus contenidos estaban asimismo relacionados con:

- La identificación de los factores de riesgo predictores de resultados negativos en el proceso de desarrollo de los adolescentes, así como la determinación de sus variables de protección.
- La sensibilización sobre los principios fundamentales de intervención preventiva en esta etapa evolutiva: el principio de espera, la lectura de sus comportamientos en clave adolescente, el enfoque de intervención globalizada, integral y flexible, la primacía de la intervención educativa, el principio de no etiquetamiento, etc. Los procesos de no estigmatización son trabajados en profundidad con los mediadores, al objeto de favorecer en los jóvenes acogidos la construcción de una identidad prosocial que incorpore nuevas experiencias positivas de integración social.
- La importancia de la vinculación como instrumento de intervención preventiva. Se proporcionan así pautas para favorecer el acercamiento, el conocimiento y la generación de confianza mutua mediante relaciones empáticas y de aceptación personal.
- El desarrollo de la motivación de cambio, mediante pautas dirigidas a generar nuevas experiencias de logro y sentimientos de eficacia en los adolescentes, así como otras orientadas a la toma de conciencia respecto a los efectos y consecuencias de sus conductas transgresoras.
- El fortalecimiento del desarrollo socioafectivo y personal de los jóvenes, y ello tanto a nivel personal (mediante el fomento de un autoconcepto positivo: autoconfianza, asertividad y una mayor tolerancia a la frustración) como a nivel social (mejora de la comunicación y la expresión, autocontrol emocional, asunción de normas, manejo adecuado de los conflictos, etc.).
- La información sobre las sustancias, tipos de consumo, efectos, motivaciones y estrategias para saber acerca de cómo informar en función de las características de los adolescentes.
- La detección e intervención temprana frente a situaciones de consumo abusivo o problemático de drogas, y el establecimiento de pautas para la derivación, cuando corresponda, hacia programas de tratamiento de adicciones.

La implementación se llevó a cabo mediante el desarrollo de sesiones formativas con profesionales del PMD y de los Centros de Día Municipales, cuya experiencia a la hora de tratar situaciones de consumo problemático permitían enriquecer las intervenciones educativas. Las sesiones incorporaban actividades de instrucción —a través de las cuales los guías del grupo enseñaban principios y técnicas útiles para los cambios que se pretendían promover—, pero el peso de las sesiones recaía en actividades de discusión —que permitían clarificar actitudes previas, y fomentar la motivación hacia los nuevos aprendizajes— y, especialmente, en la enseñanza de tácticas y habilidades para ayudarles en la gestión de las conductas de riesgo de los chicos, valorando su práctica mediante casos y situaciones reales.

EL PROGRAMA JOVEN: LA PREVENCIÓN INDICADA DESDE EL AYUNTAMIENTO DE SEVILLA

Una de las estrategias contempladas dentro del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007) hace referencia a la necesidad de favorecer el desarrollo de "...programas dirigidos a jóvenes consumidores a través de los planes municipales/comarcales, en colaboración con el movimiento asociativo, en la línea de reducción del riesgo y el daño". En los últimos años el volumen creciente de demandas en nuestra ciudad en relación a situaciones de consumos problemáticos de drogas en jóvenes y adolescentes ha ido planteando la necesidad de disponer de un recur-

so de valoración, orientación y apoyo para estos afectados y sus familias. Surge así el *Programa Joven* como un subprograma del llamado Centro de Día, actualmente gestionado por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas, y destinado a favorecer la incorporación personal y sociolaboral de las personas afectadas por las drogodependencias. El programa constituye un recurso intermedio situado entre el nivel de prevención indicada y la atención precoz que completa la oferta de servicios del Ayuntamiento para sectores poblacionales en riesgo. Su finalidad no es otra que ofrecer atención a los jóvenes (y/o sus familias) que se han iniciado en el consumo abusivo y/o problemático de drogas, o que comienzan a desarrollar adicciones comportamentales y solicitan asistencia, con el fin de prevenir la consolidación de una adicción.

