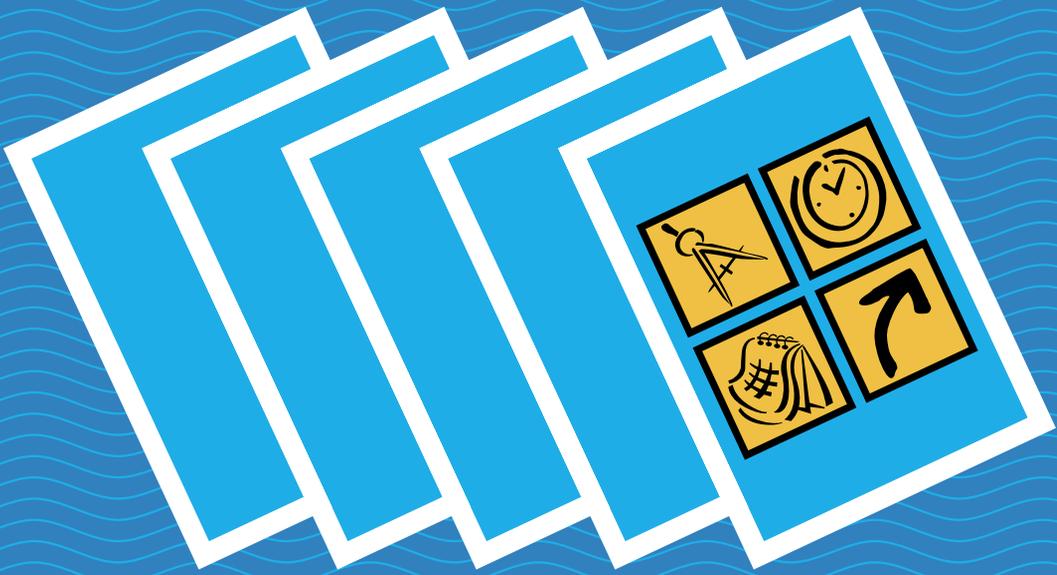


Planes locales sobre drogas



Guía para su desarrollo



Autores: Francisco Alvira Martín, Almudena Silva Hernández

Colaboradores:

Roberta Balestra, Julio Calzada, Luis Diego Galeano, Antoni Duran, Vilmar Ezequiel Dos Santos, Eliane Guerra, Mario Kameniecki, Agustín Lapetina, Jaume Larriba, M^a Antonia Rueda y Perla Vivas, cuyas inestimables aportaciones han contribuido a enriquecer este material.

Socios de la red del Proyecto «*Incorporación de buenas prácticas en las políticas locales de drogodependencias: guía para la elaboración de planes municipales, escuela de formación e implementación de proyectos*», del Programa URB-AL-, de la Unión Europea.



Coordinación y dirección técnica:

Rosa Guixé, Antoni Duran, Jaume Larriba, José Mañoso

Este documento se ha realizado con la asistencia financiera de la Comunidad Europea.

Los puntos de vista que en él se exponen reflejan exclusivamente la opinión del «Consell Comarcal de l'Alt Empordà» y, por lo tanto, no representan en ningún caso el punto de vista oficial de la Unión Europea.

© CCAE y UE (para esta edición)

© PDS - Promoció i Desenvolupament Social y de los autores

Edita: Consell Comarcal de l'Alt Empordà (CCAЕ)
Unión Europea (UE)

Edición: Montevideo, 2004

Depósito legal:

Revisión lingüística: Addenda, sccl.

Diseño gráfico: Eduard Bosch

Planes locales sobre drogas



Guía para su desarrollo

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
INTRODUCCIÓN	9
1. OBJETIVO DE ESTA GUÍA	11
2. EL CONTEXTO NORMATIVO-JURÍDICO	13
2.1. Principios guía de las Naciones Unidas para la reducción de la demanda de drogas	13
2.2. Principios de la Estrategia y Plan de Acción Europeo	15
3. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL DE LOS PLANES LOCALES	17
3.1. Introducción	17
3.2. Reglas para la elaboración de Planes Locales	19
4. EL «PROBLEMA» DE LAS DROGAS: SITUACIÓN ACTUAL, TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS	29
4.1. Información de nivel general	29
4.2. La situación del consumo de drogas y el problema de las drogas	30
4.3. Situación de la intervención en drogas	33
5. METAS Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN DROGAS	35
6. ESTRATEGIAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INTERVENCIÓN EN DROGAS	39
6.1. Estrategias	39
6.2. Programas, proyectos y ámbitos de intervención	52
6.3. Recursos y dispositivos de atención	64
7. ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS Y RECURSOS DEL PLAN LOCAL	67
7.1. Recursos disponibles	67
7.2. Estructuras organizativas	70
7.3. Seguimiento y evaluación	71
8. LA ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL PLAN	73
8.1. El punto de partida	73
8.2. La elaboración de la propuesta de Plan	74
8.3. Ajuste de la propuesta inicial: los recursos necesarios y los disponibles	75
8.4. La sanción política: la aprobación del Plan en el Ayuntamiento	75
8.5. La ejecución del Plan	76

ANEXOS	77
ANEXO 1: Glosario de términos	79
ANEXO 2: Resumen de las competencias legales	82
ANEXO 3: Webs interesantes en drogodependencias	92
BIBLIOGRAFÍA	97

UN PASO MÁS

Una vez más, desde el Consell Comarcal de l'Alt Empordà nos honra la coordinación del proyecto conjunto entre la Unión Europea y América Latina denominado «Incorporación de buenas prácticas en las políticas locales de drogodependencias», iniciativa que es el resultado del Proyecto URB-AL R1-P3-98 sobre Modificación de las políticas locales de intervención en drogodependencias y de la destacada colaboración que recibimos de los socios participantes en la Red Droga y Ciudad.

En definitiva se trata de un paso más en esta controvertida problemática del mundo de las drogas. La preocupación del equipo de profesionales de los servicios sociales del Consell, su talante dialogante y su coherencia de trabajo, ha hecho que la Comisión Europea, en función de los excelentes resultados obtenidos hasta el día de hoy, haya seleccionado a este Consell Comarcal para desempeñar una función coordinadora capaz de potenciar un modelo de cooperación descentralizada, que permite la adquisición y aplicación de buenas prácticas en el ámbito de las políticas locales de drogodependencias entre las diferentes administraciones que participan en el proyecto.

Vale la pena resaltar el hecho de que URB-AL es hoy el principal programa de cooperación internacional dirigido al desarrollo de políticas públicas innovadoras a partir de los gobiernos locales, lo que se fundamenta en el reconocimiento del potencial de gestión de dichos gobiernos.

Por lo tanto, tiene el lector en sus manos el resultado de este trabajo común, a través de este documento y de otros adaptados a las necesidades de las comunidades pertenecientes a la Red y consensuados por todos sus miembros, que servirá de base a los programas y actividades que estamos implantando en cada comunidad para beneficio nuestro y de toda la Red Droga y Ciudad del Programa URB-AL.

Jordi Cabezas i Llobet
Presidente del Consell Comarcal de l'Alt Empordà

INTRODUCCIÓN

Pasar de las palabras a los hechos. Del intercambio de experiencias y el análisis de necesidades desarrollado entre los años 1998-2001 como consecuencia del Programa URB-AL R1-P3-98 «Modificación de las Políticas Locales de intervención en drogodependencias» a la concreción de políticas y la definición de prioridades. Este es sin ningún tipo de duda el objetivo perseguido y secundado económicamente por la Comisión Europea a través del proyecto común tipo B: B1-P1-02 «Incorporación de buenas prácticas en las políticas locales de drogodependencias». Y es también el reto que las diversas ciudades y administraciones locales reunidas a su entorno hemos afrontado desde el 2002, cuando el proyecto fue aprobado, hasta mayo de 2005 cuando deberá haber finalizado.

Para las diversas ciudades europeas y latinoamericanas impulsoras del proyecto la premisa es clara: la experimentación con las drogas se ha convertido, especialmente entre los adolescentes, en un hecho habitual de las sociedades desarrolladas. El modo en que cada sociedad trata a sus adolescentes depende, en parte, de cómo estas sociedades se explican esas conductas. Desde esta perspectiva, y ante la diversidad social, cultural e incluso ante la diversidad legal en materia de drogas de cada contexto, necesariamente en las políticas de prevención que aquí presentamos lo más importante deben ser las personas, y no las sustancias. El reto de los programas de prevención que aquí presentamos no pasa por anatemizar a las sustancias sino por entrenar a las personas a que puedan decidir qué hacer con su vida, a que puedan ajustar competentemente su conducta con sus objetivos y aspiraciones, conocedores de que el problema del uso y abuso de las drogas no se da solo, sino que habitualmente es un elemento más de otras conductas problema que tiene el individuo.

La presente guía es el resultado de un largo período de trabajos en común que se cerró entre los días 29 y 31 de marzo de 2004, en la ciudad de Montevideo (Uruguay), con el Primer Seminario Taller de Entidades Miembros de la Red. Ésta y las demás guías para el trabajo recogen los criterios mínimos para ejecutar acciones coherentes con la literatura científica del momento; pretenden adaptarse a las necesidades, características y contexto cultural y social de cada miembro de la Red, y permiten posibilitar la puesta en marcha de acciones sostenibles. Confiamos en que resulten de utilidad para pasar... de las palabras a los hechos.

Santiago Vila Vicente
Conseller Comarcal de Servicios Sociales
Consell Comarcal de l'Alt Empordà

1 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

Las dos áreas geográfico-políticas en las que se sitúan los socios participantes en el programa Urb-al (Europa y América Latina) presentan una doble característica:

- Una estructura jurídico-política en la que se contemplan diferentes niveles competenciales para las estructuras locales/municipales.
- Un «problema» social con múltiples consecuencias y antecedentes asociados del uso/abuso de las drogas.

De aquí la necesidad de una guía que proporcione herramientas analítico-conceptuales para la elaboración de Planes Locales (contra/sobre) las drogas. Estos Planes Locales permitirán racionalizar las actuaciones sobre drogas, ahorrando esfuerzos y recursos, coordinándolos, logrando sinergias, permitiendo valorar el esfuerzo emprendido... Planificar y evaluar no es más que eso: una racionalización de los instrumentos sociales, una racionalización de las políticas.

«Racionalizar» tiene que ver con tecnologías e instrumentos, «políticas» tiene que ver con participación social/participación comunitaria y esta guía se plantea desde una perspectiva de intervención en drogas centrada tanto en la reducción del uso y abuso como en paliar o hacer desaparecer los efectos negativos del abuso de drogas siempre desde la participación de todos los actores sociales relevantes tanto en la definición del «problema» de las drogas como en las intervenciones a llevar a cabo.

La guía ofrece un **marco general** (sistema normativo, situación del consumo de drogas, situación técnico-teórica de las intervenciones en drogas), y proporciona unos **principios y criterios** sobre **qué** intervenciones realizar, **cómo** hacerlas, así como las **áreas** y **recursos** para la intervención.

Se detalla también, **lo que debe incluir un Plan de Drogas Local**, es decir, el «producto» final y el **proceso** para llegar a dicho Plan/producto.

Esta guía se apoya, tal y como se puede ver en la bibliografía y documentación citada al final, en los documentos de las Naciones Unidas y de la Unión Europea y más específicamente en la «Guía para la elaboración de Planes Locales de prevención» publicada por la Agencia Antidroga de la Comunidad Autónoma de Madrid, elaborada por uno de los autores de esta guía, así como en las aportaciones de los socios de la Red del Programa URB-AL, Proyecto común tipo B: B1-P1-02, *Incorporación de buenas prácticas en las políticas locales de drogodependencias*.

2 EL CONTEXTO NORMATIVO-JURÍDICO

Los planes locales/municipales de drogas necesariamente tienen que encuadrarse en los principios, planes y estrategias de ámbito superior, sea éste internacional, estatal o regional. Además, deben tener en cuenta las competencias normativas atribuidas por ley a las entidades locales que son variables según cada país. Habitualmente las entidades locales poco pueden hacer en la lucha por la reducción de la oferta, que suele ser competencia estatal e internacional.

También habitualmente las áreas de intervención municipales se centran en la prevención comunitaria y en el apoyo a la integración del drogodependiente.

Sin embargo, independientemente de cuáles sean las competencias legales, las entidades locales tienen un papel ineludible y único en la coordinación de los servicios y recursos de prevención y de asistencia en drogas al ser el ámbito político más cercano al ciudadano.

Como marco general normativo, en el sentido de principios generales, recogemos en esta guía lo más destacado de los principios establecidos por las Naciones Unidas y la Unión Europea. Debe de entenderse que cada entidad local, previo a la elaboración del Plan de Drogas, deberá ajustar y delimitar su campo competencial no sólo al marco jurídico del estado al que pertenezca sino también a la normativa local propia según se recoge en el Anexo 2 «Resumen de las competencias legales».

2.1. Principios guía de las Naciones Unidas para la reducción de la demanda de drogas

1. El abuso de drogas afecta a todos los sectores de la sociedad y a todos los países de cualquier nivel de desarrollo. Consecuentemente las políticas y programas de reducción de la demanda deben ir dirigidas a todos los sectores de la sociedad.
2. El enfoque más efectivo en el problema de las drogas consiste en un enfoque global, equilibrado y coordinado que abarque la reducción de la demanda y el control de la oferta de modo que ambos se refuercen mutuamente, junto con la correcta aplicación del principio de responsabilidad compartida.
3. Los programas para reducir la demanda de drogas deben ser parte de una estrategia global para reducir la demanda de **todas** las sustancias de abuso. Todos los programas deben estar integrados para promover la cooperación entre todos los afectados, deben incluir una amplia variedad de intervenciones adecuadas, deben promover el bienestar social y la salud de los individuos, de las familias y de las comunidades y deben reducir las consecuencias negativas del abuso de drogas en el individuo y en la sociedad en su conjunto.
4. Los principios que deben servir de guía en las estrategias internacionales, nacionales y regionales son los siguientes:

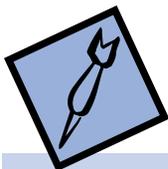
- a) Debe existir un enfoque equilibrado entre la reducción de la oferta y de la demanda, de modo que se refuerzan mutuamente, dentro de una perspectiva integrada dirigida a solucionar el problema de las drogas.
- b) Las políticas de reducción deben:
 - Dirigirse a prevenir el uso de drogas y reducir las consecuencias negativas del abuso.
 - Proporcionar y alentar la participación activa y coordinada de los individuos a nivel comunitario, tanto de un modo general como en situaciones de riesgo.
 - Ser sensibles tanto en aspectos culturales como de género.
 - Contribuir a desarrollar y sostener entornos de apoyo.
5. Un enfoque participativo de la comunidad y partenariado es crucial para lograr un diagnóstico acertado del problema, la identificación de soluciones viables y la formulación e implementación de políticas y programas adecuados. Resulta esencial por tanto, la colaboración entre organizaciones no gubernamentales, padres, profesores, profesionales de la salud, organizaciones comunitarias y de la juventud, agrupaciones de empleadores, sindicatos y el sector privado. Esta colaboración ayuda a lograr la concienciación pública y aumenta la capacidad de las comunidades para hacer frente a las consecuencias negativas del abuso de drogas. La toma de conciencia y responsabilidad pública junto con la movilización de la comunidad son importantísimas para asegurar la sostenibilidad de las estrategias de reducción de la demanda.
6. Los esfuerzos de reducción de la demanda deben integrarse en políticas más amplias de promoción de la salud y del bienestar social y programas preventivos educativos.
7. Los programas de reducción de la demanda deben dirigirse a satisfacer las necesidades de la población general así como las de sectores específicos de población, especialmente los primeros. Los programas deben ser efectivos, relevantes y accesibles para los grupos de mayor riesgo.
8. Los Estados miembros deben desarrollar dentro del sistema de justicia penal... recursos para atender a los drogodependientes mediante servicios educativos, de tratamiento y de rehabilitación.
9. Los Estados deben, en cooperación con los medios de comunicación, buscar aumentar la conciencia pública sobre los riesgos del uso de drogas y promover mensajes preventivos que contrarresten la promoción del uso de drogas.
10. Las actividades específicas y estrategias de reducción de la demanda deben ser evaluadas de un modo efectivo para mejorar su eficacia.

2.2. Principios de la Estrategia y Plan de Acción Europeo

1. Enfoque integrado y equilibrado en el que la reducción de la oferta y de la demanda se consideran elementos que se refuerzan mutuamente.
2. Necesidad de evaluar las experiencias realizadas y de identificar las mejores prácticas con objeto de asegurar la consistencia y continuidad de la acción comunitaria al abordar el fenómeno de la droga.

3. Basar la lucha contra la droga en una evaluación permanente de la naturaleza y magnitud del uso de drogas en la población y de sus consecuencias así como en la información adquirida mediante la investigación y la experiencia de programas anteriores.
4. Priorizar los contenidos relativos a la salud, educación, investigación y formación y los instrumentos destinados a combatir la exclusión social.
5. Educación y aumento de la toma de conciencia a través de campañas de información.
6. Diversificación en el campo de la prevención empleando una doble estrategia: evaluación y fomento de la salud dirigidos al público en general, junto con acciones específicas dirigidas a grupos de riesgo.
7. Apoyo a los usuarios de droga con servicios diferenciales orientados al individuo, buscando la coordinación de los servicios existentes.
8. Mayor énfasis en la iniciación de programas de educación a edad temprana.
9. Énfasis en la prevención de enfermedades infecciosas mediante el desarrollo de programas ad hoc.
10. Aumento de programas de sustitución y tratamiento.
11. Medidas y programas específicos para los delincuentes drogodependientes.
12. Reconocimiento de la necesidad de enfoques específicos según el género (situaciones específicas de las mujeres) y grupos étnicos o culturales.

Estos principios y estrategias generales deberían constituir el marco global y filosofía subyacente de los Planes Locales. Estos, sin embargo, deben (suelen) centrarse ante todo en:



Punto clave

1. La coordinación general de las intervenciones públicas y privadas sobre drogas que se desarrollen en el nivel local.
2. Políticas de reducción de la oferta de drogas, sobre todo drogas legales (ordenanzas municipales sobre bares, discotecas...).
3. Programas y medidas dirigidas a la reinserción social de drogodependientes sobre todo en el campo de la formación y apoyo al empleo.
4. Prevención de tipo comunitario.
5. Movilización de la iniciativa social.
6. Concienciación y sensibilización de la comunidad sobre los efectos negativos del uso y abuso de drogas.

Un **plan local** por tanto debe ser el resultado de la interacción e interrelación entre diferentes servicios y departamentos municipales contando en todo momento con la iniciativa social local (estructurada o no).

3 MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL DE LOS PLANES LOCALES

3.1. Introducción

Esta es una guía para la elaboración de planes locales de intervención en drogas, pero un plan no es más que el producto final del proceso de planificación. Conviene tener siempre presente la distinción entre plan como producto y plan como proceso.

Planificar implica **racionalizar** los procesos de intervención social, implica trazarse objetivos claros, buscar recursos, programar actuaciones... Kauffman (1992:68) define la planificación «como el proceso proactivo cuya intención es definir metas/fines útiles y luego encontrar los medios para lograrlos». La planificación es prever cómo queremos que sea el futuro y poner los medios para llegar a ese futuro previsto o prever como será e intentar modificarlo si no queremos que sea así.

Pero aunque los planes son el producto final de la planificación, ésta debe contemplarse como un proceso constante, como una estrategia a adoptar siempre, de modo que sea:

- Un proceso permanente que no cese.
- Se prevea un sistema de planificación permanente.



Aunque la planificación deba ser constante y permanente existen diferentes niveles en función de:

- La generalidad/concreción de la misma.
- El alcance en el tiempo y en el espacio.
- El tipo de metas/objetivos que se utilicen.

De un modo general se puede afirmar que un **plan** responde a un nivel de planificación **estratégico** centrado en la elaboración de metas, mientras que los **programas y proyectos** de intervención formulan objetivos generales y específicos y se corresponden con un nivel de planificación **táctico**.

Por definición, cualquier **Plan** implica un cierto nivel de planificación estratégica, dado que contempla un horizonte temporal determinado¹ y que implica, asimismo, prever cómo queremos que sea el futuro. Se trata, en palabras de Kauffman (1992:15), de «contemplar el futuro de las decisiones que se tomen hoy».

Tanto las Naciones Unidas como otras instituciones supranacionales y nacionales, como por ejemplo la Unión Europea, han elaborado estrategias y planes de acción frente a las drogas que deben servir como referencia y marco contextual a los planes locales. Algunos de estos documentos establecen principios, metas y objetivos generales que deben servir como punto de partida a los planes locales de intervención sobre drogas. Tal es el caso de «Guiding principles of drug demand reduction and measures to enhance international cooperation to counter the world drug problem», declaración de principios acordados por las Naciones Unidas, la Estrategia y Plan de Acción de la Unión Europea frente a las drogas y en algunos países, como España, las estrategias y planes nacionales.



Ejemplos

Algunos principios generales acordados por las Naciones Unidas

1. Debe establecerse un equilibrio entre reducción de la demanda y de la oferta en el que ambos se refuercen en un enfoque integrado para acabar con el problema de las drogas
2. Las políticas de reducción de drogas deben de buscar prevenir el uso de drogas y reducir las consecuencias adversas del abuso de las mismas.
3. Los programas de reducción de la demanda deben de cubrir todas las áreas de la prevención desde desalentar el uso inicial a reducir las negativas consecuencias sociales y sanitarias del abuso de drogas. Deben de incluir información, educación, concienciación pública, intervención temprana, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, reintegración y apoyo social.

Algunos principios de la Estrategia Europea

1. Continuar el enfoque integrado y equilibrado en la lucha contra la droga en la que la reducción de la oferta y de la demanda se consideran elementos que se refuerzan mutuamente.
2. Necesidad de evaluar las experiencias realizadas y de identificar las mejores prácticas con objeto de asegurar la consistencia y la continuidad de la acción comunitaria.
3. Debe otorgarse la más alta prioridad a las actividades relativas a la salud, educación, investigación y formación y a los instrumentos destinados a combatir la exclusión social.

¹ En esta guía adoptamos el plazo temporal de cuatro años por ser más coherente con la agenda política.

Estas estrategias y planes de acción pueden y deben servir para determinar las metas u objetivos generales de los planes locales. Los objetivos específicos que fijen los municipios tendrán que estar conectados, es decir, ser coherentes con dichas metas y objetivos generales pero también con la realidad local: la problemática de drogas existente, los recursos disponibles y la voluntad política de intervención. Pero además, la propia opinión de la comunidad condicionará tanto los objetivos específicos como el plan local en su conjunto.

La planificación en drogas necesariamente tiene que integrar no sólo la perspectiva de los expertos, técnicos y profesionales, sino también la de todos los actores implicados, es decir, la población destinataria de las actuaciones preventivas, las organizaciones relacionadas con la problemática de drogas, etc.

Las dimensiones **técnica, política y de la comunidad** tienen que tener un papel específico en la fijación de los objetivos de la intervención en drogas y en la determinación de las actuaciones e intervenciones a llevar a cabo.

Idealmente, es la dimensión política la que traduciendo la voluntad de la comunidad fija metas y objetivos y moviliza a los técnicos y a la propia comunidad para la realización de las intervenciones necesarias para lograrlos. Pero en la práctica cotidiana son muchas veces los técnicos los que tienen que movilizar a la comunidad y hacer de «traductores» de la misma ante la dimensión política.

Conviene ante todo:

- Reconocer la existencia de una pluralidad de dimensiones e intereses.
- Contar con ellos en la elaboración de los Planes Locales siempre desde la idea de que habitualmente va a ser la dimensión técnica la movilizadora del plan y de su ejecución. Al fin y al cabo los técnicos que tienen que elaborar planes locales de intervención en drogas suelen tener amplias posibilidades de:
 - movilizar las otras dimensiones,
 - sensibilizarlas,
 - y «traducir» los deseos e intereses de la comunidad.

3.2. Reglas para la elaboración de planes locales

1ª REGLA

Planes de drogas realistas y posibles

Un plan local debe expresar lo posible. Es decir, dentro de lo técnicamente correcto y de lo políticamente querido, aquello que sea posible dados los recursos disponibles y los condicionantes sociales.

Tal y como revela el gráfico adjunto, desde un punto de vista **técnico** dada una **situación inicial** del problema de las drogas en un municipio, querríamos llegar con la aplicación del plan a la **situación objetivo final** (objetivo de máximos), pero probablemente la situación final **políticamente** perseguida o querida no coincidirá con aquella, y con toda seguridad, según los condicionantes de recursos de todo tipo (sociales, políticos, etc), la **situación final objetivo posible** esté todavía más acotada.

Lo importante es, por una parte identificar, conocer y analizar estas diferentes situaciones finales alternativas y, por otra, en función de ellas establecer como objetivo llegar a una futura situación del problema de las drogas que sea realista y posible y permita determinar claramente los objetivos específicos del plan.

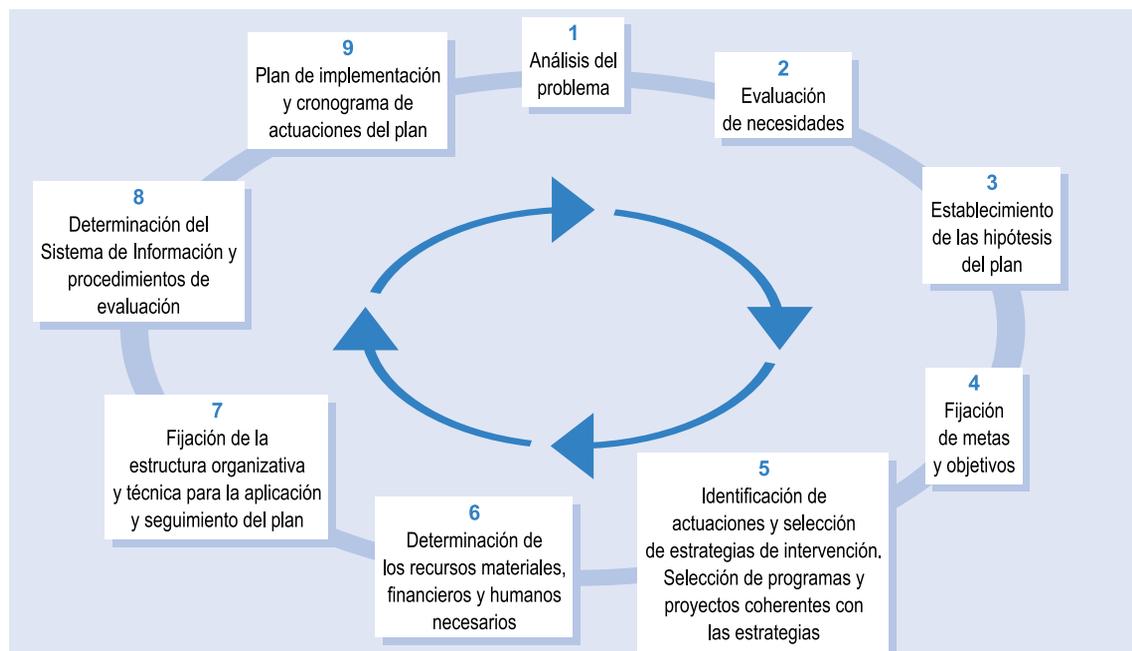
Conviene insistir en que la recomendación de «realismo» y «posibilismo» no debe servir como excusa para marcarse objetivos escasamente ambiciosos y fácilmente alcanzables. Tiene que ver por el contrario con hacer esfuerzos para lograr objetivos ambiciosos pero conociendo las limitaciones y condicionantes.



2ª REGLA

La planificación es un proceso

El proceso de planificación, de elaboración de un plan, es un proceso circular iterativo que puede esquematizarse tal y como aparece en el cuadro adjunto.



El primer paso (1) lo constituye el **análisis del problema** de las drogas en el municipio donde se vaya a elaborar el plan. Debe de recogerse información sobre:

- El número de consumidores de las diferentes drogas y tendencias en el consumo;
- número y características de los que abusan del consumo;
- consecuencias del uso y abuso de drogas, cuáles, cuántas y situación de las mismas; y
- caracterización que, del problema de las drogas, hace la comunidad, es decir, cómo se define en esa comunidad el problema.

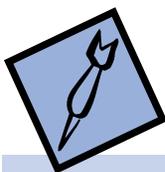
También debe recogerse **información sobre los servicios y recursos disponibles** para tratar este problema, así como sobre las intervenciones ya existentes (qué intervenciones se llevan a cabo, qué efectos han tenido...).

Un **problema** no es más que una valoración de una situación objetiva que, de este modo, queda problematizada; pero la misma situación objetiva puede transformarse en problemas distintos, según qué valores se utilicen y qué valores primen en una comunidad determinada. También puede llegarse a definiciones del problema de las drogas idénticas partiendo de situaciones objetivas distintas. Conviene aquí recordar que «si se define una situación como real, ésta es real en sus consecuencias».

Poner el acento en las consecuencias negativas del uso y abuso de las drogas lleva a centrarse en la reducción de daños, pero poner el acento en la valoración ética o moral del propio consumo conduce a otro tipo de actuaciones. Se trata de definiciones diferentes del «problema» de las drogas, sustentadas en valores diferentes.

El «problema» de las drogodependencias no es igual en todos los municipios y tampoco lo son las necesidades que van a guiar la intervención.

Una **condición o hecho social** determinado, por ejemplo el consumo de alcohol, se transforma en un problema social cuando así lo definen los actores sociales de acuerdo con unos determinados valores. Por tanto, es lógico pensar que las condiciones sociales objetivas y los valores sociales que determinan el problema social puedan variar de una localidad a otra (ver gráfico).



Punto clave

Las preguntas clave en el análisis de problemas

1. Naturaleza de la condición o hecho social.
2. Definición precisa de los aspectos de dicha condición o hecho.
3. Características de los que experimentan o sufren dicha condición/hecho (quiénes son, cómo son, descripción).
4. Volumen de la condición y distribución de la misma.
5. Valores sociales amenazados por dichos hechos/condiciones.

6. Quién define este hecho/condición como problema y por qué.
- 7.Cuál es la etiología del problema-revisión de la literatura/modelos de intervención. Avance de posibles soluciones.

Por eso, se requiere un previo conocimiento de los siguientes aspectos:

- La condición social y sus características,
- el problema
- y las necesidades detectadas relacionadas con el problema social.

En una secuencia lógico-necesaria, la condición social objetiva sobre la que se va a intervenir debe convertirse en un problema y éste, a su vez, debe traducirse en necesidad o necesidades sociales (déficits) que precisamente van a guiar la intervención para acabar con dichos déficits.



Ejemplo

El siguiente ejemplo aclara la relación entre los términos. En una localidad del Alt Empordà el consumo de bebidas alcohólicas aumenta fuertemente produciendo alarma social por las consecuencias dañinas que tiene este aumento. Un grupo de expertos estudia el problema para intentar resolverlo y se proponen diferentes medidas en función de dónde se piensa que están las necesidades (los déficits sociales). La policía local quiere aplicar a rajatabla la ley (piensa que hay un déficit de aplicación), los políticos creen que se deberían cambiar las normas legales para no permitir el consumo de bebidas alcohólicas en la calle, la publicidad del alcohol, etc. Los educadores creen que hay que informar y educar a los jóvenes porque piensan que existe un déficit informativo y educativo, etc.

La traducción de un problema a necesidades (2) lleva en paralelo la elección de una o varias estrategias de intervención, tal y como se puede observar en el esquema siguiente:



Del análisis del «problema» y de factores y causas asociadas, se deducen las posibles soluciones e intervenciones a realizar en forma de **hipótesis causales** (3). Por ejemplo, «Si la falta de información sobre las consecuencias del abuso de drogas es un factor que lleva o facilita el abuso», una actuación que proporcione dicha información a la población debería llevar a una reducción del abuso de drogas. Esta es una hipótesis causal que lleva a un determinado tipo de intervenciones basadas en proporcionar información.

Fijar metas y objetivos (4) es pensar en posibles; las metas pueden ser utopías a alcanzar a largo plazo, pero los objetivos generales, sobre todo los específicos, deben de ser razonablemente alcanzables. Asimismo, la fijación de metas y objetivos debe de realizarse de una manera coordinada con los actores sociales implicados.

La selección de estrategias de intervención (5) está muy condicionada por las metas y objetivos fijados y, a su vez, condiciona fuertemente los programas y proyectos que se van a desarrollar en el tiempo de duración del Plan. En páginas posteriores se analizan diferentes tipos de estrategias pero conviene señalar que por estrategia debemos entender «el conjunto de procedimientos adecuados para lograr un fin o meta».

La determinación de los recursos materiales, formativos y humanos necesarios (6) debe de contemplar la utilización de los dispositivos y recursos ya existentes, parte de los cuales se enumeran en el capítulo 7. También en dicho capítulo se describen las estructuras organizativas necesarias para la ejecución y seguimiento del Plan, lo que permite estimar los recursos humanos necesarios. En cualquier caso, hay que insistir en el papel predominante a nivel local de la **coordinación** de los recursos ya existentes para su mejor aprovechamiento.

El capítulo 7 contempla varias posibilidades de **estructuras organizativas y de seguimiento** (7) y a él se remite este apartado.

Cuando se contempla la **evaluación del Plan** (8) la práctica internacional generalizada prevé la misma en, al menos, tres momentos o fases:

1. Al inicio de la ejecución del Plan como procedimiento para ajustar los problemas que puedan surgir en la aplicación del mismo. Esta es una evaluación interna.
2. Una evaluación intermedia interna aproximadamente a la mitad de la duración del Plan. En esta evaluación el centro de atención es el proceso o ejecución del Plan: el análisis y seguimiento de la ejecución para, en caso necesario, adaptarlo o reconocer los obstáculos que surjan a la aplicación.
3. Por último, una evaluación final, a ser posible externa, que contemple no sólo el proceso y ejecución sino también los resultados e impacto del Plan.

La existencia de un **adecuado sistema de información** (8) permite no sólo llevar a cabo las dos primeras evaluaciones sino también realizar un seguimiento continuo de la ejecución del Plan. En el cuadro adjunto se recogen las ideas básicas para elaborar y diseñar un buen sistema de información.

Desarrollo de un sistema de información

1. Identificación de los datos relevantes (variables/información) y las preguntas a las que se quiere dar respuesta.
 - Se puede hacer utilizando, ante todo, las hipótesis del programa y la lista de objetivos (de proceso y de resultado) y las actividades.
 - Las dimensiones a considerar son:
 - Características de los clientes/usuarios.
 - Datos sobre la historia social del cliente y su problemática.
 - Características del personal.
 - Recursos materiales.
 - Inmuebles.
 - Equipo.
 - Tareas del programa/servicio.
 - Método de intervención.
 - Terminación del producto/servicio.
 - Resultados intermedios.
 - Resultados últimos.
2. Estrategia inicial del análisis.
 - Transformar la información en variables.
 - Establecer los códigos y categorías.
 - Elaborar el análisis a realizar con la información relativa a programación y evaluación.
3. Diseño de las tablas y salidas del análisis.
 - En función, ante todo, del uso, de los informes y de quién los va a usar.
4. Diseño de los instrumentos de recogida de información.
 - Es útil ver el diagrama de flujos.
 - Es muy útil ver quién va a aplicar cada instrumento y cuándo y más en concreto:
 - Objetivo del formulario o impreso.
 - Elementos y datos a incluir en ese impreso.
 - Quién aplicará el instrumento y lo recogerá.
 - Con qué frecuencia y en qué períodos se aplicará.
5. Desarrollo de procedimientos de entrada de los datos.
 - Establecer un código (etiquetas y códigos).
 - Establecer un diccionario de definiciones.
 - Establecer documentos de procedimiento.
6. Recogida y análisis de los datos.

En cuanto al punto (9) es imprescindible elaborar un programa para la implantación del plan siguiendo las pautas del esquema que se adjunta como mínimo.



Punto clave

Resumen de elementos del Plan/Programa de implementación

- Ordenar actividades cronológicamente.
- Identificar etapas previas a cada actividad.
- Hacer listado de actividades con principio y fin.
- Definir recursos materiales, financieros y humanos.
- Especificar responsabilidades.
- Contactar con las organizaciones necesarias y asegurar su colaboración.
- Asegurarse de que cada uno sabe qué tiene que hacer y cuándo.

Conviene destacar el carácter circular e iterativo de la planificación, de modo que las metas y objetivos determinan todas las fases del proceso, por ejemplo las estrategias de intervención, pero también es cierto, al revés.

De aquí que sea necesario seguir circularmente el esquema varias veces, es decir iterativamente, hasta que todo quede ajustado. Es decir, las metas y objetivos deben ser coherentes con la situación objetiva y la definición del problema de las drogas en la comunidad; pero, también, deben ser coherentes con las estrategias de intervención adoptadas y con los programas y proyectos a aplicar. Todo debe formar un sistema coherente.

El carácter iterativo y circular de todo proceso de planificación implica que el proceso puede empezar no por el punto (1) sino casi por cualquier otro, por ejemplo, el (6) o el (5) o el (4).

Podría empezarse por fijar los recursos que se pueden destinar al Plan y de ahí pasar al análisis del problema o directamente a establecer metas y objetivos.

Lo importante es que al final del proceso se hayan contemplado todas las fases y además el producto final, el Plan, ofrezca un todo coherente.

3ª REGLA

La planificación debe ser permanente

La elaboración de un plan local de drogas implica una serie de procesos y procedimientos (creación de comisiones para que hagan propuestas, análisis de la realidad municipal, participación de la ini-

ciativa social...) que llevan al final a la materialización de un documento escrito de un Plan específico, concretando los aspectos más relevantes. Por último, las autoridades municipales competentes tienen que aprobarlo para que entre en vigor y pueda ser puesto en funcionamiento.

Es un proceso complicado técnica y políticamente de modo que existe una fuerte tentación de «descansar» una vez el Plan ha sido aprobado por las autoridades legales competentes.

Debe recordarse que la planificación es algo permanente que debe realizarse continuamente.

1. La ejecución del Plan exigirá, casi con toda seguridad, modificaciones que deben ser programadas.
2. Además la realidad del municipio es una realidad cambiante que exigirá adaptaciones y modificaciones.
3. Por último, el seguimiento y evaluación del Plan deben permitir revisiones del Plan durante la vigencia y al final del período de duración del mismo.

4ª REGLA

La planificación debe ser proactiva

Los planes suelen elaborarse y ponerse en marcha como respuesta a un problema presente y en su inmensa mayoría son planes reactivos en los que se intenta hacer frente a un problema tal como se ha diagnosticado en el presente.