LOS DESTINATARIOS DEL PROGRAMA

El *Programa Joven* está específicamente dirigido a jóvenes de edades comprendidas entre los 14 y los 30 años, que presenten consumos de riesgo además de otros déficits, problemas adaptativos o incluso trastornos psicopatológicos. La vulnerabilidad de este grupo de población se manifiesta de variadas formas, de ahí que nos encontremos con un colectivo muy heterogéneo en características y grado de complejidad, que ha determinado su ordenación según diferentes perfiles:

- Un perfil tipo 1 que definiría un nivel de afectación leve: que englobaría a chicos de 14 a 20 años (especialmente de 14 a 16 años) pertenecientes a sectores con un nivel socioeconómico medio/medio-alto, con un cierto nivel de integración familiar, pero en los que aparecen unos primeros comportamientos inadaptativos a nivel relacional y escolar. El tipo de consumo que presentan es ocasional o habitual de sustancias tales como alcohol y cannabis, si bien dichos consumos suele tener una función exploratoria o de trasgresión y unas características de bajo riesgo. La demanda viene expresada en la mayoría de los casos por la familia, que requiere orientación ante sospechas de consumo en el hijo, así como unas primeras pautas de intervención.
- Un perfil tipo 2 que caracterizaría un nivel de afectación disfuncional moderado: que integraría a jóvenes de 16 a 22 años (con una mayor prevalencia en el grupo de 16 a 18 años) con nivel de consumo abusivo, problematizado y, en algunos casos, con un desarrollo incipiente de dependencia. Las sustancias implicadas son el cannabis, la cocaína, el alcohol y los psicofármacos. Las pautas de manejo familiar son, en este caso, más inconsistentes y erráticas, y el control y supervisión del hijo casi inexistente. El joven presenta una escasa vinculación a nivel familiar y escolar, así como claros trastornos de comportamiento: agresividad, impulsividad, conducta autodestructiva y de riesgo, incluso con consecuencias judiciales.
- El perfil tipo 3 que englobaría a un nivel de afectación grave: que integraría a jóvenes de 20 a 30 años, con un trayectoria de policonsumo más continuada (adicción), en el que las motivaciones son fisiológicas (dependencia) y de significación patológica, o en relación a conductas disociales. El joven presentaría aquí severos problemas conductuales, emocionales y de relación, así como otros daños relacionados con la comorbilidad psiquiátrica. La demanda está relacionada con el apoyo para el mantenimiento de la abstinencia, así como otras actuaciones de orientación laboral.

Las características diferenciales de estos perfiles nos podrían llevar a concluir que, en determinadas ocasiones, la realidad socioeconómica de la familia del adolescente, su capital cultural y su condición social no tienen por qué influir en la emergencia de las conductas de riesgo. Existen otros componentes de carácter educativo, de manejo familiar (como el incumplimiento de roles parentales, la falta de autoridad y de supervisión paterna) que pueden precipitar estos consumos problemáticos, factores éstos a los que se suelen sumar otros de riesgo psicosocial del propio adolescente.

LAS INTERVENCIONES

El Programa contempla tres tipos de intervenciones:

1. Unas de carácter individualizado, dirigidas a iniciar la motivación para la disminución/suspensión o prevención del consumo, negociar la aceptación de la supervisión familiar, promover su proceso de individuación rescatando sus

recursos personales, sus habilidades de comunicación, de resolución de conflictos, y facilitar nuevas experiencias de autoconfianza, autoestima y autocontrol, así como el refuerzo de actitudes más saludables. Las investigaciones recientes nos sugieren la necesidad de ser cautos a la hora de intervenir con los adolescentes con comportamientos conflictivos mediante grupos paritarios. Tales grupos han mostrado producir resultados negativos, ya que los participantes tienden a reafirmar entre sí la conducta de abuso de drogas (NIDA, 2004).