Pero esto es un error porque lleva a ir siempre a remolque, reaccionando. Los Planes Locales deben enfrentarse con la problemática existente y la problemática previsible al término de los mismos. Debe analizarse cómo será el problema al terminar el Plan y diseñar el mismo pensando en cómo se quiere que sea al término de la vigencia del Plan. Debe preverse cómo se quiere que sea el futuro y diseñar el Plan para llegar a ese futuro deseable y querido. Debe, en una palabra, actuarse proactivamente.

5ª REGLA

No Confundir Plan, Programa y Proyecto

Conviene dejar claras las diferencias entre Plan, Programa y Proyecto. Un **Plan**, en principio, formula metas, fines y prioridades, así como actuaciones y se desarrolla en programas y éstos en proyectos². Por tanto, un Plan tiene:

- Un alcance territorial y poblacional amplio. Puede ser un país, una región o un municipio siempre y cuando se refiera a toda la población del mismo.
- Un alcance temporal amplio, normalmente de medio plazo (3/4/5 años).

² A veces en la literatura de drogas se habla de subprogramas, pero este concepto se usa de modo similar a proyecto. Del mismo modo, a veces programa y proyecto se confunden.

- Un nivel de generalidad en sus miras que se concretan en metas y en sus actuaciones que se concretan en estrategias globales.

Un plan puede y debe concretarse en varios programas y varios proyectos. Un programa tiene las características siguientes:

- Un alcance territorial o poblacional más reducido (sólo un distrito o una zona o un colectivo específico, por ejemplo, familias o escolares).
- Un alcance temporal más reducido, normalmente uno o dos años.
- Un nivel de generalidad menor al especificar objetivos generales y/o específicos, así como actuaciones.

Un programa se concreta y desarrolla en uno o varios proyectos. Un proyecto, por último, tiene las siguientes características:

- Un alcance poblacional concreto.
- Un alcance temporal reducido.
- y una generalidad muy reducida. De hecho es una aplicación específica a una zona, colectivo y tiempo concretando objetivos específicos y actuaciones.

En términos generales, un plan local debe centrarse en programas, proyectos y actuaciones.

6ª REGLA

Deben distinguirse claramente los diferentes procesos concurrentes en la elaboración de un Plan

Deben distinguirse tres procesos diferentes al elaborar un Plan:

1. Las fases o pasos que hay que realizar desde un punto de vista técnico que hemos visto en páginas anteriores y en el esquema 1.
2. El resultado material del proceso, es decir, el Plan en su formulación escrita y en los diferentes documentos a redactar y elaborar que tendrán que ser objeto de refrendo político (ver esquema 2).
3. Y los procesos necesarios para llegar a la materialización del Plan, es decir, a la puesta en marcha del mismo y a lograr que funcione de acuerdo a lo previsto en los documentos escritos y sancionados políticamente (ver capítulo 7).

7ª REGLA

Prever la participación y la coordinación

En lo que respecta al último punto, la implicación de la comunidad local y de los ciudadanos y la coordinación institucional, horizontal y verticalmente, resultan ser dos procesos vitales, no sólo para llegar a un Plan realista sino también para que éste pueda tener éxito en su aplicación y funcionamiento.

Ambos procesos pueden lograrse a través de la creación de estructuras organizativas. Así, para la coordinación de las diferentes áreas de actuación municipal puede constituirse un comité o comisión y para la participación de la comunidad, además de procedimientos de consulta, de notificación etc. se puede también crear una Mesa de participación, que puede ser abierta o cerrada, e implicar en ella a organizaciones, asociaciones y colectivos relacionados con:

- Temas de drogas.
- Sectores profesionales implicados en las actuaciones.
- Las propias actuaciones que constituyen las intervenciones.

8ª REGLA

¿Qué incluir en un Plan Local?

Como puede verse en el esquema, un plan local debe recoger como mínimo:

1. La descripción de la situación actual del municipio y de las tendencias, tanto en lo que respecta a la problemática de las drogas como a características básicas socioeconómicas y demográficas del municipio.
2. Concreción de los objetivos generales y específicos.
3. Las estrategias globales de intervención, incluyendo la enumeración de programas, proyectos y actuaciones.
4. El programa de aplicación y ejecución del plan local, incluyendo los procedimientos de seguimiento, evaluación y revisión del mismo.
5. La estructura orgánica del Plan, incluyendo los recursos disponibles a utilizar en el Plan.



4 EL «PROBLEMA» DE LAS DROGAS: SITUACIÓN ACTUAL, TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Un buen plan local de drogas debe partir del conocimiento, análisis e interpretación de la realidad sobre la que va a actuar, es decir, de la población sobre la que va a intervenir. Debe recogerse información sobre dicha población tanto en el ámbito específico de la problemática de las drogas (consumo, abusos, consecuencias), como a nivel más general de estructura socio-demográfica del municipio, información sobre recursos, sobre la organización municipal...

Debe hacerse un esfuerzo por conocer, analizar e interpretar separadamente la siguiente información:

- Datos sociodemográficos y generales del municipio.
- El «problema» de las drogas en el municipio en qué consiste y cómo es definido y percibido por los ciudadanos.
- El uso y consumo de drogas en el municipio.
- El abuso de drogas.
- Los recursos de intervención en drogas existentes y su funcionamiento.

4.1. Información de nivel general

Los padrones y censos de población y vivienda, así como los censos de empresas, información sobre centros educativos, etc. proporcionan suficiente información para conocer los datos más relevantes de cualquier municipio.

Aunque cuanta mayor información manejemos sobre los aspectos sociales, demográficos, económicos... del municipio, mejor se podrá realizar la planificación, también la información tiene un límite.

Aquí se enumera la información que parece necesaria y suficiente para la elaboración del plan local de Drogas.

1. Datos sociodemográficos:

- Población total.
- Población por sexo.
- Estructura de edades por sexo.
- Variación de la población (crecimiento/decremento).
- Inmigración:
 - Número de inmigrantes y peso sobre el total de la población.
 - Origen de los inmigrantes.

2. Actividad económica:

- Tasa de paro (número de parados).

- Características por edad y sexo y tipo de paro (primer empleo, parados de larga duración...).
 - Tasa de actividad.
 - Sectores de actividad económica.
3. Recursos, organizaciones y organismos:
- ONG'S y asociaciones con relación con drogas que actúen en el municipio.
 - Centros educativos por niveles (número de alumnos y niveles).
 - Centros de servicios sociales por tipos.
 - Centros sanitarios.
 - Establecimientos culturales y de ocio.
 - Número de bares y cafeterías.
 - Número de discotecas y salas de baile.
4. Estructura municipal:
- Presupuestos municipales (desglosados).
 - Concejalías y competencias de las mismas.
 - Número de policías municipales.

Toda esta información debe de disponerse lo más actualizada posible y, en la medida de lo posible, para varios años o con indicación de las tendencias.

4.2. La situación del consumo de drogas y el problema de las drogas

Los estudios existentes tanto en el ámbito internacional como en el ámbito geográfico de los diferentes socios participantes en el proyecto permiten obtener una fotografía bastante completa de la **situación del consumo, y en parte del abuso**, tanto de drogas legales como ilegales.

Aquí vamos a resaltar los puntos más importantes tanto de la situación actual como de las tendencias existentes en los países socios de este proyecto.

El alcohol es sin duda la droga más consumida y más abusada pero las pautas de consumo han variado fuertemente en los últimos diez años:

1. Se ha reducido considerablemente el consumo diario de bebidas alcohólicas y ha aumentado el consumo de fin de semana debido principalmente, pero no sólo, al consumo de los jóvenes que se concentra en viernes, sábados y domingos.
2. Se ha adelantado la edad de inicio del consumo.
3. Las mujeres se han incorporado plenamente al consumo de bebidas alcohólicas, de modo que en los grupos etarios más jóvenes apenas hay diferencias por género.

4. Entre los jóvenes «cogerla» se ha convertido en una finalidad al beber. Esta pauta está mas clara en Europa que en América Latina.
5. En lo que respecta a la población de riesgo de adicción y dependencia conviene indicar que está compuesta mayoritariamente por varones adultos.
6. Por último, al igual que en otras drogas existe un porcentaje importante de no consumidores activos.

La segunda droga en importancia es sin duda el **tabaco**, aunque es aquí donde se ha producido una mayor contención:

1. La edad de inicio también se ha reducido y además los jóvenes consumen menos que las jóvenes.
2. El mayor consumo de tabaco se da entre 29 y 38 años para luego ir decayendo.
3. Aunque se inicia como consumo de fin de semana, se convierte luego en consumo diario o desaparece como tal.

El **cannabis** es la tercera droga en importancia con una tendencia en los últimos años al crecimiento del consumo, probablemente debido a un conjunto de factores como:

- La fácil disponibilidad.
- La atribución social de escaso riesgo al consumo.
- La escasa presencia en los programas preventivos.

Tranquilizantes y somníferos constituyen drogas con una prevalencia importante. Además, no son drogas de jóvenes sino más bien de adultos con predominio de mujeres. Mención aparte merecen las **drogas de síntesis (éxtasis por ejemplo)** que afectan sobre todo a la población joven ocupando un lugar importante en el ocio de la misma.

La **cocaína** es una sustancia en crecimiento, tanto en la experimentación como en el consumo, aunque el número de consumidores habituales es reducido en comparación a las tres drogas dominantes mencionadas antes.

Por último, la **heroína**,... tiene una presencia muy pequeña y, además, en retroceso.

Resulta claro que, como no podía ser de otro modo, el consumo masivo se produce en las drogas legales (alcohol y tabaco) y de un modo secundario en el cannabis, tranquilizantes...

Conviene destacar una serie de **características y tendencias del consumo de drogas** que resultan muy relevantes para el diseño de planes locales:

Primero:

La generalización del policonsumo aunque en alguno de los países socios no se produce. Es frecuente fumar tabaco y cannabis, o beber alcohol y fumar o incluso combinaciones de tres drogas.

Segundo:

La mujer ha continuado su proceso de incorporación plena a la sociedad, de modo que las jóvenes consumen más tabaco que los jóvenes y ya no se diferencian apenas de éstos en las pautas de consumo de bebidas alcohólicas. Existen todavía diferencias en el uso y abuso de otras sustancias como cocaína, heroína... que siguen siendo «cosa de hombres». Y sobre todo existen fuertes diferencias de género en las edades maduras y tardías en lo que respecta al uso y abuso de las drogas legales.

Tercero:

Tanto en el alcohol como en las demás drogas, las pautas de consumo de los jóvenes (y también, aunque en menor medida, de adultos), se concentran en el fin de semana con un consumo dirigido sobre todo a «colocarse», «emborracharse» o a «cogerla».

Cuarto:

Los programas y planes de intervención en drogas diseñados normalmente por los adultos, suelen tener como población destinataria los jóvenes, pero existe un grupo numeroso de adultos hombres con un consumo (más bien abuso) de bebidas alcohólicas y tabaco; asimismo, existe una población adulta, esencialmente mujeres, que abusan de los tranquilizantes y somníferos.

Quinto:

La **disponibilidad de las drogas**, es decir, la existencia y conocimiento de los lugares donde acceder a ellas es muy alta para la mayoría de las drogas.

Sexto:

Las **campañas de información** realizadas han conseguido probablemente un doble efecto:

- Reducir la alarma social ante las drogas al producir la sensación de que se está haciendo algo.
- Y que una amplia mayoría de la población se sienta suficientemente informada sobre las drogas.

Séptimo:

Aunque hay diferencias en los efectos de las diferentes drogas, en general, el **riesgo percibido asociado** al consumo de las mismas ha descendido; no así en lo que respecta al abuso.

El «problema» de las drogas viene definido socialmente y puede variar en el tiempo y en el espacio. La información existente lleva a la definición de un problema que tiene que ver, no tanto con el consumo, como con la falta de control en el mismo, las consecuencias individuales y sociales derivadas del consumo y del abuso, así como de los daños que se pueden derivar tanto del consumo como del abuso.

Esta delimitación tan general y abstracta del «problema» de las drogas puede tener traducciones concretas muy diferentes en municipios distintos.

En uno, por ejemplo, el «problema» puede ser las riñas y reyertas como consecuencia del consumo de drogas y/o los accidentes de tráfico; en otro puede ser las muertes por sobredosis o la inseguridad ciudadana creada por la existencia de un mercado local de drogas.

Cuál sea exactamente el «problema» en un municipio concreto debe ser conocido y analizado como piedra angular del plan municipal de drogas.

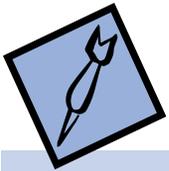
¿Qué información resulta útil y necesaria para diseñar un buen Plan?



Listado

1. Número de consumidores de las diferentes drogas legales e ilegales según grupos de edad y género.
2. Volumen y características de la población en riesgo.
3. Los problemas derivados del consumo y abuso de drogas: la realidad y la percepción de la comunidad.
4. Disponibilidad de drogas legales e ilegales.
5. Patrones del consumo de drogas y en especial características del consumo de fin de semana en el municipio.

Esta información debe permitir:



Punto clave

1. Delimitar la población destinataria de los diferentes programas y proyectos incluidos en el Plan de Drogas.
2. Delimitar las estrategias de intervención a utilizar en función de:
 - a) La definición de cual sea el problema
 - b) Las pautas de consumo y abuso
3. Priorizar las actuaciones para resolver determinados problemas o para actuar sobre determinadas poblaciones.
4. Estimar mejor el esfuerzo a realizar en función del volumen de la población destinatario y estimar por tanto mejor los costes de dichos esfuerzos.

4.3. Situación de la Intervención en drogas

Antes de elaborar el plan local en cada municipio es necesario conocer detalladamente:

- Qué intervenciones en drogas se han desarrollado en el pasado y cuáles están aún en funcionamiento.

- Cómo han funcionado o funcionan dichas intervenciones.
- Qué resultados han tenido.
- A qué sectores de la población van dirigidas dichas actuaciones, programas y proyectos.
- La estructura organizativa de coordinación y gestión o aplicación de dichos esfuerzos de intervención.
- La implicación en dichos esfuerzos de las diferentes áreas de actuación municipal.
- Los recursos materiales, técnicos y humanos destinados a dichos esfuerzos de intervención...

En resumen, hay que conocer y analizar detalladamente la situación de la intervención en drogas para poder realizar un diagnóstico de necesidades como punto de partida para la elaboración del plan local de drogas. Conviene recordar que además de toda la información reseñada debe conocerse el marco normativo-jurídico incluyendo los Planes estatales sobre drogas existentes.

INFORMACIÓN NECESARIA PARA ELABORAR EL PLAN LOCAL		
Información sobre el municipio y su población	Información sobre el consumo	Información sobre los recursos y la intervención en drogas
<p>1 Datos sociodemográficos</p> <p>Población por sexo y edades</p> <p>Variación de la población</p> <p>Datos de inmigración</p> <p>2 Actividad económica</p> <p>Paro</p> <p>Actividad</p> <p>3 Organizaciones y asociaciones</p> <p>ONG's y asociaciones</p> <p>Centros públicos</p> <p>Establecimientos culturales y de ocio</p>	<p>Número de consumidores y características</p> <p>Volumen y características de la población en riesgo</p> <p>Patrones de consumo y abuso</p> <p>Disponibilidad de drogas</p> <p>Definición del problema</p>	<p>Intervenciones sobre drogas desarrolladas (programas, proyectos, actuaciones...)</p> <p>Sectores de población destinatarios de las intervenciones</p> <p>Recursos materiales, técnicos y financieros edicados a la intervención de drogas</p> <p>Estructura organizativa de cordinación, gestión o aplicacion de los esfuerzos de intervención en drogas</p>

5 METAS Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN DROGAS

Tanto los Principios de las Naciones Unidas como la Estrategia Europea y otras estrategias nacionales muestran una serie de preocupaciones similares que pueden transformarse en objetivos generales de un plan local. La formulación concreta de tales objetivos generales, e incluso su transformación en objetivos específicos, puede y debe ser algo singular de cada municipio reflejando, de esta forma, sus características y condicionantes particulares así como la definición de cual sea «su problema de drogas».

Estas preocupaciones se articulan en torno a una serie de ejes, metas u objetivos generales:

1. La necesidad de coordinar los esfuerzos de intervención en drogas para lograr sinergias y evitar duplicaciones. Esta coordinación implica a su vez varios ejes:
 - Coordinación entre lo público y lo privado.
 - Coordinación horizontal entre concejalías o áreas temáticas de un municipio.
 - Coordinación vertical entre los diferentes niveles de Administración Pública (local, regional, estatal, supranacional).

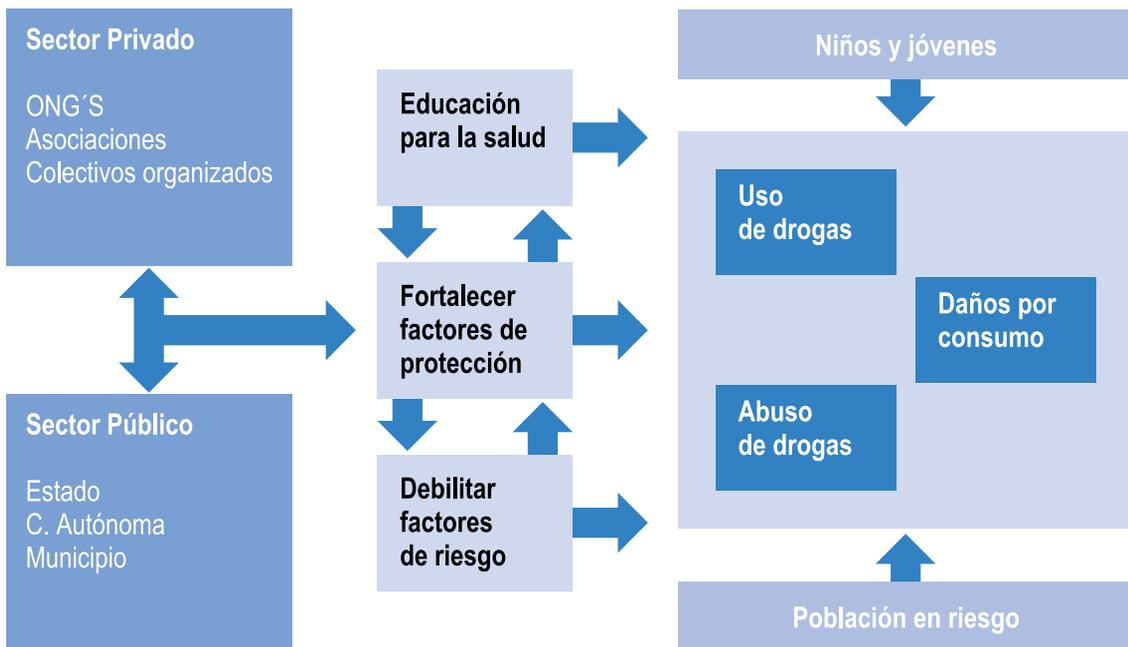
Esta preocupación debe dar lugar a objetivos de proceso en un plan municipal y a diseñar estructuras de coordinación que pueden ser Interadministrativas, es decir, integrar diferentes niveles de la Administración Pública.

2. La corresponsabilidad en la intervención sobre drogas de todos los actores sociales, organizaciones e instituciones públicas y privadas. Un paso más en la corresponsabilidad es la participación e implicación en la programación y aplicación de los planes de drogas, así como en la definición de cual sea «el problema» de drogas en el municipio. Esta preocupación, al igual que la anterior, puede resultar en objetivos del proceso y en estructuras de corresponsabilización y participación.
3. La prevención, como objetivo prioritario, tanto del abuso de drogas como de su uso y la toma de decisiones responsable del ciudadano dentro de la perspectiva de la educación para la salud.
4. Tratamiento global e integral de las drogas lo que implica:
 - Contemplar todas las drogas.
 - Incidir tanto en la prevención como en el tratamiento, reducción de daños y reincorporación social de los drogodependientes.
 - Intervenir en todas las fases del uso o abuso es decir desde el inicio del consumo hasta la reducción de daños y reincorporación social.

5. Dirigir los esfuerzos de la intervención en drogas hacia los niños y jóvenes principalmente y, también, hacia las poblaciones en riesgo sean de la edad que sean sin perjuicio de que existan también actuaciones dirigidas a la población en general.
6. Abordaje multidisciplinar de las intervenciones en drogas adoptando un enfoque biopsicosocial.
7. Intervenciones accesibles para los diferentes segmentos poblacionales afectados así como disponibilidad de recursos y alternativas distintos según necesidades (cárceles, trabajo de calle, centros educativos...).
8. Formar y lograr la participación de todos los sectores implicados y afectados: profesionales, padres, profesores, medios de comunicación, sociedad civil...

De hecho, estas preocupaciones o metas generales, en lo que se refiere a la prevención, se mueven en un esquema conceptual teórico cuasi-causal que establece hipótesis implícitas, condiciona claramente el camino que debe comprender la prevención y, a la vez que marca cómo deben ser las actuaciones/intervenciones, señala cómo deben fijarse los objetivos generales (no así los específicos).

Este marco conceptual, sin elaborar totalmente pues falta determinar relaciones (flechas) y probablemente faltan conceptos y variables, puede esquematizarse de la siguiente manera:



La traducción a metas u objetivos generales de este entramado conceptual puede ser muy dispar, según se quiera, en un plan con una limitación temporal concreta, hacer hincapié en una u otra preocupación



Ejemplo

En la ley de Cantabria 5/1997 se proporciona el marco general para la elaboración del Plan Regional de Drogas estableciéndose un objetivo general de proceso centrado en «la coordinación y ordenación del conjunto de actuaciones y actividades»:

«La ordenación general... del conjunto de actuaciones y actividades de las entidades públicas y privadas destinadas a la prevención del consumo de sustancias que puedan generar dependencias y a la asistencia e integración social de las personas de ellas dependientes.»

Asimismo, el Programa de prevención, asistencia y reinserción social en drogodependencias de la ciudad de Buenos Aires presenta los siguientes objetivos generales:

1. Asignar espacio-población de responsabilidad sanitaria y social a la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones (RMSA).
2. Desencadenar las programaciones locales propias, compartidas y participadas de la comunidad, de acuerdo a sus particularidades.
3. Incorporar modalidades no tradicionales en Prevención, Asistencia y Reinserción Social propiciando la solidaridad y el lazo social.
4. Mejorar la calidad de vida de la población beneficiaria del Programa residente en la ciudad de Buenos Aires.

Aunque es legítimo plantearse exclusivamente objetivos de proceso, un plan local de drogas de calidad debe incluir también objetivos de resultados, tal como lo hace el Programa de Buenos Aires; es más, el nivel local es el más propicio y adecuado para plantear objetivos específicos que se deduzcan obviamente de:

- Los objetivos generales,
- de la cantidad y calidad de los recursos de todo tipo existentes
- y del horizonte temporal del Plan.

La coordinación de recursos, instituciones y esfuerzos, la creación y mantenimiento en funcionamiento de estructuras organizativas, no sólo son objetivos legítimos sino condiciones necesarias para una buena intervención en drogas, pero no son suficientes por sí solos.

El papel de la Administración Local no es sólo la coordinación de los esfuerzos de intervención, en ese nivel de administración tan cercano al ciudadano, sino también la intervención comunitaria, es decir, la concreción de los esfuerzos de intervención en el municipio. Por ello, todo Plan Municipal de Drogas debe incluir necesariamente objetivos (generales y específicos) sobre:

- Coordinación de instituciones, organizaciones y,

- objetivos (generales y específicos) sobre resultados de la intervención (reducción de daños, reducir el uso, el abuso...).

Los Planes Locales pueden complementar estos objetivos generales con otros pero, sobre todo, deben centrarse en articular objetivos específicos a medio plazo (3/4 años dependiendo del alcance temporal del Plan).

La formulación de objetivos específicos tiene que ser coherente con:

- La estrategia de intervención elegida y,
- sobre todo, con la voluntad política existente.

Que éstos sean más o menos numerosos y más o menos ambiciosos, dependerá no sólo de la voluntad política, y de la magnitud y características del problema de las drogas en el municipio, sino también de los recursos disponibles tanto materiales y financieros como técnicos.



Ejemplo

Formulación de un objetivo específico

De los ejes, metas u objetivos generales 3 y 5, se pueden deducir algunos objetivos específicos, veamos dos en concreto:

- 2.1. Al finalizar el Plan en el 90% de los centros escolares de Primaria y Secundaria funcionará el programa X de prevención escolar.
- 2.2. Al finalizar el 2º año de puesta en marcha del Plan se contará con instrumentos de riesgo que se aplicarán de un modo generalizado en los centros escolares y los centros de servicios sociales.

6 ESTRATEGIAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INTERVENCIÓN EN DROGAS

6.1. Estrategias

Elaborar un plan local de Drogas implica adoptar una serie de decisiones sobre todas las dimensiones que conforman una estrategia para luego, en función de la misma, seleccionar (o elaborar) los programas y proyectos coherentes con dicha estrategia y diseñar y poner en marcha los dispositivos correspondientes.

Ahora bien, del mismo modo que los programas, proyectos y actuaciones en drogas a aplicar tienen que ser coherentes con la estrategia seleccionada, ésta tiene que ser coherente también con:

- Las necesidades y problemática del municipio.
- Los objetivos del Plan.
- Los recursos existentes (materiales, técnicos y financieros).

Tiene que ser también teóricamente correcta, es decir, estar sólidamente fundada en las teorías existentes sobre intervención en drogas tanto en atención como en prevención y en los resultados científicos de la investigación sobre consumo y abuso de drogas incluyendo la evaluación continua de dichas intervenciones.

Un abordaje global de las drogas requiere estrategias de:

- Reducción de la demanda.
- Reducción de la oferta.

En el caso de la **reducción de la demanda** de nuevo una estrategia global implica llevar a cabo intervenciones en:

- Prevención.
- Atención.
 - Tratamiento.
 - Reducción de daños.
 - Trabajo de calle.
 - Reincorporación social.

La prevención

Desde el punto de vista metodológico/técnico, la información que aparece sobre estrategias en el «Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas» (1999, páginas 23-27), precisa claramente cuáles son, en estos momentos, las estrategias teórica y metodológicamente justificadas.

El análisis de Nancy Tobler (1997) en el NIDA, clasifica las estrategias según estén basadas en:

- El conocimiento/información sobre las drogas y sus consecuencias.
- En la afectividad (autoestima...).
- Habilidades de rechazo.
- Habilidades genéricas.
- Habilidades de seguridad.
- Empleo del tiempo libre y ocio.

El Handbook de Prevención del Consejo de Europa lista estas estrategias:

- Factores de riesgo.
- Enfoque evolutivo.
- Modelos basados en la influencia social.
- Enfoque comunitario.
- Prevención enfocada a los centros escolares.
- Prevención en los medios de comunicación.

Dentro de éstas últimas, la clasificación del «*Center for Substance Abuse Prevention*» resulta ser una buena clasificación para las actuaciones preventivas municipales:



Listado

1. Diseminación de la información: informar sobre las drogas, extensión del consumo y sus efectos.
2. Educación: intervenciones formativas sobre habilidades sociales, toma de decisiones, habilidades de resistencia...
3. Alternativas: propiciar alternativas de empleo del tiempo libre.
4. Identificación de la población problemática consumidora y reducción de la misma.
5. Énfasis en la comunidad: dar recursos a la comunidad para que ésta realice actuaciones preventivas.
6. Actuaciones en el entorno comunitario: cambios en los estándares, normas y actitudes de la comunidad.
7. Factores de riesgo y de protección: identificarlos y actuar sobre ellos.
8. Enfoque evolutivo: prevención centrada en la línea evolutiva de la socialización primaria.

Todos estos enfoques posibles (los 8) tienen su basamento en teorías explicativas del uso y abuso de drogas, teorías normalmente de carácter psicossociológico. En los cuadros adjuntos se ofrecen esquemas de las teorías predominantes extractadas del libro «*La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela*», Universidad de Santiago de Compostela (1999).



La teoría de la acción razonada

La conducta (el uso o abuso de drogas) viene determinada por la **intención de conducta**. Esta a su vez depende de:

- las actitudes,
- las normas subjetivas
- y la importancia relativa de actitudes y normas.

Por su parte las **actitudes** dependen de:

- las creencias sobre consecuencias del consumo
- y el valor concedido a esas consecuencias.

Por último, las **normas** dependen de:

- las creencias sobre si los otros significativos quieren que sujeto consuma
- y la motivación para ajustarse a esas expectativas.

Referencia: Fishbein, M. y Azjen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior. Reading, MA: Addison-Wesley.



La teoría de Elliot, Huizinga y Ageton

Según esta teoría la **conducta desviada** (es decir, el uso y abuso de las drogas) depende de la asociación/implicación con amigos desviados (léase consumidores).

Esta asociación/implicación depende a su vez en este modelo de dos variables:

- desorganización social
- y débiles vínculos convencionales (con la familia, la escuela).

Por último, la debilidad de los vínculos convencionales depende de:

- la **tensión**,
- la **socialización inadecuada**
- y la **desorganización social**.

Referencia: Elliott, D.S., Huizinga, D. y Ageton, S.S. (1985). Explaining delinquency and drug use. Beverly Hills, California: Sage.



Socialización y consumo de drogas

En este modelo teórico el **consumo** depende de:

- la asociación/implicación con consumidores
- y el ajuste (realmente desajuste) escolar.

A su vez la asociación/implicación depende de:

- la permisividad familiar hacia las drogas,
- la identificación con la religión
- y el ajuste (desajuste) escolar.

Por último, estas tres variables dependen de la cohesión y fortaleza del medio familiar.

Referencia: Oetting, E.R. y Beauvais, F. (1987). Peer cluster stheory: Socialization characteristics and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 205-213.



Modelo del desarrollo social

La idea clave es la existencia de un camino prosocial y de otro antisocial que dependen de una serie de variables.

En el camino prosocial el desarrollo es el siguiente:

Las oportunidades percibidas para la interacción prosocial llevan a dicha interacción y a la implicación en actos prosociales que a su vez lleva a recompensas por dicha **implicación** lo cual refuerza el compromiso prosocial y las creencias en un **orden moral**. El reultado final es evitar la conducta antisocial (uso y abuso de drogas).

El **camino antisocial** a su vez va de las oportunidades para la interacción antisocial a la interacción e implicación antisocial, recompensas, compromiso y creencia en los valores antisociales. El resultado final es la conducta antisocial

Referencia: Hawkins, J.D. y Weis, J.G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.



La teoría del autorechazo

La **conducta desviada** (consumo de drogas) estaría directamente influenciada por la **implicación con amigos** desviados (consumidores) y ésta sería el resultado de una cadena causal que comienza en el rechazo en los grupos **convencionales** sigue en el autorrechazo, luego la exacerbación del «motivo de autoestima» y la búsqueda de alternativas desviadas.

Sólo la recuperación de la autoestima puede llevar a romper esta cadena causal.

Referencia: Kaplan, H.B. (1972). Toward a general theory of psychosocial deviance: The case of aggressive behavior. *Social Science and Medicine*, 6, 593-617.



Modelo secuencial de Kandel

Kandel propone un modelo secuencial de desarrollo del consumo que va de la cerveza y vino al tabaco y licores luego al cannabis y por último otras drogas ilegales (cocaína, heroína...).

A la vez propone una serie de factores que influyen en el desarrollo secuencial:

- la familia,
- el grupo de iguales,
- la personalidad
- y la implicación en actividades desviadas.

Referencia: Kandel, D.B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En D. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.



Teoría de la Conducta Problema

Los Jessor desarrollan una elaborada teoría de la conducta problemática en función de variables antecedentes y variables psicosociales.

Variables antecedentes:

- variables sociodemográficas:
 - educación padres,
 - estructura familiar,
 - afiliación religiosa de los padres.
- socialización:
 - ideología familiar,
 - clima familiar,
 - medios de comunicación.

Variables psicosociales:

- sistema de personalidad:
 - estructura motivacional (valores y expectativas),
 - estructura de creencias (de control, autoestima, alienación, inconformismo),
 - estructura personal de control (tolerancia a la desviación, religiosidad).
- sistema de ambiente percibido:
 - estructura distal (apoyo y control de padres y amigos),
 - estructura próxima (influencia padres, amigos y apoyo de ambos).

Referencia: Jessor, R. y Jessor, S. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. En D. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (Eds), Theories on drug abuse. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

La atención

La diversidad de consideraciones y filosofías sobre el consumo de drogas ha dado lugar a diferentes estrategias de intervención. Estas filosofías se han ido desarrollando casi consecutivamente en el tiempo y, aunque todavía conviven algunas de ellas, una breve revisión de las mismas permite ver la conceptualización y las respuestas que han dado al fenómeno de las drogodependencias, respuestas que han recorrido un largo camino que va desde el rechazo y la criminalización del adicto hasta el desarrollo del paradigma biopsicosocial, paradigma predominante en la actualidad y que permite abordar las drogodependencias en toda su complejidad. Según la OMS se distinguen hasta seis tipos de filosofías en el abordaje a las drogodependencias:

Modelo moralista, se considera al adicto como «vicioso» desde este modelo se propugnan respuestas coercitivas y punitivas. El adicto es totalmente responsable de su adicción, no se reconoce ningún factor externo o interno como responsable de la misma.

Modelo iluminativo, existencial y religioso, la curación se establece por medio de la ayuda de un poder superior. El adicto es responsable de la adquisición de su adicción pero no tanto de su abandono para lo que necesitará la ayuda de un ser superior.

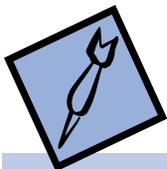
Modelo médico tradicional o biologicista, se considera que las razones de la adicción estriban en cuestiones relativas a la biología de la persona, cuestiones genéticas, metabólicas. Se considera al adicto como un enfermo y se plantean los tratamientos a través de terapias farmacológicas.

Modelo psicológico, considera la adicción como una conducta desviada o patológica que se establece a partir de la relación del sujeto con la sustancia.

Modelo sociocultural. Establece la dependencia como el resultado de procesos de socialización o de interacción con el ambiente, de la adaptación a determinados contextos o situaciones sociales.

Modelo biopsicosocial integrador o compensatorio. Actualmente este es el modelo imperante. Da cabida al sujeto y su adicción como resultado de numerosos determinantes biológicos, psicológicos y sociales que escapan del control del sujeto. Explica la drogodependencia como el resultado de un conjunto de factores de diversa etiología.

Las principales **orientaciones psicoterapéuticas** que se aplican en pacientes con trastornos por consumo y abuso de sustancias son las siguientes:



Punto clave

1. Terapia conductual:

- 1.1. Contratos o métodos de contingencia.
- 1.2. Tratamiento aversivo.
- 1.3. Prevención de respuestas a la exposición de estímulos.
- 1.4. Desensibilización sistemática.

2. Terapias cognitivo-conductual:

- 2.1. Prevención de recaídas.
- 2.2. Técnicas de autocontrol.
- 2.3. Entrenamiento en habilidades sociales.
- 2.4. Intervención motivacional.

3. Terapias interpersonales-psicodinámicas:

3.1. Psicoterapia de apoyo-expresiva.

4. Terapias de familia.

5. Terapias de grupo.

1. Terapia conductual

Kanfer y Saslow, en su obra «Behavioral Analysis» (1965), definen la evaluación conductual de la siguiente forma: «descripción del problema, factores que lo controlan y medios para modificarla». Estos autores son los precursores de la llamada Terapia de Conducta, que consiste principalmente en la «traducción» de un problema en categorías conductuales y en determinar cuáles son las variables que las mantienen, para así proponer alternativas eficaces.

La terapia conductual se fundamenta en los principios del aprendizaje; en la recompensa o castigo de las conductas deseables o indeseables que presentan los pacientes. Tiene como objetivo sustituir las conductas inadecuadas por otras más adaptadas. Pero esta terapia pretende ir más allá que la práctica de determinadas técnicas, propone un modo de entender a la persona y su conducta, dentro de un marco más amplio. Es por esto que en la actualidad la terapia conductual se impregna de la psicología cognitiva lo que le permite realizar un abordaje más amplio.

Dentro del marco teórico, metodológico y de actuación de las teorías conductuales hay una serie de estrategias concretas que se describen a continuación:

1.1. Contratos o métodos de contingencia

Basados en el condicionamiento operante, tratan de estimular el cambio de conductas negativas mediante la concesión de recompensas a los pacientes, cuando éstos cumplen los objetivos del tratamiento. En el caso en el que estos objetivos, no se alcancen o el paciente adopte conductas no deseadas, se emplean medidas punitivas.

Este tratamiento implica crear un contrato específico entre el paciente y el terapeuta respecto a conductas definidas para cada uno. El propósito de este contrato es aumentar la motivación del consumidor hacia la abstinencia. El contenido del contrato incluye premios, que suelen ser incentivos motivacionales, factibles de ser controlados por el terapeuta.

En la revisión de W.C. Miller (1995) sobre la eficacia de los diversos tratamientos en el alcoholismo, ésta es la técnica conductual que mayor eficacia demostró tener. Sin embargo, el problema principal que plantea es la ausencia de refuerzos tangibles, cuando se retira al paciente del programa, en muchos casos, los efectos de esta terapia no se mantienen a largo plazo ya que los refuerzos recibidos por familiares o de otros ámbitos no son lo suficientemente atractivos o gratificantes para el paciente, una vez que se está fuera del programa de rehabilitación.

1.2. Tratamiento aversivo

El principio básico que subyace a este tratamiento, es producir una aversión condicionada al deseo de consumir la droga. Esto se logra a través de diferentes procedimientos entre los que cabe destacar:

1. aversión mediante la provocación de una reacción adversa (nauseas) mediante el uso de una sustancia, como el Litio, la emetina y/o la apomorfina;
2. sensibilización encubierta que consiste en provocar reacciones adversas (nauseas) mediante imágenes u olores desagradables ante la presencia de la sustancia.

En definitiva, se trata de asociar el consumo de la droga con una experiencia desagradable.

La limitación más destacada es la corta duración del efecto de la droga administrada de forma controlada. Quizás por ello la revisión de los estudios científicos de este método terapéutico, revela resultados contradictorios.

1.3. Prevención de respuestas a la prevención de estímulos

Se basa en la teoría del condicionamiento clásico y en la teoría del aprendizaje social. Se trata de una técnica de desensibilización que consiste en disminuir el «craving» cuando el individuo se expone sistemáticamente a distintos estímulos (ambientes, personas, circunstancias) que anteriormente producían deseo de consumo.

Desde esta perspectiva conductual se ha desarrollado un programa pionero en el tratamiento del alcoholismo al que se denominó Aproximación de Refuerzo Comunitario (CRA). Consiste en proporcionar incentivos a los pacientes para lograr la abstinencia, mediante el aprovechamiento de recursos familiares, sociales y lúdicos. En el desarrollo metodológico del CRA se utilizan una combinación de estrategias, tales como el análisis funcional, pactar periodos de abstinencia, usar fármacos, establecer un plan terapéutico a largo plazo, incrementar los refuerzos positivos, entrenamiento en habilidades sociales e implicación de la familia.