2. Otras de tipo familiar. Concienciar a la familia del joven, tratar de involucrarle y responsabilizarle en el proceso de ayuda es, en muchos casos, obligado, ya que la valoración inicial realizada arroja en múltiples ocasiones que el comportamiento problemático tiene factores causales en su entorno familiar convivencial. Por ello se plantean intervenciones destinadas a mejorar las habilidades educativas de los padres, sus destrezas de interacción familiar, las pautas para la supervisión de la conducta de los hijos, y otros enfoques de manejo familiar y vinculación. En múltiples ocasiones, el abordaje de las dinámicas disfuncionales y el refuerzo de habilidades familiares resilientes pueden ser suficientes para compensar las condiciones que precipitaron el consumo en los jóvenes.

3. Para finalizar, son de destacar las intervenciones de carácter social o comunitarias, dirigidas a ayudar al joven a llevar una vida integrada en el tejido social, a ampliar y diversificar sus redes formales e informales, y a facilitar los recursos apropiados para su incorporación social y/o laboral cuando sea preciso. Se asume, pues, desde el programa una perspectiva ecológica dirigida a producir los cambios que sean precisos tanto en el joven —ayudándoles a crear o recuperar los vínculos perdidos— como en sus contextos de interacción —sensibilizándoles para una acogida adecuada—, e invitándoles a asumir una participación activa en el proceso de individuación de los afectados.

Intervenciones éstas que se procuran a través de servicios de:

- Información, orientación y asesoramiento sobre las sustancias, efectos y consecuencias del consumo, pautas para la detección o la intervención de la familia, motivación para el tratamiento, estrategias de sensibilización y problematización sobre el consumo, etc.
- Abordaje y mediación en situaciones de crisis mediante actuaciones de contención emocional, dirigidas al adolescente o a su familiar, tratando de estructurar, clamar, desangustiar y contribuir en la búsqueda de alternativas de solución a los problemas planteados.
- Apoyo e intervención psicosocioeducativa y terapéutica, dirigidas a mejorar tanto la integración familiar como a contribuir al desarrollo y consolidación del proceso de identidad en el joven, proporcionándole diferentes oportunidades para construir su proyecto vital.
- Intervenciones formativo-laborales dirigidas a desarrollar hábitos y habilidades relacionadas con la integración en el mercado de trabajo, procurando asimismo un acompañamiento en la creación de un itinerario personalizado de incorporación.
- Vinculación con la comunidad, y apoyo a los diferentes agentes presentes en los espacios de socialización formal e informal del joven.
- Derivación, acompañamiento y seguimiento en distintos servicios y programas. En ocasiones la complejidad o el daño producido requiere de una intervención más intensa, que se ha de procurar desde otros recursos especializados. La detección precoz que se realiza desde este Programa permite una canalización adecuada a otros servicios de salud o de carácter psicosocial, no obstante, estas actuaciones se complementarán con otras de seguimiento y acompañamiento del usuario cuando así lo requiera el caso.

Y PARA FINALIZAR...

Desde el Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Sevilla creemos que proyectos como éstos permiten sumar más esfuerzos en la búsqueda de soluciones para una realidad tan compleja como la que presenta la adolescencia en riesgo, y los jóvenes con consumos problemáticos. No obstante, las características del consumo juvenil en la actualidad, la mayor disponibilidad de las sustancias y la percepción por parte de la sociedad de este

Drogas: el principio del fin

Javier Urrea Portillo



¿PERSONALIDAD PRE-TOXICÓMANA O CAUSAS INDUCTORAS?

Hay quien quiere explicar el problema de la infancia y la droga como individual, engarzado a una personalidad pre-toxicómana. Quien así se posiciona actúa como aquel borracho al que se le cayó una moneda en un callejón oscuro y fue a buscarla debajo de una farola porque allí había mucha más luz.

¿Por qué se droga una persona? Las causas pueden ser sociales, familiares y personales.

¿Por qué jóvenes que viven en el mismo ambiente adoptan actitudes distintas ante las drogas? Unos no entrando en contacto con ellas, otros probándolas temporalmente y otros haciéndose consumidores habituales.