En estudios comparativos con los tratamientos tradicionales se comprobó que el CRA era superior no sólo en las variables relacionadas con el consumo de alcohol (abstinencia) sino que los pacientes alcanzan mayor estabilidad social y laboral.

1.4. Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática fue desarrollada en la década de los 50 por el terapeuta conductual J. Wolpe, influenciado por los trabajos de E. Jacobson sobre relajación progresiva para inhibir niveles de ansiedad altos.

La desensibilización sistemática requiere tres condiciones:

1. Saber relajarse mediante la técnica de relajación progresiva.
2. Creación de una serie gradual de situaciones de práctica que producen ansiedad, a la que se llama «jerarquía». Las situaciones pueden practicarse en la imaginación (D.S. en la imaginación) o en la realidad (D.S. en la realidad).
3. Recorrer todas las situaciones previamente descritas de forma graduada, relajándose en cada una y dominándola antes de pasar a la siguiente.

El tratamiento consiste en exponer gradualmente al paciente a elementos críticos y situaciones concretas en ambiente de consumo. Estas exposiciones mentales, van desde el deseo de consumo hasta la consumación del hecho en sí. Las técnicas de relajación permiten combatir los sentimientos de ansiedad que se van generando cuando estas situaciones concretas de consumo son visualizadas mentalmente por el paciente. Al inicio se evocan imágenes relacionadas escasamente con el consumo, y si el paciente experimenta ansiedad, se le estimula a iniciar la respuesta de relajación o la respuesta alternativa. Si no se dan respuestas manifiestas de ansiedad, se presentan situaciones más concretas, hasta llegar a la visualización plena del hecho del consumo sin dar signos manifiestos de ansiedad.

2. Terapias cognitivo-conductual

Las terapias cognitivo-conductuales, engloban los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva.

En este momento se encuentra entre las mejor validadas por la comunidad científica para el tratamiento del abuso de sustancias. Esto se debe, en gran parte, a que se adaptan a las necesidades particulares de cada sujeto, lo que supone que se produzca una identificación fuerte del paciente con su programa de tratamiento, objetivos, y planificación. El uso de una metodología estructurada, permite realizar un seguimiento exhaustivo de la evolución y consecución de objetivos, y al paciente participar del proceso de cambio de su comportamiento. Por estas razones, las terapias cognitivo-conductuales, están consideradas como muy eficaces.

El abordaje de este enfoque se basa en:

- a) Modificación de los procesos cognitivos que dan lugar a conductas mal adaptadas.
- b) Intervenciones en la cadena conductual de fenómenos que conducen al consumo de la sustancia.
- c) Ayuda para resolver con éxito las situaciones de deseo agudo de consumo.
- d) Fomento y refuerzo del desarrollo de técnicas y conductas sociales compatibles con el mantenimiento de la evitación al consumo.

Se trata de intervenciones que analizan tanto los pensamientos como los comportamientos relacionados con el consumo. La finalidad de estas técnicas es la de modificar creencias y conductas por otras más adecuadas o adaptativas.

2.1. Prevención de recaídas

Esta estrategia propuesta por Marlatt y Gordon (1985), parte del principio de que la recaída es un proceso transitorio, no un fracaso terapéutico en la evolución de la enfermedad y empieza bastante antes de reiniciar el consumo. Se fundamenta en las teorías del aprendizaje social y el concepto de autoeficacia de Bandura.

Un aspecto central de esta estrategia es identificar cuáles son los factores de riesgo que pueden precipitar una recaída y las respuestas que el sujeto da a estas situaciones. Se estimula a los pacientes a considerar situaciones potenciales de recaída, en particular aquellas que activan el deseo de consumir drogas, y se le prepara para planear medidas exitosas que prevengan la recaída en tales situaciones y a exaltar su sentimiento de eficacia.

Es trabajo del paciente identificar todas aquellas situaciones claves que puedan incitar de nuevo el consumo, buscar conductas alternativas y diseñar un modelo de actuaciones que refuercen esas alternativas.

Las principales técnicas utilizadas son:

- Discusión de las ambivalencias del paciente.
- Identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo y consumo de sustancias.
- Revisión y desarrollo de habilidades y estrategias específicas para afrontar el estrés interno y externo.
- Exploración de la cadena de decisión que conduce a la reanudación del consumo de sustancias.
- Análisis de las consecuencias del consumo.
- Desarrollo de técnicas eficaces para la intervención precoz.

2.2. Técnicas de autocontrol

Se intenta que los pacientes aprendan a controlar el deseo de consumir y a manejar situaciones que puedan provocarlo. El fundamento de esta técnica es aprender a controlar la situación de estímulo tanto física como ambiental asociada al consumo de la sustancia, por lo que controlando la situación estimular que propicia el consumo, a la vez controlamos el consumo en sí.

En esta estrategia se incluye:

- Entrenamiento en conductas asertivas.
- Habilidades de autoobservación.
- Autoevaluación y autorrefuerzo/autocastigo.
- Discriminación de situaciones donde es más fácil controlar el consumo.

2.3. Entrenamiento en habilidades sociales

Con esta técnica se pretende dotar a los pacientes, mediante entrenamiento, de hábitos saludables y de estrategias de enfrentamiento a los problemas cotidianos de la vida. Al principio, el aprendizaje está destinado a controlar el consumo de drogas y una vez superada esta fase, el entrenamiento se amplía en conseguir habilidades interpersonales e intrapersonales relacionadas con otros aspectos de la vida.

La metodología de esta estrategia sigue un desarrollo muy concreto, que exige una participación muy activa. Al inicio de cada sesión se realiza una revisión de las tareas realizadas en casa y una valoración del estado actual; después se pasa a la explicación y desarrollo de un tema, los temas que se tratan pueden ser elegidos por los pacientes, pero hay determinados aspectos que se imparten de forma obligatoria. En el último tercio de sesión se realiza el aprendizaje de habilidades mediante la técnica de *role-playing*.

Se trabaja en:

- Asertividad, restaurando y mejorando las relaciones interpersonales.
- Identificación de situaciones de riesgo o factores precipitantes.

- Expresión de sentimientos y control de sentimientos dolorosos.
- Técnicas de comunicación positiva.
- Entrenamiento en el rechazo de sustancias.
- Se desarrollan conductas alternativas al consumo.

2.4. Intervención motivacional

Miller y Rollnick (1991), fueron los precursores de la intervención motivacional, definiendo la motivación como: «*un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar y se ve influido por múltiples factores, pero que lleva a aumentar la probabilidad de que una persona inicie, continúe, y se comprometa con una estrategia específica para el cambio*». El cambio, es directamente proporcional a la motivación invertida en el proceso terapéutico, siendo la «entrevista motivacional» la intervención diseñada para motivar a los pacientes al cambio.

Los elementos comunes de las terapias motivacionales (Ávila Escribano) son:

- **Dar Feed-back:** mostrar los resultados y ponerlos en relación con el consumo de alcohol, o bien reafirmar la favorable evolución.
- **Responsabilidad:** mostrar que es el paciente quien tiene que tomar la decisión de cambiar y debe elegir las posibilidades de intervención. Esto evita los abandonos.
- **Advertencia:** señalar los problemas y razones para el cambio y dar recomendaciones de cómo hacerlo; señalar los peligros y riesgos de la abstinencia y advertir al paciente de las consecuencias pero con optimismo; magnificar las excelencias del cambio.
- **Menú de posibilidades:** ofrecer varias alternativas para conseguir la abstinencia.
- **Empatía:** dar apoyo, atención, simpatía; todo lo contrario de confrontación, suspicacia, actitud directiva.
- **Autoeficacia:** mostrar optimismo sobre las posibilidades del cambio.

3. Terapias interpersonales-psicodinámicas

Este tipo de terapias intentan explicar las motivaciones inconscientes en las conductas del paciente, así como fijaciones y traumas que acontecieron en el desarrollo de su personalidad (S. Mendieta, 2003). Asimismo, se intenta promover mecanismos de defensa menos autodestructivos que el consumo de sustancias y se trabaja en aspectos psicodinámicos relacionados con la pérdida de control. Dentro de este grupo resalta la terapia de apoyo expresiva que ha producido resultados positivos en su adaptación al campo de las adicciones.

3.1. La psicoterapia de apoyo-expresiva

Este tipo de terapia esta basado en la creación de una relación terapéutica segura y de apoyo en la que se estimula a los pacientes a abordar los patrones negativos mantenidos en otras relaciones. Es, así mismo un tratamiento de orientación psicodinámica, que se fundamenta en una relación terapéutica dirigida, adaptada para individuos adictos a la heroína y a la cocaína. Según la guía «Principios de Tratamientos para la Drogadicción» elaborada por el NIDA, las terapias de apoyo-expresivas tienen dos componentes principales:

- Técnicas de apoyo para ayudar a los pacientes a sentirse cómodos cuando hablan de sus experiencias personales.
- Técnicas expresivas para ayudar a los pacientes a identificar y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales.

Se le presta atención especial al papel que desempeñan las drogas con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y a cómo se pueden resolver estas situaciones de conflicto con nuevas estrategias sin tener que recurrir a las drogas.

4. Terapias de familia

La premisa fundamental en este abordaje es que el consumo de drogas por parte de los pacientes puede ser inconscientemente apoyado por la familia del paciente. La recuperación puede ser sabotada para evitar un cambio en las relaciones familiares ya establecidas que permiten el funcionamiento normalizado y el desempeño de roles determinados dentro del ámbito familiar. El paciente puede tener una función organizadora del sistema familiar y favorecer el mantenimiento del mismo como unidad.

Por tanto, la intervención terapéutica ayuda a crear conciencia de la existencia de relaciones patológicas y establecer nuevas y saludables vías de comunicación y reestructuración de roles en la familia.

Dentro de las terapias familiares, existen dos líneas de actuación terapéutica: el abordaje sistémico estructural y el psicodinámico. La técnica **psicodinámica** ayuda a la familia a resolver sus problemas a través del análisis de sus relaciones familiares y de su significado dentro del funcionamiento familiar.

En la terapia **sistémica**, se elabora un esquema de la estructura familiar en cuanto al desempeño de roles, administración de poder, etc. La patología familiar vista desde este enfoque queda depositada en el paciente «identificado», que actúa como síntoma de las relaciones familiares.

Múltiples estudios muestran que es positiva la participación de la familia en el tratamiento; hay un mejor cumplimiento terapéutico, la evolución es más favorable y, en el seguimiento, las familias «abstinentes» funcionan mejor que las familias de los pacientes que han recaído.

5. Terapias de grupo

La terapia de grupo se refiere a una gran variedad de procedimientos terapéuticos de diferentes orientaciones psicológicas. Los pacientes se reúnen en grupos de cinco o diez personas con un terapeuta, en el grupo se tratan los problemas, vivencias y metas relacionadas con la conducta de adicción y posteriormente, se van ampliando a otros aspectos de relación, familiares, laborales. Se estimula la catarsis personal y el apoyo mutuo.

La terapia de grupo favorece la identificación mutua, la aceptación, el contacto con la realidad, pone en práctica la aceptación de normas y límites. La conducta del paciente es confrontada por los integrantes del grupo en un clima de respeto. La recuperación, como meta común, se comparte por todos los integrantes, dependen de sus propios recursos y se apoyan en sus semejantes como una vía para alcanzarla.

La finalidad de la terapia grupal consiste en abordar los aspectos disfuncionales y patológicos de los pacientes con problemas de adicción, en una experiencia grupal terapéutica. Este tipo de interven-

ción suele estar apoyada con asistencia médica, farmacológica y de rehabilitación, en paralelo al desarrollo del proceso terapéutico general.

6.2. Programas, proyectos y ámbitos de intervención

La prevención

En Prevención una estrategia específica hace uso normalmente de más de una estrategia teórica precisando otras dimensiones como ámbitos, población destinataria...

Por tanto, además de seleccionar una (o varias) estrategia teórica o metodológica hay que precisar:

- Los ámbitos de intervención.
- Los sectores de población y de edad.
- Los criterios de intervención.

Los ámbitos de intervención

En lo que respecta a los ámbitos de intervención en prevención ésta se puede hacer en:

1. Los centros educativos/escolares.
2. Las familias.
3. El mundo del trabajo.
4. Los medios de comunicación social.
5. La comunidad.

Sectores de población y de edad

No existe una clara identificación de los sectores de población ni de los de las etapas etarias que a veces se confunden con los ámbitos; pero dirigir los esfuerzos preventivos a un sector de población u otro, o a unas edades, puede hacer cambiar los programas o proyectos a desarrollar.

Una primera distinción por sectores de población puede hacerse entre:

- Población en riesgo de consumo o abuso de drogas.
- Población general.

Dirigir la prevención a la población en riesgo requiere, precisamente, instrumentos para identificarla y detectarla, es decir, instrumentos para detectar el riesgo.

Por otra parte cabe realizar otra distinción entre:

- Población destinataria última de la prevención.
- Población mediadora en la prevención.

En este último grupo cabe incluir a los profesores, padres y madres, educadores sociales y otros profesionales (policía municipal, profesionales de la salud...).

En lo que respecta a las edades tampoco existe una clasificación exacta utilizada universalmente. Sí existen categorías amplias de edad utilizadas al aplicar los programas y proyectos de prevención. Así, cabe establecer un primer grupo de edad que llegaría hasta la edad de inicio del consumo, aproximadamente hasta los 12 años (**infancia**).

Luego cabe hablar de la etapa de experimentación del consumo, que coincide con la **pubertad** (12-16/17 años); seguirá la **adolescencia y juventud**, en sentido también muy amplio de 16/17 hasta los 30 años, la edad madura de 30-55 años y luego ya la tercera edad.

Resulta difícil establecer los límites exactos, pero está claro que hay umbrales reconocidos importantes para la relación que se establece con las drogas:

- **La edad del inicio**, que aunque variable, se sitúa como media entorno a los 12/13 años.
- La etapa de **experimentación** (entre 12/13 años y 16/17 años).
- La etapa de **crystalización** de las pautas de consumo que coincide con la adolescencia.
- La etapa de juventud en que todavía no han cristalizado las vivencias y compromisos sociales (trabajo, familia...).
- La etapa de plenitud social y actividad.
- La etapa de declive y retiro.

Los criterios de intervención

La experiencia en prevención ha ido consolidando una serie de criterios de intervención que marcan cualquier estrategia que se adopte. Así, se suele incluir como criterios de intervención en prevención a los siguientes:

- La participación de la comunidad buscando la corresponsabilidad y la implicación a través de asociaciones, de mediadores, de ONG'S...
- La normalización de la prevención dentro de los diferentes ámbitos de actuación.
- Perspectiva preventiva integral y transversal que abarque todos los ámbitos y todas las perspectivas existentes.
- Coordinación vertical y horizontal entre las diferentes administraciones, los diferentes órganos y áreas de la administración, entre lo público y lo privado...
- Enmarcar las actuaciones preventivas dentro del campo de la educación sanitaria y para la salud y la creación de hábitos saludables.

Al ser criterios universalmente compartidos, parece claro que deben estar presentes en cualquier estrategia que se elija, pero conviene tener muy presente dos hechos importantes:

1. Se trata de criterios sobre procedimientos o procesos por lo que nunca deben tomar preeminencia sobre la propia prevención; la finalidad de la prevención no es la coordinación ni la participación. Si en casos concretos se consigue la prevención sin coordinación no pasa nada.
2. Estos criterios deben aplicarse en el ámbito nacional y regional pero puede que, en municipios específicos con una problemática de drogas muy específica, alguno o todos los criterios no tengan sentido.

Combinando ámbitos, edades, sectores de población, línea educativa y población en riesgo, una propuesta de líneas generales a desarrollar en programas y proyectos concretos sería la siguiente:

PRIMERA ETAPA

Hasta el inicio del consumo (12/13 años)

En estas edades y sectores de población en principio sólo es necesario actuar en dos ámbitos, puesto que es en ellos donde se desarrolla la vida de este sector de población:

- El centro escolar/la escuela
- y la familia.

Cabría pensar como complementario el ámbito comunitario.

El reto en esta etapa lo constituye el retrasar la edad de inicio del consumo y de la experimentación, así como lograr inculcar hábitos saludables.

Debe distinguirse la población en riesgo, definida por las características de las familias con problemas y en riesgo, del resto de la población.

En el caso de la población en riesgo, los esfuerzos preventivos deben centrarse con igual intensidad en el ámbito escolar y en la familia; en la población «no en riesgo», el centro de atención debe ser la escuela, eso sí, con participación de las familias en las actividades de prevención escolares.

En estas edades los temas claves son:

- Información adecuada sobre las drogas y sus consecuencias negativas.
- Potenciar la interiorización de los riesgos del consumo.
- Resaltar la importancia de la salud.
- Inculcar hábitos saludables.
- Potenciar alternativas saludables del tiempo de ocio.

SEGUNDA ETAPA

La edad de la experimentación (12/13 hasta 16/17 años)

Sin abandonar totalmente el ámbito familiar, que sigue siendo vital en el caso de población juvenil en riesgo, los ámbitos de actuación prioritarios en esta segunda etapa serán:

- El escolar,
- el comunitario
- y los medios de comunicación;

porque precisamente en esta etapa la familia pierde importancia como agente socializador.

Se deben elaborar instrumentos para detectar la población en riesgo y aprovechar la experiencia existente en la utilización de información fundamentalmente de servicios y organismos públicos:

- Multas y sanciones por consumo,
- casos detectados por los servicios sociales,
- programas especiales educativos (garantía social...).

El centro de los programas de prevención será:

- El desarrollo de la autonomía personal en la toma de decisiones de consumo.
- Desarrollo de la capacidad de resistencia ante las presiones grupales, de la publicidad...
- Aumento de la percepción del riesgo asociado al consumo y al abuso.
- Desarrollo de las normas sociales de autocontrol en el consumo.

TERCERA ETAPA

Etapa del consumo, cristalización de pautas de consumo (adolescencia 16/17 años – 29/30 años)

En esta etapa, el ámbito laboral empieza a ser relevante y el ámbito familiar pierde casi totalmente su relevancia. Es más importante en esta etapa la distinción entre población en riesgo y población general, así como la intensificación de los esfuerzos preventivos con la población en riesgo.

El énfasis de los esfuerzos preventivos seguirá siendo el mismo que en la etapa anterior: desarrollo de autonomía personal, de la capacidad de resistencia... pero se debe insistir mucho más en dos temas:

- Los riesgos del consumo y del abuso
- y el desarrollo de normas de autocontrol con el rechazo social al descontrol y al abuso.

CUARTA ETAPA

La etapa del consumo: los adultos (29/30 años en adelante)

Los ámbitos de actuación serán:

- Laboral,
- comunitario,
- familiar (familia propia)
- y medios de comunicación.

El énfasis preventivo se centrará sobre todo en la reducción de daños, potenciando la percepción del riesgo y la cristalización de las normas sobre el control en el consumo.

En esta etapa los programas de prevención con población en riesgo deben de tener también una importancia especial.

Una vez seleccionados los ámbitos y edades de intervención adecuados a la problemática municipal, a los recursos y a los objetivos del Plan de drogas, ésta debe traducirse en intervenciones preventivas.

Conviene distinguir entre intervenciones preventivas:

- Estructuradas y desarrolladas a lo largo del tiempo, es decir, programas y proyectos,
- y actuaciones puntuales sin duración en el tiempo ni repetición.

Aunque dentro de una estrategia determinada cabe plantear **actuaciones puntuales**, éstas no deberían constituir el grueso de la misma, sino que este papel debe reservarse a los programas y proyectos preventivos.

En el apartado 2 se planteó ya la diferencia entre **programas** y **proyectos** pero, ciertamente, en la literatura preventiva se habla sólo de programas y no de proyectos por la influencia del mundo anglosajón. Conviene, sin embargo, mantener la estructura de Plan, Programa, Proyecto, actuación que sirve de manera lógica para ordenar las intervenciones y los esfuerzos preventivos.

Alternativamente, cabría hablar de programas y subprogramas. Pero si se dispone de una serie de proyectos dirigidos al mismo sector de población/edades, es mejor agruparlos en un programa; o si tenemos proyectos destinados a diferentes sectores de la población pero con el mismo objetivo lógico, es conveniente recogerlos como un programa específico. Por ejemplo, un programa de Formación que tenga proyectos dirigidos a padres, educadores sociales, profesores, etc. El programa tiene unos objetivos generales formativos que deben especificarse en proyectos, según cada sector de población destinataria.

Teniendo en cuenta esta estructura lógica de ordenación, los programas y proyectos podrían quedar clasificados y estructurados de la siguiente manera en un ejemplo hipotético:

1. Programa de prevención en centros escolares

Se desarrollan proyectos adecuados para las distintas edades y niveles siguiendo la línea evolutiva y de riesgo:

- Proyecto de «En la Huerta con mis amigos».
- Proyecto de «Prevenir en colección».
- Proyecto de prevención de drogodependencias.

2. Programa de Formación en prevención

Proyectos específicos para:

- Policía local.
- Personal sanitario.
- Mediadores sociales.
- Asociaciones y ONG'S.
- Familias.
- Profesores...

3. Programa de Población en riesgo

- Proyectos específicos para la población en riesgo según tipología de riesgos y edad.

4. Programa Comunitario

- Proyectos específicos dirigidos a los medios a través de campañas y actuaciones de información centrados en el refuerzo de la norma de autocontrol en el consumo y de la percepción del riesgo.
- Proyectos de alternativas de empleo del tiempo libre (espacios de ocio, «Abierto al amanecer», equipamientos...).

5. Programa de Prevención en el ámbito laboral

- Proyectos según diferentes ámbitos.

6. Programa de Calidad en las actuaciones preventivas

- Proyecto de elaboración de mapas de riesgo y necesidades en prevención.
- Proyecto de formación y cualificación de técnicos de prevención.
- Proyecto de coordinación institucional.

Otra forma útil de **clasificar los programas preventivos** es considerar tres grandes grupos en función de sus estrategias globales:

- Los programas universales,
- los programas selectivos
- y los programas indicados.

Los **programas universales** se dirigen a la población general, o a amplios segmentos de la misma, y tienen como último objetivo de resultados prevenir o retrasar el inicio del consumo de drogas. Se asume que todas las personas que componen la población determinada tienen la misma probabilidad (o riesgo) de consumir drogas, y a ellos se dirige el programa sin distinción.

En este sentido, se han desarrollado programas universales para los centros escolares, para las familias y para la comunidad en general. Un ejemplo de programa dirigido a centros escolares es el de «Habilidades para la Vida» de Botvin y otro ejemplo de un programa comunitario es el «Midwestern Prevention Project (STAR)».

Los **programas selectivos** se dirigen a grupos de la población con mayor riesgo de consumo de drogas. Estos grupos pueden delimitarse en función de la edad, lugar o zona de residencia, características familiares, etc. El objetivo básico de estos programas selectivos es prevenir el consumo de drogas incidiendo en los factores de protección de las personas que pertenecen a estos grupos de riesgo.

En estos programas los profesionales que los aplican están especialmente cualificados, tienen que motivar a la participación en el programa a las personas del grupo de riesgo, la intervención es más intensa y con una mayor duración que en los programas universales y requiere un conocimiento previo tanto de los factores de riesgo como de los factores de protección.

Por último, los **programas indicados** tienen como objetivo individuos en riesgo porque consumen drogas y/o presentan problemas asociados con dicho consumo, sin llegar a la adicción. Los objetivos de estos programas suelen ser la reducción del consumo de sustancias, la frecuencia o la cantidad y los problemas asociados al mismo.

El primer paso en la aplicación de estos programas es la identificación de los individuos en riesgo a través de las conductas problemáticas asociadas (conducta antisocial, agresiva, fracaso escolar...) o del propio consumo de drogas.

La atención

Los criterios de atención

IGUALDAD Y UNIVERSALIDAD: Se atenderá a toda persona independientemente de su raza, sexo, edad, ideología o creencias. La atención ha de dar cobertura a toda la población que lo necesite.

GLOBALIDAD E INTEGRALIDAD: Se realizará un tratamiento integral (médico-psiquiátrico, psicológico, socio-educativo, etc.) de la persona y no sobre aspectos parciales de la misma, abarcando los distintos momentos del proceso de tratamiento.

MULTIDISCIPLINAREIDAD: Los equipos de atención tienen que ser multidisciplinarios. El carácter multidisciplinar permite enfocar los tratamientos desde diferentes perspectivas: médica, psicológica, social, jurídica, laboral, formativa. En definitiva hacer un abordaje global.

INDIVIDUALIZACIÓN: El programa de tratamiento será individualizado y se adaptará a las necesidades de cada paciente y de su familia. El trabajo con la familia se considera de gran importancia en el caso de las adicciones y por tanto la familia será atendida de manera individualizada al igual que el paciente.

FLEXIBILIDAD: Los tratamientos tienen que ajustarse a las necesidades particulares de cada paciente. Esto no significa el abandono de los objetivos o criterios terapéuticos, sino una diversidad de estrategias de intervención asistencial y terapéutica capaz de ajustarse a cada situación particular.

DISPONIBILIDAD: Una vez que el paciente se ha puesto en contacto con los centros de tratamiento, es necesario dar respuesta inmediata a las necesidades, los recursos deben estar disponibles.

COMPLEMENTARIEDAD: En los servicios que se presten han de convivir tanto los programas dirigidos a la abstinencia como los de reducción de riesgos y daños. Paliar los daños y reducir las causas del malestar. Se abordan todas las posibilidades de intervención desde antes del inicio en la adicción hasta paliar los daños asociados.

NORMALIZACIÓN E INTEGRACIÓN: Los programas de intervención son un escalón en el proceso de tratamiento cuyo objetivo final es la incorporación en el medio social de procedencia.

COORDINACIÓN: Para la consecución de los objetivos se actúa en coordinación con cuantas instituciones públicas o privadas sea necesario, estén o no dentro de la Red de Asistencia al Drogodependiente (Centros de Salud, de Servicios Sociales, Asociaciones, etc.).

PARTICIPACIÓN: Promover la participación de todas aquellas instituciones privadas, colectivos, asociaciones y particulares que deseen trabajar en este tema siendo conscientes de que se trata de una tarea que sólo entre todos es posible llevar a cabo.

CORRESPONSABILIDAD SOCIAL Y PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS CIUDADANOS: Se consideran principios básicos sobre los que debe fundamentarse la intervención en este campo. En este sentido el papel de los medios de comunicación se considera clave.

INVESTIGACIÓN, EVALUACIÓN y CALIDAD: Las actuaciones que se desarrollen estarán basadas en la evidencia empírica así como en los resultados de las evaluaciones que se hagan con los programas. Para ellos se potenciara la realización de investigaciones dentro de los profesionales de la red, la realización de sesiones clínicas, la participación en congresos

Las **áreas de actuación** en las que se desarrollan los programas de atención son:

- Tratamiento.
- Reducción de daños.
- Trabajo de calle (*outreach work*).
- Reintegración Social.

Tratamiento

Dentro del tratamiento se distinguen dos modalidades principales: los programas libres de drogas y los de sustitución.

1. Los programas libres de drogas

El objetivo principal es lograr que el sujeto abandone los consumos de las drogas y rompa su relación de dependencia ya sea a una o varias sustancias, lo que quedará determinado en función de su perfil de consumidor. Los programas de atención comenzaron teniendo estos objetivos finalistas en los que se busca la abstinencia y la reinserción o integración social del sujeto.

Estos programas se estructuran en las siguientes **fases**:

- **Desintoxicación.** Se centra en superar el síndrome de abstinencia, para ello en la actualidad se utilizan diferentes terapias farmacológicas. Esta fase dura unos 10 o 15 días.
- **Deshabitación.** Se concreta en ayudar al drogodependiente a mantener su abstinencia y superar su dependencia, para ello se trabajan fundamentalmente aspectos psicológicos y sociales. Se trata de dotar a la persona de capacidades y recursos personales que le permitan enfrentar su situación.
- **Integración social** (inserción o reinserción social), se constituye como la última fase del tratamiento en la cual las actuaciones terapéuticas ponen énfasis en las capacidades de vivir en sociedad de una manera productiva. No obstante la integración social se trabaja desde el inicio aunque cobra mayor importancia una vez se han ido superando las etapas anteriores de dependencia física y de desarrollo de capacidades personales.

Los **objetivos** de estos programas, aunque centrados en conseguir la abstinencia y la integración social son múltiples y obedecen a las distintas áreas en las que se define la etiología de las drogodependencias.

Los objetivos más frecuentes de estos programas se pueden agrupar en las siguientes categorías:

1. Con relación al consumo de drogas: Conseguir la desintoxicación, la deshabitación, haciendo especial hincapié en la prevención de recaídas.
2. Con relación al desarrollo físico y personal: Educar en hábitos saludables en cuanto salud e higiene, conductas sexuales seguras, etc. dotar a los usuarios de un repertorio de estrategias

y habilidades sociales que favorezcan el cambio de conductas desadaptativas y adquisición de nuevos valores y aprendizajes funcionales.

3. En cuanto al área social: Identificar los problemas sociales y familiares asociados al consumo de drogas. Potenciar una red de relaciones sociales, desvinculadas del consumo de sustancias. Informar a cerca de la red de servicios sociales y asistenciales en diversos ámbitos de necesidades.
4. En cuanto al ámbito formativo-ocupacional: Cubrir las carencias existentes en los diferentes ámbitos sociales: educativo-formativo, laborales. Promover capacidades relacionadas con la formación profesional y ocupacional que favorezca la inserción dentro del mundo laboral. Diseñar un plan de actividades de ocio saludables, alternativas al consumo de drogas.

Las **actividades** que se incluyen dentro de los programas libres de drogas son las siguientes:

- Control del proceso de desintoxicación que certifique la evolución del drogodependiente hacia la abstinencia.
- Intervenciones individuales y grupales con los pacientes desde diferentes enfoques médico, social, psicológico, educativo y ocupacional, para poder dar un tratamiento de cobertura integral.
- Intervenciones individuales y grupales con los familiares de los usuarios, para lograr una mayor implicación dentro del proceso de recuperación del paciente.

2. Programas con sustitutivos

Son muchos los casos en que la situación personal, de salud o laboral del paciente, no permiten el abandono del consumo de drogas de forma radical. Los programas con sustitutivos, plantean una intervención a través de objetivos intermedios en los que se ofrece una serie de actuaciones de apoyo que refuerzan el abandono progresivo y controlado del consumo de drogas.

La justificación metodológica de este tipo de intervenciones parte de dos ideas principales:

- La abstinencia plena puede no ser viable en un momento determinado, pero si el paciente está motivado al cambio, desde los servicios asistenciales se pueden diseñar una serie de objetivos intermedios que faciliten el camino hacia la abstinencia.
- En los casos en los que la desintoxicación es imposible, se deben poner en marcha acciones o medidas que promuevan la mejora en la calidad de vida, reduciendo y controlando las situaciones de riesgo y problemas ocasionados por el consumo de drogas.

Bajo esta línea metodológica de intervención encontramos dos tipos de programas:

1. Programas de mantenimiento con fármacos.
En estos programas se administran sustancias psicoactivas bajo supervisión médica (metadona, naltrexona, cocaína, heroína, LAAM, etc.). La administración de estas sustancias se hace como sustitución o complementaria en algunos casos a la sustancia que el drogodependiente consumía anteriormente. El consumo, se hace de forma controlada por el equipo profesional del programa de mantenimiento, evitando así las conductas de riesgo de contagios. Además, se establece una relación entre el drogodependiente y los servicios sociales o sanitarios, permitiendo así el acceso al paciente para una posible intervención más amplia posteriormente.

2. Programas de reducción del daño.

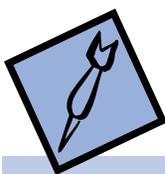
En muchas ocasiones se constata el hecho de que muchos drogodependientes no se plantean abandonar el consumo de drogas. Sin embargo, de esta negativa, se derivan problemas colaterales que atañen a los propios consumidores, a terceros y que incluso se extienden a la sociedad en general. Las actuaciones de este tipo de programas se centran básicamente, por un lado en mejorar las condiciones higiénicas en las que se dan estos consumos y por otra dar solución a aquellos problemas de salud y enfermedades que están asociadas al consumo de sustancias.

Los **objetivos** que se plantean desde los programas sustitutivos son los siguiente:

- Conseguir la reducción de los daños sociales y personales: fomento de pautas de consumo sin riesgo, evitando así la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas, y de reducción de la conducta delictiva.
- Evitar la marginalidad y aislamiento social derivados de las situaciones de consumo: accesibilidad a los servicios sociales y de asistencia, para por un lado dar cobertura a determinadas necesidades básicas (alojamiento, salud, manutención...), y por otro facilitar la incorporación a los tratamientos.
- Identificar y diseñar un plan de intervención que de cobertura a las necesidades específicas de cada paciente.

Las **actividades** que se desarrollan en este tipo de programas son:

- Proporcionar información a cerca de las conductas de riesgo y los problemas que van asociados a ellas.
- Intercambio de jeringuillas y distribución o reparto de preservativos.
- Detección de patologías y necesidades básicas y derivación a los servicios sanitarios y sociales.



Punto clave

Guía de reducción de riesgos y daños

Con la colaboración de todos los miembros del proyecto común B:B1-P1-02, del Programa URB-AL, se ha confeccionado una guía que recoge los criterios mínimos comunes para la creación de recursos, programas y actividades destinados a consumidores de drogas (basados en la reducción de daños y/o riesgos).

Reducción de daños

Debido a la importancia que las estrategias de reducción del daño están cobrando en los últimos años y a su enfoque transversal que impregna las actuaciones en prevención y asistencia y las polí-

ticas nacionales de numerosos países, ésta aparece como una estrategia en si misma pero también aparece dentro del tratamiento.

Los programas de reducción del daño aparecen para atender los usos problemáticos de drogas que no sean evitables y que vayan a generar daños en la población consumidora, a terceros y en la propia sociedad. Son medidas que se preocupan por contrarrestar los efectos negativos que se desprenden del consumo sin que en ningún momento el objetivo inmediato sea que el consumo no se produzca.

La estrategia de reducción del daño consiste en un conjunto de medidas tendentes a reducir al mínimo los daños de la salud causados por las drogas, reducir las muertes y atenuar las alteraciones del orden. Estas medidas se han convertido en parte integrante de muchas estrategias nacionales y en una clara prioridad de las políticas en casi todos los países.

Los programas en los que se concretan estas medidas son principalmente: los de intercambio de jeringuillas, programas de sexo seguro, kits antisida, iniciativas de acercamiento al medio en el que se desenvuelven los toxicómanos, los servicios de bajo umbral, la vacunación, atención médica básica, educación sobre seguridad de uso, atención a emergencias de sobredosis, cursos de primeros auxilios para consumidores de drogas o salas de consumo vigiladas.

Los objetivos de reducción de riesgos y daños se fundamentan en un abordaje pragmático y no moralista orientado a obtener resultados a medio y largo plazo que lleva a incorporar principios de actuación destinados a disminuir los riesgos derivados del consumo y a paliar los daños que este produce no sólo en los drogodependientes sino también en su entorno.

Trabajo de calle (Outreach work)

El *Outreach work*, o «trabajo de calle» es una actuación que comenzó en los años 60 para trabajar con grupos de jóvenes marginados y tras la aparición del VIH/SIDA se ha empezado a utilizar con drogodependientes, fundamentalmente para localizar poblaciones ocultas que no acuden a los centros de tratamiento. Se trata, por tanto de un trabajo de intervención directa con poblaciones de drogodependientes sumergidas a los que los servicios asistenciales no tiene acceso.

Los objetivos de intervención general en el *outreach work* son los siguientes:

- Identificar y contactar con la población diana.
- Referir esta población a los servicios sanitarios y asistenciales. Informar a la población a cerca de los servicios que tienen a su disposición.
- Iniciar actividades de prevención y de reducción de la demanda.
- Promover actividades de reducción del daño, evitando conductas de riesgo (sexo y consumos seguros).

Hay un quinto objetivo emergente que se centra en analizar las percepciones y necesidades de los usuarios de drogas para trasladarlas a los servicios de atención a fin de que estos puedan adecuar mejor su atención.

Así mismo, la coordinación de todas las intervenciones sanitarias y psicosociales se considera una cuestión prioritaria dentro de esta área.

Es importante destacar que los equipos de intervención están integrados por profesionales, voluntarios y grupos de iguales. El trabajo de voluntarios y grupos de iguales, es crucial en estas intervenciones, ya que son los que establecen y mantienen un contacto directo con los drogodependientes, pudiendo reportar información de primera mano a cerca de su situación real. Se trata por tanto de trabajo de calle, cuyo objetivo es acceder e identificar poblaciones de consumidores no detectadas por los servicios asistenciales.

Reinserción social

La integración, inserción o reincorporación social del paciente se distingue como una de las fases finales del tratamiento. Supone un conjunto de técnicas destinadas a facilitar la incorporación del adicto al medio social.

Los términos integración o reintegración social son todavía debatidos entre los profesionales, ya que no se ha llegado a un consenso entre, si previamente a la drogodependencia era una persona integrada y por tanto el tratamiento tiene como objetivo reintegrarle, o si se trata de integrarle por haber estado de antemano al margen de la sociedad.

La reintegración social se define como: *Los esfuerzos de integración que se hacen en la comunidad como el último escalón en el proceso de tratamiento.* Esta definición implica que el primer contacto entre los drogadictos y los servicios de tratamiento e integración no se considera como integración social ya que no es la última fase en el proceso asistencial.

Hay otras perspectivas que consideran la integración social como una fase del tratamiento que se da desde el comienzo del mismo cobrando mayor fuerza al final. La situación social del drogodependiente es considerada desde un primer momento, desde la valoración y el diagnóstico inicial, y las actuaciones comienzan en las primeras etapas. Lo que resulta evidente es que para la integración social se utilizan una serie de recursos propios ya sean estos específicos como los pisos de inserción, las redes laborales protegidas, los centros de día o los cursos de capacitación e inespecíficos, en los que se hace participar al adicto de los recursos propios de la comunidad ya sea en centros formativos, asociaciones o centros culturales y recreativos.

En definitiva cuando se habla de integración social se hace referencia a un conjunto de procesos dirigidos a la socialización y capacitación de los sujetos en el sentido que les permitan participar activamente en su comunidad desde una posición de plena autonomía personal. En la integración social de los drogodependientes se pueden distinguir **dos líneas de actuación**, las que recaen sobre el drogodependiente y las que recaen sobre la propia sociedad que tienen que favorecer los procesos de entrada en la comunidad.