El consumo de drogas se da en todas las clases sociales y ya no es privativo de barrios periféricos de grandes núcleos urbanos.

¿Cualquier joven puede llegar a ser toxicómano? La respuesta es No. La motivación y la susceptibilidad psicológicas a la droga es muy distinta en las personas. Los diversos estadios evolutivos y de desarrollo conforman una personalidad que en interacción con factores sociales y familiares pueden ser o no receptivos a la droga.

Los adolescentes más predispuestos a convertirse en drogadictos son los que sufren problemas de salud mental o que tienen alguna estructura psicopatológica, sobre todo depresión, una organización límite de la personalidad, una personalidad profundamente narcisista o una esquizofrenia paranoide. Esta explicación es válida para un 10 ó 20% (doctor Francisco Alonso Fernández); el resto, cuando se hace drogadicto, no tenía ninguna estructura psicopatológica. Son los que huyen de la cruda realidad de la vida diaria y de los que persiguen una experiencia más profunda.

No cualquier joven puede llegar a ser toxicómano.

Es cierto que los adolescentes se orientan a la experimentación de sí mismos, de sus propias posibilidades, en la búsqueda del placer y la gratificación, pero la droga nada puede hacer contra una personalidad madura y estable. Así lo confirman distintas investigaciones y la realidad de todos los que las abandonan, cuando han satisfecho su curiosidad, cuando el reclamo de "lo nuevo" deja de serlo.

El patrón de consumo de drogas dominante sigue siendo experimental, ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana.

En la actualidad se trata de un drogadicto joven, grupal y politoxicómano (lo que le confiere mayor prestigio) e inmerso en corrientes contraculturales.

El alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas, seguidas del cannabis entre jóvenes de 14 y 16 años. Ha habido un aumento de consumo de cannabis (en el 2002, del 22%) y de cocaína, cuyo consumo habitual es del 3,1% entre jóvenes de 16 y 18 años.

Las toxicomanías tienen algo de contagiosas, de manera especial en momentos álgidos de socialización, cuando la inseguridad hace más necesario el grupo de amigos, cuando se hace perentorio el sentirse aceptado e integrado, en plena búsqueda de la identidad y de la liberación del yo frente al adulto. Esto es cierto, si y sólo si se da una causa favorecedora situacional y en una cierta personalidad predispuesta.

Es en el grupo y en el sentimiento de amistad donde nace la droga, pues junto a la carga de rito iniciático que conlleva (por el riesgo implícito que le es inherente) es un gesto normativo prohibido. Sirve como afirmación de la propia personalidad y siempre con la vista puesta en alcanzar un estado de mayor felicidad.

Asimismo, se da en la adolescencia una carencia motivacional y un narcisismo que inducen al grupo como factor para salvaguardar la autoestima y enfrentarse al mundo de los adultos.

El adolescente aprende a experimentar con drogas en el hogar, no en la calle; con los bocadillos de pastillas de mamá para la cefalea, para no engordar, para dormir... todo bien regado por el cubata de papá, el porrón del abuelito, y por si algo faltara el armario convertido en caja fuerte de medicamentos. Y es que desde el bautizo del niño, pasando por su boda y hasta su momento final, el alcohol nunca debe faltar. Es difícil encontrarse con un consumidor de drogas ilegales que no lo haya sido antes de las legales.

Respecto a su infancia y relaciones familiares, partimos de una realidad. El toxicómano no tiene capacidad para resistirse al placer, su vida es instintiva, carece de la sujeción de su propio "yo", su "yo" no pone ninguna cortapisa a sus instintos. Deducimos que en la más temprana infancia, la maduración del yo se vio alterada.

La otra instancia de la personalidad, "superyó", que ejerce la función de juez del hombre, requiere para su correcta constitución la identificación del niño con la persona del mismo sexo. Este proceso de identificación ha fallado en las personas que llegan a la toxicomanía, porque el padre no existía, estaba siempre ausente, no se responsabilizaba o porque al hijo no le merecía confianza digna de ser imitada.