Podríamos considerar una serie de **criterios básicos** a la hora de diseñar programas en este área:

- Las actuaciones y programas tienen que ser flexibles, es decir personalizados, se diseñarán desde el principio del tratamiento y en conjunto con la persona.
- Los objetivos de los programas abarcan un amplio abanico que van desde procurar una mejora en las condiciones de vida y en el padecimiento del sujeto hasta objetivos maximalistas de incorporación total.

- Se utilizarán tanto recursos normalizados como recursos específicos atendiendo a las necesidades de cada individuo.
- Los programas tienen que estar adaptados a las características del entorno teniendo en cuenta la realidad social y local.
- El diseño de estas actuaciones exige una intervención sobre el medio social para coordinar los recursos existentes y para conseguir la participación de la comunidad en este tipo de programas.
- Deben situarse principalmente en el ámbito local y será necesario desarrollar la coordinación entre los distintos recursos, ONG's y entidades implicadas que tengan un papel que desarrollar.

Los **objetivos** de estos programas se centran en conseguir la inclusión de los drogodependientes en actividades productivas ya sean formativas y/o laborales y a favorecer la utilización normalizada de los servicios sociales. También es relevante el desarrollo del área relacional, las relaciones sociales normalizadas e integradas, el uso adecuado del ocio y tiempo libre y la resolución de los problemas judiciales.

Las **áreas** que habitualmente se trabajan en esta fase son:

- Área relacional y socioeducativa.
- Formativo laboral.
- Lúdico recreativa.
- Jurídica.



Ejemplo

El **Programa de prevención, asistencia y reinserción social en drogodependencias de la ciudad de Buenos Aires** plantea las siguientes actividades de reinserción social:

- Promover y trabajar la problemática de la reinserción social durante el tratamiento, con la implementación de talleres con posible salida laboral.
- Acuerdos y convenios con empresas privadas, articular con Proyecto Joven, del Ministerio de Economía, estimular microemprendimientos con entidades comunitarias, Capacitación en Programas Universitarios, etc.

6.3. Recursos y dispositivos de Atención

La aplicación de los distintos tipos de programas y actuaciones se hace a través de diferentes dispositivos de atención que a menudo conforman redes en las que se pueden realizar diferentes itinerarios.

rios terapéuticos. Los dispositivos de atención específicos más comunes e implantados dependen del tipo de asistencia que puede ser:

- Ambulatoria.
- Semirresidencial.
- Residencial.

Ambulatoria

- **Centros de atención**, estos centros realizan diversos tipos de programas, tanto libres de drogas como de mantenimiento. Se trata de mantener al sujeto en su entorno. En numerosas redes de atención son la puerta de entrada al proceso asistencial. En estos centros se hace la valoración y el diagnóstico del paciente para derivarlo a los programas que se consideren más convenientes, que pueden estar dentro o fuera del centro. A menudo funcionan como centros referenciales del proceso asistencial de cada paciente.
- **Unidades móviles**, facilitan la labor de acercamiento de los recursos de tratamiento a los usuarios de drogas. Se trata de dispositivos que se dirigen a usuarios con programas de mantenimiento de baja exigencia. Realizan actividades de reducción del daño, como dispensación de jeringuillas, kits antisida, educación sanitaria, información sobre recursos...

Semirresidencial

- **Centros de día**. Son dispositivos en los que se ofrece la posibilidad de realizar actividades durante el día. Los pacientes no se quedan a dormir. Suelen ofrecer actividades terapéuticas y ocupacionales dirigidas a la deshabituación y a la rehabilitación.

Residencial

- **Comunidades terapéuticas**, Son dispositivos que realizan el tratamiento en régimen residencial. Se genera un medio controlado y protector donde el paciente pueda trabajar aspectos relacionados con su rehabilitación.
- **Unidades de desintoxicación hospitalaria**, se trata de hacer la desintoxicación dentro del ámbito hospitalario.
- **Pisos de integración social**, son pisos tutelados cuya finalidad es apoyar la integración social de los drogodependientes.

Otros

Con el desarrollo de las estrategias de reducción del daño y de trabajo de calle se han desarrollado otro tipo de dispositivos que dan cobertura a las necesidades de los adictos. Entre estos dispositivos cabe destacar:

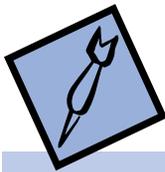
- **Los centros de venopunción**, son servicios, todavía escasos, que se abren en las zonas donde hay adictos, cuentan con un equipo fundamentalmente sanitario, a veces puede haber trabajadores sociales y su objetivo es que el adicto no tenga que consumir la droga, pincharse, en la calle. Así mismo se le ofrecen cuidados médicos e información sobre cómo cuidar su salud y sobre los recursos a los que puede acudir.

7 ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS Y RECURSOS DEL PLAN LOCAL

El talón de Aquiles de los Planes locales de intervención en drogas, y de hecho de cualquier Plan sobre drogas, incluidos los estatales, es la carencia de recursos de todo tipo:

- Materiales,
- técnicos
- y financieros.

Es evidente que sin ningún recurso, no puede ni ejecutarse ni plantearse la elaboración de un Plan Municipal de Drogas. Pero también debe señalarse que nunca se dispone de todos los recursos que se querrían tener y que, a veces, existen recursos pero no se utilizan porque no se conocen.



Punto clave

Las tres ideas clave en un Plan Municipal son:

1. Diseñar **estructuras de coordinación** adecuadas, puesto que en el ámbito local uno de los puntos clave es la coordinación de los esfuerzos existentes para evitar solapamientos y duplicaciones y lograr sinergias encauzando dichos esfuerzos hacia el cumplimiento de los objetivos del Plan.
2. Diseñar también estructuras de **movilización y participación** de la comunidad puesto que la mayoría de los programas, proyectos y actuaciones sobre drogas requieren la implicación y la corresponsabilidad de la comunidad, que en este sentido se transforma en un recurso.
3. Adaptar el esfuerzo de intervención previsto en el Plan (metas, estrategias, programas y proyectos) a los **recursos disponibles** programando y jerarquizando los objetivos a conseguir.

7.1. Recursos disponibles

Para centrar el Plan conviene realizar un análisis completo y exhaustivo de todos los recursos disponibles. A continuación se incluye una guía-lista que puede servir para realizar dicho análisis.

1. Recursos financieros

- 1.1. Presupuesto municipal.
- 1.2. Subvenciones, ayudas y convocatorias de:
 - Entidades regionales.
 - Estado.
 - Organismos internacionales o supranacionales.
 - Fundaciones Privadas.

2. Recursos humanos

- 2.1. Específicos: personal dedicado a intervenir en drogas.
- 2.2. Afines y/o complementarios:
 - Personal de Servicios Sociales, Sanidad y Educación.
 - Personal técnico del ámbito local.
 - Personal técnico de otros ámbitos que no sean el local.
 - Asociaciones y organizaciones.
 - Profesorado.
 - Familias.
 - Mediadores.

3. Recursos materiales

- 3.1. Centros y equipamiento.
 - 3.1.1. Equipamiento educativo:
 - Centros de Educación Infantil, EGB/Primaria, BUP y COU/Secundaria y Formación Profesional.
 - Centros de Educación Especial.
 - Centros de Educación de Adultos.
 - Centros de Enseñanza de Música.
 - Centros de Educación Compensatoria.
 - Centros de Otras enseñanzas.
 - 3.1.2. Equipamiento sanitario:
 - Consultorios locales.
 - Centros de Salud.
 - Hospitales.
 - Ambulatorios/Centros de Salud Especial.
 - Programas Sanitarios Específicos.
 - Centros Cruz Roja.
 - 3.1.3. Equipamiento deportivo:
 - Polideportivos.
 - Pistas polideportivas.
 - Pistas de tenis.

- Frontones.
 - Campos de fútbol.
 - Piscinas.
 - Salas/pabellones deportivos cubiertos.
 - Gimnasios.
 - Espacios deportivos en Centros Escolares.
 - Otros (campo de petanca, patinódromo, campamento náutico...).
- 3.1.4. Equipamiento cultural:
- Centros culturales.
 - Centros de juventud.
 - Museos.
 - Bibliotecas.
 - Salas multiuso.
 - Centros de lectura.
 - Aulas culturales.
 - Talleres.
 - Teatros.
 - Otros (ludoteca, Universidad Popular...).
- 3.1.5. Equipamiento de espectáculos y ocio:
- Cines.
 - Plazas de toros.
 - Campings.
 - Granjas escuela.
 - Casas de alquiler.
 - Albergues.
- 3.1.6. Equipamiento de Bienestar Social:
- Centros de Servicios Sociales.
 - Centros de la Tercera Edad.
 - Residencias de Ancianos.
 - Centros de tratamiento y rehabilitación.
 - Residencias de minusválidos.
 - Otras residencias.
 - Otros (Centros de prevención de marginación, Centro Asesor Mujer...).
- 3.2. Materiales de intervención en drogas.
- 3.2.1. Programas disponibles en diferentes ámbitos(nacionales e internacionales).
- 3.2.2. Materiales de intervención en drogas.

Habría que añadir aquí los recursos técnicos:

- Recursos de formación y asesoramiento técnico.
- Bases de datos y de información.

Pero estos dos tipos de recursos son más importantes para la elaboración del Plan que para la ejecución del mismo, sobre todo los segundos.

Con todo, al ser importantes, en el Anexo 3 se ofrece un análisis de las Webs más interesantes en el campo de la intervención en drogas que pueden ofrecer información sobre:

- Recursos financieros,
- asesoramiento técnico,
- materiales de intervención,
- programas y proyectos
- y todo tipo de asesoramiento para aplicar el Plan o elaborarlo.

7.2. Estructuras organizativas

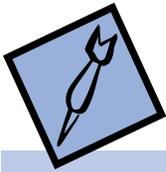
Qué tipo de estructuras de coordinación y movilización adoptar en cada municipio, depende de muchos factores. Así, un Plan Municipal puede estructurarse en torno a cuatro órganos:

- La **Comisión Técnica para el Plan** se encarga de diseñar los programas, y establecer y coordinar actuaciones con otras administraciones. La forman los trabajadores de los servicios municipales con competencias sobre drogas y representantes de otras administraciones.
- El **Consejo sectorial para el Plan** tiene un carácter consultivo de aportar información y propuestas y está formado por sectores profesionales de distintas administraciones y de las ONG'S y asociaciones.
- La **Comisión Informativa de Sanidad y Servicios Sociales** que realiza el seguimiento del Plan y está formada por trabajadores de esta concejalía.
- Por último, un **coordinador del Plan** como órgano unipersonal adscrito a la concejalía de Sanidad y Servicios Sociales cuya misión es coordinar e impulsar las actuaciones previstas en el Plan.

Mientras que otro puede organizarse tan solo sobre dos estructuras organizativas:

- Un concejal responsable del Plan del que dependen un coordinador técnico y una oficina técnica para el desarrollo del Plan.
- Una Mesa consultiva en la que se da cabida a la iniciativa social (asociaciones, profesionales) pero también a otros órganos municipales y concejalías con reuniones cada dos meses y funciones informativas y de propuesta.

Conviene insistir en que la estructura organizativa mínima necesaria debería incluir:



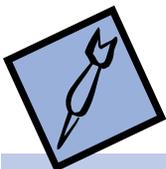
Punto clave

1. Un coordinador técnico del Plan dependiente del concejal con mayores actuaciones en el mismo (normalmente la concejalía de Sanidad y Servicios Sociales).
2. Una comisión o comité de coordinación interna municipal que recoja representantes de todas las áreas municipales relacionadas con drogas:
 - Juventud.
 - Educación.
 - Deportes.
 - Policía local, etc.
3. Una comisión de coordinación externa con otras administraciones (municipales, regionales y estatales).
4. Una comisión de «movilización y participación» que implique a la Iniciativa Social.

Estas estructuras organizativas no tienen porqué ser independientes, es decir, pueden unirse las dos estructuras de coordinación interna y externa o puede unirse la comisión de coordinación externa y la comisión de movilización. En cada caso concreto habrá que decidir la estructura orgánica específica en función de las características del municipio.

7.3. Seguimiento y evaluación

Conviene insistir también en que el Plan debe de prever la evaluación y el seguimiento del mismo. Siguiendo un orden lógico y la práctica internacional al uso convendría prever tres momentos en dicho seguimiento y evaluación:



Punto clave

1. Antes de poner en marcha el Plan debe de revisarse y realizar una evaluación del diseño del mismo previendo las dificultades de ejecución del mismo para adecuar el programa de implementación del Plan.

2. Transcurrida aproximadamente la mitad del tiempo previsto para la ejecución (dos años si se trata de un Plan cuatrianual) conviene realizar una evaluación del proceso, es decir, seguimiento de cómo se está ejecutando el Plan y las dificultades que vayan surgiendo. El objetivo de esta evaluación es facilitar la realización y ejecución de las actuaciones previstas en el Plan y en su caso ajustarlas o modificarlas.
3. Por último, al acabar el Plan, normalmente al término de los cuatro años, una evaluación de resultados.¹

Por tanto, además de las estructuras organizativas de coordinación y movilización señaladas, el Plan debe prever alguna estructura que se encargue de la evaluación y el seguimiento del Plan.

La evaluación del Diseño (primera evaluación) puede encargarse directamente a la comisión de coordinación interna y la evaluación de proceso intermedia puede encargarse bien a algún órgano de la concejalía a cuyo cargo quede el Plan, bien a una comisión que o junte la comisión de coordinación interna y externa, o la comisión de movilización. Por último, la evaluación de resultados (tercera evaluación) puede:

- encargarse externamente o
- encargarse a un órgano de la concejalía del Plan.

¹ Para programar estos diferentes tipos de evaluación puede consultarse el Manual para al elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas, Comunidad de Madrid, Madrid, 1999.

8 LA ELABORACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL PLAN

8.1. El punto de partida

Las páginas anteriores han servido para:

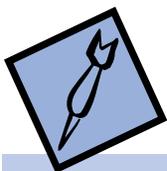
- precisar la información que se necesita para llegar a un buen plan local de drogas,
- dar pautas sobre qué debe incluir el Plan
- y proporcionar parte de esta información, sobre todo la relacionada con los modelos de intervención en drogas.

para que los técnicos de drogas comiencen a elaborar la propuesta del Plan municipal.

Pero ¿cómo llevar a cabo el proceso? Vamos a verlo en este capítulo paso a paso.

El punto de partida puede ser la existencia de un Plan municipal en marcha que se quiere mejorar, o de esfuerzos preventivos que no constituyan un Plan o alternatively puede que en un municipio concreto no se haya hecho nunca ninguna intervención en drogas. Este último caso no es frecuente.

La existencia de intervenciones sobre drogas, estructuradas o no, previas exige tenerlas en cuenta, valorarlas y, en su caso, modificarlas, ampliarlas, etc.



Punto clave

Resulta siempre más fácil la modificación, la reorganización y la ampliación de algo ya existente que partir ex novo. Tanto desde el punto de vista político como económico en el desarrollo y elaboración de planes locales de drogas la perspectiva incrementalista es la mejor.

En este primer momento, situados en el punto de partida, es necesario:

1. Valorar lo que se ha hecho en intervenciones sobre drogas en el municipio.
2. Conocer cual es la situación del municipio (capítulo 4) tanto en el tema drogas como en las características sociodemográficas.
3. Y decidir qué situación se quiere lograr al acabar el Plan (capítulo 5).

Estas decisiones y valoraciones son siempre provisionales puesto que la elaboración del Plan es un proceso iterativo que puede obligar a cambiarlas a lo largo del mismo en función de decisiones posteriores.

8.2. La elaboración de la propuesta de Plan

La propuesta debe concretar todos los puntos desarrollados en las páginas anteriores tal y como se concretan en el esquema «Aspectos a incluir en un plan local» del capítulo 3 en el que se especifican precisamente dichos puntos.

Concretar implica tomar decisiones y ésta toma de decisiones no puede realizarse exclusivamente desde una perspectiva técnica, ni por los técnicos de drogas en solitario aunque tengan que ser probablemente ellos quienes redacten la propuesta de Plan en última instancia.

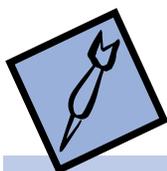
Por ello deben crearse estructuras organizativas que recojan tanto las ideas, opiniones y propuestas de los técnicos de áreas afines en el ayuntamiento como de la iniciativa social. Puede crearse en este sentido una sola estructura (Comisión Técnica) en la que participen conjuntamente los profesionales de la administración municipal y la iniciativa social o crear comisiones separadas. Probablemente, lo segundo es más eficaz pero la solución definitiva debe adecuarse a las características específicas de cada municipio.

Esta comisión o comisiones técnicas deben de tomar decisiones sobre:

1. Los objetivos específicos a conseguir dentro del marco de metas y objetivos generales señalados en el capítulo 5.
2. La estrategia global a adoptar en el Plan.
3. Los programas, proyectos y actuaciones a ejecutar durante la duración de Plan.

El papel del técnico de drogas es de catalizador de la comisión técnica, preparando información y propuestas concretas, liderando en la medida de lo posible las discusiones, resumiendo y haciendo de portavoz de la comisión para llegar a una propuesta aceptable para todos que recoja el máximo de opiniones expresadas por todos pero que a la vez sea técnicamente correcta.

Es un papel complejo pero imprescindible que sólo puede realizar el técnico de drogas que es quién tiene la información y conocimientos necesarios e imprescindibles.



Punto clave

El técnico de drogas tiene que movilizar a la comisión técnica presentando propuestas específicas para discutir, recogiendo las sugerencias y volviendo a elaborar las propuestas hasta llegar a un documento consensuado.

8.3. Ajuste de la propuesta inicial: los recursos necesarios y los disponibles

Un primer filtro de la propuesta elaborada y consensuada en el punto anterior lo constituye su valoración económica y la comparación con los recursos, de todo tipo, disponibles.

Aquí conviene realizar el análisis siguiendo los diferentes tipos de recursos:

- Materiales.
- Técnicos.
- Financieros.

A la vista de los recursos realmente disponibles el técnico de drogas tendrá que reajustar **objetivos, estrategias y actuaciones** del Plan y devolver la nueva propuesta a la comisión técnica para su discusión y nuevo consenso.

Una vez que se llegue a la propuesta económicamente ajustada deberán diseñarse las estructuras de:

- Coordinación.
- Movilización.
- Seguimiento y evaluación del Plan.

También pueden diseñarse estas estructuras en paralelo con los **objetivos, estrategias y actuaciones** en las primeras reuniones.

8.4. La sanción política: la aprobación del Plan en el Ayuntamiento

La inclusión en las primeras etapas de elaboración del Plan de los profesionales de otras áreas municipales afines y de la iniciativa social tiene como objetivo entre otros facilitar la aprobación del **plan local** de drogas por parte de las autoridades municipales.

Si la **iniciativa social** —organizaciones sin ánimo de lucro, Asociaciones, Sindicatos...— está adecuadamente representada en la Comisión Técnica y si así mismo lo están las **diferentes áreas de intervención municipales** —Sanidad, Servicios Sociales, Deporte, Juventud, Educación...— lógicamente habrán planteado sus objetivos y propuestas por lo que la propuesta final de Plan reflejará todos los intereses de la comunidad y no debería plantear problemas para ser aprobada en el pleno del municipio.

Sin embargo, cabe que el Plan no se apruebe o que se modifique, lo que implicaría que habría que empezar de nuevo en el primer caso y en el segundo reajustarlo de acuerdo con las modificaciones que se hagan.

8.5. La ejecución del Plan

El propio Plan debe incluir, como se vio en el capítulo 3, un programa de implementación y un cronograma para su ejecución.