El hijo necesita también el reconocimiento del padre, sin éste puede surgir un complejo de inferioridad que le dificultará la conversión de adolescente en un ser maduro.

La figura de la madre (genéricamente) suele aparecer como sobreprotectora, pero en ocasiones distante, con muchas frustraciones y propensa a la depresión. Es la típica madre omnipresente que realiza un amor "tipo aspiradora", y que se refugia en los hijos ante sus problemas de pareja. Provoca un estancamiento de la personalidad del niño en una etapa infantil.

Existe, como vemos, padres incongruentes en estas familias que descargan frustraciones, que sobreprotegen y abandonan, que no aceptan los pasos lógicos de la evolución madurativa de sus hijos, con su progresiva emancipación, y caen en una dependencia mutua, lo que va cercenando la personalidad premórbida. No son casos, en general, en que el muchacho reciba grandes traumas o se encuentre expuesto a situaciones extremas, pero todos estos comportamientos acarrearán neurosis infantiles (entendidas como alteraciones de la conducta), que posteriormente dificultarán la adaptación al mundo normal y a superar sus propias tensiones interiores. Pueden surgir además dificultades de aprendizaje y/o cambios en el sistema familiar, necesitará un terapeuta y el sustituto que tienen más a mano es la droga; la buscará fuera del hogar, en el grupo cuya característica es la propia droga, el tipo de relaciones, la jerga... grupo que verbaliza poco y que por tanto ahonda poco en sus profundos conflictos. Pero este grupo tan escasamente comunicante no le solucionará sus problemas, con lo que se encontrará aislado, incomunicado con su familia y con el grupo; ante ello, comenzará la escalada empleando alucinógenos y drogas más duras. Se ha cerrado la trampa, pues desaparece la comunión con el grupo y se entra en la dependencia de la droga como única vía de evasión.

La soledad arrastra a la persona hacia las drogas y las drogas le hacen sentirse más solo. Es el drogadicto que carece de fuerza interior y no encuentra apoyo en el mundo que le rodea.

CAUSAS PRINCIPALES INDUCTORAS DEL CONSUMISMO DE DROGAS

- a) Los desequilibrios, conflictos y rupturas familiares, las crisis psicológicas que producen (neurosis infantiles...).
- b) Fracasos escolares y de aprendizaje. Escolaridad demasiado prolongada – joven siempre dependiente.
- c) La necesidad de socialización y la falta de relaciones interpersonales conducen a la búsqueda del grupo, para pertenecer a él, para ser aceptado. En ocasiones este grupo es un grupo de droga. Miedo a la soledad.
- d) Experimentar con lo desconocido, satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas. Tener vivencias emocionantes o peligrosas.
- e) Búsqueda del placer y la distracción, antítesis del aburrimiento. Estamos en una sociedad hedonista que busca el placer por el placer de forma inmediata.
- f) La búsqueda de la autotranscendencia, del sentido de vida y de la razón para la propia existencia en una sociedad carente de ideales.
- g) Adquirir un estado superior de “conocimiento” o de capacidad creadora.
- h) Influencia del grupo en la actitud del sujeto, siguiendo las teorías de Asch y otros autores sobre la conformidad.
- i) Sistema de escape. Forma de evadirse de los problemas reales.
- j) Símbolo de protesta, de inconformismo contra esta sociedad.
- k) Forma de romper con la moderación y expresar independencia y en ocasiones hostilidad.
- l) Escapar de unas condiciones infrahumanas de vida, ya sea por carencias (económicas, culturales, de albergue...) o por las constantes frustraciones y fracasos que la sociedad provoca constantemente. El ser humano requiere ser aceptado y amado para desarrollar su autoestima y realizarse emocional y psicológicamente.
- m) Falta de oferta de trabajo.
- n) Contacto constante con drogas legales (medicinas inservibles, tranquilizantes, alcohol, etc.). Medicalización de nuestra cultura (toxicomanías “con receta”).
- o) Efectos de otras personas consumidoras y que actúan como modelos de conducta para tomar drogas (padres fumadores).
- p) Sociedad consumista, que incita a probarlo todo y que empuja a la población joven y adolescente al consumo de drogas.
- q) Otra causa que por obvia en ocasiones es olvidada, es la disponibilidad de la sustancia.
- r) Desequilibrios y lagunas en la maduración de la personalidad.

Es cierto que la persona nace con una cierta disposición, pero la manera como se desarrolle dependerá de los estímulos e influencias del medio ambiente circundante.

LAS DISTINTAS TIPOLOGÍAS DE TOXICÓMANOS

Siguiendo a Oughourlian en su libro *La persona del toxicómano* podemos distinguir entre toxicomanías grupales, ya se utilicen como medio (*hippies, punkis...*) o como fin (*yonquis*), las de masas que están legalizadas o al menos admitidas y las individualistas que son minoritarias y desde luego no son las desencadenantes del alarmante fenómeno de droga actual, que cada día es más grupal (en el inicio del contacto con la droga), se produce a edades cada vez más tempranas y son más lesivas (desde inhalantes hasta el *crack*).

1) DROGA DEL EXPLORADOR. Son los toxicómanos individualistas, para quienes la droga es un medio de llegar a otra cosa, creación artística, introspección y análisis, etc. No existiría servidumbre. Le atraerán especialmente los alucinógenos, tipo LSD, mescalina o psolocybina, pudiendo ser consumidor de hachís. Este toxicómano está perfectamente integrado en la sociedad.

2) DROGA DE LOS EPICÚREOS. Pertenecen los toxicómanos solitarios para quienes la droga es un fin. Se ciñen al placer que procura o al dolor que alivia. Se inclinan esencialmente y tradicionalmente por lo opiáceos y actualmente por los barbitúricos. Una de sus características esenciales es un sentimiento de culpabilidad. Plantean el problema de la toxicofilia, es decir, de la estructura psicopatológica del sujeto y de su posición con relación al placer.

3) DROGA DE LOS HIPPIES, PUNKIS... Toxicómanos de grupo para quienes la droga constituye un medio: medio de alcanzar un cierto número de objetivos psicológicos y filosóficos, y en el plano sociológico para mantener la cohesión del grupo. La droga es un medio de comprenderse y de estar juntos.

4) DROGA DE LOS YONQUIS. Toxicómanos de grupo para quienes la droga no es un medio, sino un fin. El yonki se entrega, se abandona, en manos de la droga. Es un deseo de muerte, una conducta suicida. Recientemente ha aparecido una variedad muy particular de yonquis: son los niños o adolescentes que inhalan disolventes volátiles; quieren morir antes de haber vivido y eludir el problema de la elección entre vivir en sociedad o apartarse de ella.

5) DROGA ETNOLÓGICA. Puede tomarse una droga con fines rituales, sagrados o religiosos, en estado puro y sin que el problema del placer se mezcle en ello en modo alguno. Son importantes en el momento de iniciación de los jóvenes, en el paso a la virilidad.

6) DROGA SOCIAL. El alcohol como bebida divina original: es el cava, los grandes vinos, los alcoholes preciados, que sirven en nuestros días y en nuestra cultura para celebrar lo excepcional. "Beber a la salud" sigue siendo un medio para el individuo de integrarse en la sociedad, de manifestar su solidaridad hacia un grupo social. El inicio al consumo semanal de alcohol es en 2002 de 15,3 años.

7) DROGA DEL DÍA A DÍA. Son las toxicomanías de pueblos que no están destinados a celebrar lo excepcional, que no reconocen en la droga algo divino, trascendente o mágico y que sólo utilizan la droga por lo que materialmente es.

En el Tercer Mundo, la coca es el ejemplo típico, el "coquero" la consume a diario y le ayuda a soportar su vida. En Occidente hemos tomado la cola de África y la coca de América del Sur para hacer una de nuestras drogas de todos los momentos: la Coca Cola, que posee unos efectos ligeramente estimulantes que hacen de ella la bebida de la juventud.

La gran toxicomanía de Occidente, es sin discusión, el tabaco. Al lado el café y el té son las drogas menores pero cotidianas. Occidente conoce dos toxicomanías mayores: el alcohol (vinos comunes y licores baratos) y los barbitúricos. La droga en este caso no integra al sujeto en la sociedad.

LA EQUÍVOCA EVASIÓN: CONSUMIENDO DROGAS

Son muchos los niños que a corta edad (13 años) consumen los fines de semana cantidades ingentes de alcohol, en ocasiones de más de 20°, lo que ocasiona puntualmente reyertas, en otros casos embarazos no deseados, en algunos, accidentes de tráfico. La presión para beber, para sentirse adulto, para evadirse de la realidad, es poderosísima.

SÍNTOMAS DEL CONSUMO DE DROGAS

- Incremento de las necesidades económicas.
- Utilización de las mentiras de forma habitual.
- Trastornos en los ritmos sueño-vigilia.
- Deterioro en la comunicación familiar.
- Fracaso en el rendimiento escolar (absentismo, desmotivación).
- Dejadéz en la higiene personal.
- Pérdida del apetito.

TABACO

Los jóvenes comienzan a fumar con 13 años con un consumo diario de 8 cigarrillos; por cierto que el consumo por parte de las chicas es mayor (¿presión social para demostrar(se)?

Frente al consumo de tabaco, la mejor vacuna es que los padres no fumen, que sean deportistas y transmitan el amor a la práctica deportiva a los hijos.

No está de más explicar que el consumo de tabaco es lesivo gravemente para la salud física (hágase con material editado por profesionales de la salud, como asociaciones de neumólogos) y que resta libertad, al generar dependencia psicológica.

Estimamos que en el hogar debe existir una clara prohibición del acto de fumar, para ratificar el criterio y evitar que se adquiriera un hábito diario.

Quizás un día se descubra al hijo fumando y nos explique que es un hecho puntual; hablemos seriamente, hagámosle ver la inconveniencia, lo fácil que es no habituarse y lo difícil que resulta dejarlo.

Eliminemos mitos, el tabaco no hace más comunicativo, ni socializa más en el grupo al compartir un cigarrillo (ofrecerlo o aceptarlo).

Incidamos en ser sanos, en no autoagredirse y en no practicar consumos que son molestos para quien le rodea.

CÓMO ACTUAR

Existe una tendencia bastante extendida entre los consumidores de drogas a negar, o al menos minimizar, la presencia de problemas. “Yo controlo”, incluso ante la evidencia.

Hay que saber reaccionar a tiempo ante consumos de drogas que acaban siendo problemáticos (No se puede dejar de fumar, las salidas con amigos siempre terminan en borrachera, se mezclan más sustancias, se piensa de vez en cuando en dejarlo...).

Y en otras ocasiones actuar con rapidez ante la gravedad de la situación poniéndose en contacto con los profesionales de urgencias (intoxicación aguda de alcohol, coma etílico, “mal viaje” con pensamientos paranoides y pánico provocado por alucinógenos, taquicardia, hiperactividad, trastorno delirante, depresión reactiva derivada del consumo de cocaína y anfetaminas, o golpes de calor producidos por el éxtasis entre otros).

En España contamos con Centros de Asistencia a drogodependientes en todas las Comunidades Autónomas, y ONG especializadas. Hablar con un profesional ayuda a revertir un consumo de drogas que empieza a amenazar su capacidad de control o es ya una dependencia.

Pero también requerimos de centros de desintoxicación y deshabituación para menores de edad donde la voluntariedad no sea requisito imprescindible.

Fundamental la importancia de la educación que reciben nuestros hijos para saber posicionarse ante las drogas.

PREVENCIÓN

La droga es una enfermedad social, culturalmente heredada, que se asienta en la angustia ontológica y cósmica del ser humano y en la libertad de elección que le conlleva ansiedad.

A muchos niños, luego jóvenes, no se les ha mostrado que la vida tiene que llenarse de objetivos, de sentido, tiene que ser interpretada en sí misma.

La educación, no siempre consigue ser verdadera educación. Por eso la vida de algunos jóvenes es tan aburrida y se narcotiza, no se les ha enseñado a jugar con su imaginación, a disfrutar de un buen libro, a sentir el placer de la música, la pintura, el teatro, las artes, de encontrarse y descubrir la naturaleza, de desarrollarse mediante el deporte.

No se les ha hecho ver el valor de la amistad, sino la apatía del gregarismo, no se les ha formado en la capacidad crítica, sino en el consumismo temprano que les hace dependientes.

A veces formamos jóvenes, cuya vida ya es obsoleta, que tienen por horizonte la fuga de sí mismos en el cotidiano fin de semana, que confunden su ciudad con suciedad.

¡Qué terrible que un menor abdique de su vida!

El diagnóstico certero es que tenemos una sociedad convaleciente que ha quebrado el apotegma latino "la salud pública es la suprema ley."

Conocemos niños que nacen con adicción a drogas, bebés que en su inocencia exploradora ingieren y se intoxican con esos polvos blancos que sus tutores dejan a su alcance. Sabemos de adultos que utilizan a adolescentes como «camellos». Vemos jóvenes cerebros dañados, convertidos como decía Roszak en un "puré de garbanzos" por efecto del pegamento y otros inhalantes. Y sabemos de tantas otras formas y productos que por distintas vías consiguen lo mismo. La enajenación.

De la agresiva aguja, a la en apariencia inofensiva pastilla hay un continuo deterioro, un ataque a la autoposesión de cuerpo y mente y por tanto a lo que la OMS entiende como salud.

Los avances higiénico-sanitarios han casi hecho olvidar la mortalidad infantil y sin embargo una sociedad a la deriva con riesgo de ahogarse, ha propiciado que algunos jóvenes zarandeados cual peles por el entorno sufran el latigazo mortal de los accidentes de tráfico, de las drogas, del sida y del suicidio, en diez años se ha duplicado el número de estas víctimas.

Hemos de ganar parámetros de reflexión y dar la vuelta al forro de la realidad.

No debemos confundir la tolerancia con la indefinición.

Hemos de formar niños y jóvenes psicológicamente sanos, que posean un correcto nivel de conciencia de sí mismos y del entorno, que sean adaptables, que cuando les surja un conflicto estén capacitados en la medida de lo posible para resolverlo, que cuando les ofrezcan algo que les daña sepan decir desde su libertad: NO.

Hay que abordar todo lo que resulta ser un antídoto contra el conflicto personal en que podrá encontrarse el hijo o en el malestar social que le induzca.

Enseñar a tolerar la frustración es la mejor receta preventiva. Al tiempo habrán de abordarse las dificultades de comunicación del niño, los pensamientos distorsionados, los fracasos escolares, el exceso de hedonismo y nihilismo, la ausencia de sentido crítico, la incapacidad para resolver conflictos, dificultad en el manejo de la ansiedad, baja autoestima y carencia de responsabilidad.

Una buena relación con los padres es una magnífica protección del riesgo. Como lo es enseñarles a ser asertivos (defender su derecho y criterio personal).

Explicar a los hijos el interés de mucha gente que vive del consumo de droga de otras personas. Hacer saber a los niños que hay otros niños que ayudan en las labores de los países productores, otros que trapichean en la venta y otros niños que consumen. Es más, hay niños-soldados que consumen "crak" o "blue-boat" porque así se sienten invulnerables.

Por otro lado, la incitación al consumo de drogas y obviamente incluimos el alcohol, es una forma perversa de oscurecer el horizonte de niños y jóvenes.