Además existirá un órgano de seguimiento y evaluación para ir aprendiendo de los errores y poder mejorarlo continuamente.

Es imprescindible que este órgano de seguimiento y evaluación recoja información continua sobre el proceso de implantación y sobre resultados para poder revisar el Plan a su término mejorándolo. Se trata por tanto de un proceso de mejora guiado por la experiencia y la práctica que además se ayuda de los conocimientos ya existentes y de los que se acumulan en otros ámbitos (internacional, supranacional, estatal, regional y local).

ANEXOS

ANEXO 1

Glosario de términos

Disponibilidad de drogas: El grado de disponibilidad y facilidad de acceso a las sustancias psicoactivas legales e ilegales en las escuelas, los barrios, el hogar, etc., para aquellos que buscan su consumo. Identificado como factor de riesgo del entorno.

Estrategia: En el ámbito socio-sanitario describe las características que orientan una actuación política o técnica de amplio alcance para conseguir cambios sociales y/o sanitarios significativos. En ocasiones se utiliza como sinónimo de «enfoque», por ejemplo, la oferta de actividades de tiempo libre en el marco de un programa escolar o familiar. Conjunto de procedimientos adecuados para lograr un fin o meta.

Evaluación: Evaluar es emitir un juicio de valor basado en información recogida sistemática y científicamente sobre un plan, programa o proyecto —o aspectos de ellos— con la finalidad de mejorar/modificar dicho plan, programa...

Implementación: Es el proceso de aplicación o ejecución de un plan.

Intervención: Actividad o grupo de actividades a las que es expuesto un grupo para promover cambios en su conducta. Pueden tener como objetivo prevenir o reducir los niveles de consumo de las sustancias psicoactivas, reducir o evitar los problemas relacionados dicho consumo...

Intervención comunitaria: Enfoque de la prevención que se centra en los problemas y necesidades de una comunidad entera, como puede ser una gran ciudad, un pequeño pueblo, una escuela, un lugar de trabajo o un lugar público.

Intervención estructurada: Intervención sistemática que se prolonga en el tiempo.

Intervención puntual: Intervención que no se mantiene en el tiempo y tiene lugar solo en un momento, lugar o situación específicas.

Marco teórico de un programa o intervención: El marco teórico de un programa o intervención viene definido por una o varias teorías que, organizadas de forma coherente y aplicadas al consumo de tales sustancias, nos permiten elaborar un modelo explicativo satisfactorio de la génesis y de la evolución de dicho consumo, así como de su relación con el resto del comportamiento humano.

Meta de la intervención: Resultado o cambio, específico, medible y claramente definido, que puede ser razonablemente esperado al final de una intervención metódicamente aplicada.

Método: Conjunto de procedimientos que se siguen en una intervención y que trata del modo de desarrollo en que se organizan los distintos pasos o fases de dicha intervención.

Misión/meta: La misión/meta de una plan, institución u organización es el lugar o situación hacia la que se dirige dicho plan, institución u organización, es decir, es la guía que debe subyacer a todas las actividades y actuaciones que se originen en los mismos.

Movilización: Proceso a través del cual se consigue la colaboración de voluntarios, miembros de la comunidad que tienen interés en la prevención, profesionales y otros recursos y se les induce a actuar en apoyo de una o varias iniciativas de intervención.

Objetivo específico: Es una concreción del objetivo general y tiene que estar formulado sin ambigüedades y en términos operativos. Objetivo caracterizado como medible, factible, concreto, con referencia temporal y referido a la población destinataria y los resultados valorados en el estudio.

Objetivo general: Es una afirmación sobre los resultados esperados de nuestra intervención en términos del problema sobre el que se está actuando. No tienen necesariamente que ser formulados en términos medibles, pero tienen que ser congruentes con la misión y los objetivos específicos y proporcionar la dirección hacia la que se encamina el estudio o programa.

Objetivos de la intervención: Relación medible de los cambios esperados en riesgos, cualidades, u otras condiciones subyacentes, tal como aparece expresado en la teoría de cambios que sirve de guía para el plan, programa, o proyecto.

Objetivos de proceso: Son aquellos relacionados con el «cómo» del plan, es decir, con los medios, técnicas o métodos utilizados para lograr los resultados previstos en el mismo.

Objetivos de resultados: Son aquellos relacionados con el «qué» del plan, es decir, con los efectos o resultados perseguidos y esperados.

Plan de implementación: Herramienta de planificación que resulta especialmente útil para el responsable de un programa. Su desarrollo facilita la mejora del control de la ejecución mediante la identificación de los requerimientos de todo tipo que son necesarios para llevar a cabo la intervención elegida. No debe ser más detallado de lo necesario para que el responsable del programa establezca la dirección inicial y para ofrecer una visión clara al grupo de personas encargado de la implementación.

Problema: Situación social que es definida e identificada como conflictiva y sobre la que hay que actuar mediante planes, programas o proyectos.

Programa: Conjunto sistemático y coherente de actividades y actuaciones realizadas con los recursos necesarios dirigido a lograr unos objetivos determinados en una población definida. Presenta la peculiaridad de ser generalizable y transferible.

Programa indicado: Los programas indicados se dirigen a personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción pero que muestran signos previos (ej., consumidores de drogas «de entrada», personas con conducta antisocial con problemas psicológicos).

Programa selectivo: Los programas selectivos se dirigen a subgrupos que presentan un especial riesgo de consumo de drogas. Los grupos en situación de riesgo pueden establecerse en base a cualquiera de los factores biológicos, psicológicos, sociales o ambientales que han sido caracterizados como factores de riesgo.

Programa universal: Los programas universales son aquellos que se dirigen a población general (nacional, comunidad local, escuela, barrio, etc.) con mensajes y programas destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas.

Los programas universales pueden diseñarse para cualquier ámbito de intervención (escolar, familiar, comunitario).

Proyecto: Un proyecto es un conjunto de actuaciones y actividades dirigidas al logro de unos objetivos determinados, realizado dentro del marco de un programa y con un menor alcance que éste.

Sistema de información: Un sistema de información consiste en una serie de procedimientos de recogida de información de una forma sistemática y continuada.

ANEXO 2

Resumen de las competencias legales

Alt Empordà

- **El decreto legislativo 17/1994** de 16 de noviembre, en su artículo 26, define las competencias de los Consejos Comarcales:
 - 26.1 Corresponde al Consejo Comarcal:
 - a) Ejercer las funciones que se desarrollan en las áreas básicas de servicios sociales formadas por más de un municipio.
 - b) Participar en la toma de decisiones y en la formulación de la planificación de los servicios sociales en lo que respecta al ámbito territorial del sector regional de servicios sociales al que se encuentre adscrito, mediante el órgano paritario de colaboración (representante de la Administración de la Generalitat)
 - c) Colaborar, de acuerdo con lo que se establezca por reglamento, en la gestión de las prestaciones económicas y las subvenciones del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales.
 - d) Ocuparse del asesoramiento y la formación de los recursos humanos en materia de servicios sociales y ejercer un primer nivel de supervisión y control, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otras administraciones.
 - e) Ejercer las funciones de gestionar, prestar y coordinar diversos servicios sociales, sin perjuicio de que, cuando justifiquen su capacidad para hacerlo, también puedan asumirlos voluntariamente.
 - f) Proporcionar apoyo informativo y estadístico a las tareas de planificación y evaluación de la Administración de la Generalitat.
 - g) Las funciones que el Govern de la Generalitat o los municipios le deleguen
- **El decreto 284/1996** de 23 de julio, regula el Sistema Catalán de Servicios Sociales; en su capítulo 3 define la tipología de los servicios y establecimientos sociales; el Capítulo 5, en su artículo 15 define las autorizaciones para los servicios y establecimientos públicos; el Capítulo 7, en su artículo 30 define quiénes tienen acceso a los servicios; el Capítulo 8, en su artículo 36, establece los conciertos que deben suscribir las entidades que presten servicios sociales y por último, el Anexo al decreto en su apartado 2.4 desarrolla el área de atención a toxicómanos:
 - Cap. 3; art. 8.2.- La tipología comprende todos los servicios y establecimientos del Sistema Catalán de Servicios Sociales que se presten en régimen público o privado.
 - Cap. 5; art. 15.2.- La creación, modificación traslado y cierre de servicios y establecimientos públicos corresponde a las administraciones públicas que los promuevan. Cuando estos formen parte de la Red Básica de Servicios Sociales de responsabilidad Pública, la Administración promotora tendrá que garantizar las obligaciones de prestación de servicios sociales que, por el ordenamiento vigente, le correspondan.

- Cap. 7; art. 30.1.- Todas las personas tienen derecho en condiciones de igualdad, al acceso a los servicios de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública ya sean de atención primaria o bien servicios especializados, así como a los servicios sociales que no formen parte de ésta pero que estén financiados con recursos públicos, siempre que se cumplan las condiciones que se determinen en la reglamentación para cada prestación en atención a las necesidades de los beneficiarios y a los recursos existentes.
- Cap. 8; art. 36.1.- El establecimiento de conciertos en aplicación de lo previsto en el ordenamiento sobre contratos de las administraciones públicas, entre las administraciones gestoras de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública y las entidades privadas requiere la acreditación previa de éstas. La acreditación comporta en todo caso la inscripción en el Registro de entidades, servicios y establecimientos sociales y la adaptación a las previsiones de planificación de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública efectuada por el Govern.

- Anexo; 2.4. Área de atención a toxicómanos.

2.4.1. Servicios de centros de día de atención a toxicómanos.

Definición: servicios de acogimiento diurno que desarrollan actividades de inserción social complementarias a los procesos de tratamiento terapéutico, desarrollan programas de tipo ocupacional, de enseñanza pro-laboral y laboral, y de adquisición de hábitos y responsabilidades.

Objetivos: Inserción social. Enseñanza ocupacional, pro-laboral y laboral. Adquisición de hábitos y responsabilidades.

Funciones: Rehabilitación psicosocial. Integración social. Actividades ocupacionales. Formación prelaboral y laboral. Adquisición de hábitos y responsabilidades.

Destinatarios: personas con dependencia del alcohol o de otras drogodependencias que siguen un tratamiento terapéutico en un centro autorizado y tienen dificultades para utilizar los recursos normalizados de integración social.

Personal: disponer de educadores sociales y de profesionales con experiencia del oficio que se pretenda ejercer. Apoyo externo médico y psicológico.

2.4.2. Servicios residenciales de atención a toxicómanos.

Definición: servicios de acogida residencial que, con carácter transitorio, procurando un régimen de autogestión como herramienta socializadora, proporcione a las personas con dependencia del alcohol y otras drogodependencias en su proceso de rehabilitación, el acogimiento, los cuidados y la vida comunitaria que facilite su integración social.

Objetivos: Sustituir el hogar de forma transitoria. Garantizar el seguimiento de la rehabilitación terapéutica. Facilitar la integración social.

Funciones: Acogida y convivencia. Alojamiento. Higiene. Descanso y tiempo libre. Integración en el proceso de rehabilitación de drogodependientes. Garantizar el seguimiento terapéutico.

Destinatarios: personas con dependencia del alcohol o de otras drogodependencias en proceso de reinserción social con seguimiento desde un centro referencial de tratamiento autorizado, con necesidades residenciales y con carencias de apoyo social o familiar necesario. Los usuarios colaborarán en las tareas de mantenimiento del hogar siempre que esté previsto en el reglamento de régimen interior.

Personal: disponer del personal de atención en los servicios de atención y alojamiento y la disponibilidad de un técnico sanitario. Apoyo externo de atención psicológica y social. Disponer de educadores sociales en una ratio de personal no inferior al 0,25. Estos servicios están ubicados, generalmente, en núcleos urbanos y tienen una capacidad máxima de 15 usuarios.

- En el III Plan de Actuación Social (1997-2001), del Sistema Catalán de Servicios Sociales, se especifica:

Los Consejos Comarcales con más de 50.000 habitantes (el del Alt Empordà alberga una población total de 103.631 personas) serán competentes en la prestación de los servicios de los centros de día que formen parte de la Red.

La administración y gestión de las Áreas Básicas corresponde a los Ayuntamientos y Consejos Comarcales; los servicios y prestaciones serán las siguientes: Unidades básicas de atención social primaria (UBASP), atención domiciliaria, residencias de estancia limitada, centros abiertos para niños y adolescentes, asesoramiento técnico de atención social primaria.

A la administración gestora del sector comarcal corresponden los siguientes servicios y prestaciones: servicio de atención a la infancia y a la adolescencia (EAIA), centros de día para toxicómanos, atención a personas con disminución y atención a personas mayores.

Por último, en su Capítulo I, apartado b.1) sobre Ámbitos generales, establece que se interpondrá en un primer nivel de atención, en el que tendrán especial relevancia los trabajos de Prevención y los programas de Atención Comunitaria, en el marco de las competencias establecidas en la formativa vigente para este primer nivel de atención y en particular, entre otras, en el área de:

- Prevención de todo tipo de drogodependencias, en colaboración con los servicios sanitarios correspondientes, y la reinserción social de los afectados.

Cantabria

- **La Ley de Cantabria 5/1997**, de 6 de octubre; establece en su Título V las competencias de las Administraciones Públicas (art.s. 46 y 47).

Artículo 46. Competencias del Gobierno de Cantabria.

Sin perjuicio de las demás competencias que el ordenamiento vigente le atribuye, corresponde al Gobierno de Cantabria:

1. El establecimiento de las directrices en materia de drogas para la Comunidad Autónoma de Cantabria.
2. La aprobación del Plan Regional sobre Drogas.
3. La aprobación de la estructura orgánica de la Dirección del Plan Regional sobre Drogas.
4. La aprobación del proyecto de presupuesto del Plan Regional sobre Drogas.
5. La aprobación de la estructura de los Órganos de Coordinación previstos en esta Ley.
6. La aprobación de la formativa de autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de atención a drogodependientes.

7. La aprobación, modificación y revisión de las tarifas por la prestación y concertación de servicios que puedan establecerse con instituciones, entidades o particulares públicos o privados, en los términos que reglamentariamente se establezcan.
8. La regulación y el otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades e instituciones en el campo de las drogodependencias.
9. La aprobación de la formativa y disposiciones reglamentarias en el ámbito de drogas y las derivadas de la presente Ley.

Artículo 47. Competencias de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Además de aquellas otras competencias que le vienen atribuidas realmente, corresponde a la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social:

1. El control de los centros, servicios, establecimientos y actividades sanitarias, sociosanitarias y sociales relacionadas con la prevención, asistencia e integración, personas drogodependientes, y en particular:
 - a) El otorgamiento de la autorización de instalación, puesta en funcionamiento, modificación, ampliación, traslado y cierre de centros, servicios y establecimientos.
 - 1.2. La acreditación de centros, servicios y establecimientos, su renovación y revocación
 - 1.3. La regulación y el mantenimiento de los registros pertinentes de las entidades, centros y programas integrados en el Plan Regional sobre drogas.
 - 1.4. El ejercicio de la función inspectora.
 - b) La evaluación de los diferentes programas preventivos, asistenciales y de integración social.
 - La elaboración y propuesta para su aprobación por el Gobierno de Cantabria del Plan Regional sobre Drogas.
 - La propuesta de la estructura orgánica de la Dirección del Plan Regional sobre Drogas y del Servicio de drogodependencias.
 - La formulación de Anteproyecto de Presupuestos del Plan Regional sobre Drogas.
 - La propuesta de regulación y el otorgamiento de subvenciones y la celebración de contratos, convenios y conciertos con entidades e instituciones en el campo de las drogodependencias.
 - La coordinación general con las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones de las actuaciones en materia de drogas.
 - La gestión de los recursos públicos propios de intervención del servicio de drogodependencias.
 - Las competencias señaladas en los puntos precedentes podrán delegarse en órganos inferiores de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con el alcance que reglamentariamente se determine.

Montevideo

- **La Ley 9202 del 12.1.34**, Ley Orgánica de Salud Pública centraliza en el Poder Ejecutivo, a través de su Ministro de Salud Pública, todas las competencias en materia de Salud e Higiene. En

su artículo 6, asigna a las Intendencias Municipales el papel de ayudantes, dentro de sus respectivas jurisdicciones, para el cumplimiento de las decisiones tomadas por los organismos centrales de Salud Pública.

- **La Ley 9515**, Ley Orgánica Municipal, en sus arts. 24 y 36, señala las competencias de la Intendencia Municipal:

Artículo 24. Compete al intendente ejercer la policía higiénica y sanitaria de las poblaciones, sin perjuicio de la competencia que corresponda a las autoridades nacionales y de acuerdo con las leyes que rigen en la materia

Artículo 36. Modificado por el art. 275, núm. 9 de la Constitución: «además de las que la ley determine, sus atribuciones son: 9º velar por la salud pública y la instrucción primaria, secundaria, industrial y artística, proponiendo a las autoridades competentes los medios adecuados para su mejoramiento».

- El resto de las disposiciones municipales están encaminadas a ejercer medidas de control sobre la publicidad o el consumo de tabaco

Buenos Aires

- La norma fundamental es el Programa de Prevención, Asistencia y Reinserción Social en Drogodependencias, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que en su apartado 6 establece que se formalizó, por **Decreto 1757/90**, la creación de la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones (R.M.S.A.). Esta red fue dividida por motivos operativos en 4 zonas, Sur, Norte, Oeste y Centro.
- El apartado 8 define el Marco Estratégico del Programa, cuyas características se definen en el punto B) Características de la R.M.S.A.
 1. Se propiciará una relación esencialmente **horizontal**, entre los integrantes de la Red, a los efectos de facilitar la comunicación y beneficiar al consultante agilizando la atención.
 2. Los diferentes efectores de la Red estarán **jerarquizados** en función de su complejidad.
 3. Las prestaciones de la Red serán complementarias; es decir, se articularán de acuerdo a su nivel de complejidad y al servicio que cada efector esté en condiciones de brindar. Esto significa que la prestación que no pueda ser cubierta por un efector, será cumplimentada por otro.
 4. Se procederá a categorizar los servicios de la Red en virtud de su complejidad, a los efectos de evaluar la complementariedad de los mismos.
 5. La Red contará con dispositivos terapéuticos específicos para el tratamiento de drogodependientes, a saber: Centros de Día, Hospitales de Día, Hospitales de Noche, Casa de Medio Camino, etc., en los que se implementarán modalidades fundamentalmente ambulatorias y/o de internación nocturna. También se dotará a la Red de instancias de internación para los casos que así lo requieran.
 6. La R.M.S.A. forma parte del Sistema de Salud y como tal debe contar con una adecuada referencia-contrarreferencia tanto intrínseca (intra-red) como extrínseca (extra-red).

7. La dinámica de la Red apuntará a satisfacer las necesidades de atención de la comunidad con la puesta en marcha de instancias y alternativas de abordaje flexibles y amplias con objeto de no rechazar demanda.
 8. La Red estará organizada por ZONAS, en razón de su operatividad, que se corresponderán con las regiones sanitarias de la ciudad.
 9. Se replantearán los recursos humanos existentes en la Red asignando nuevos roles en relación con: las intervenciones comunitarias y las funciones dentro de la Red.
 10. Se procederá a reordenar y reconvertir recursos humanos, a través de la capacitación, motivada por la necesidad de contar con mayor número de profesionales que puedan dedicarse a esta patología.
 11. Se capacitará en forma permanente y continua, a los integrantes de la Red por medio de cursos, seminarios, jornadas y eventos científicos...
- El apartado 12 establece el Marco de acción del Programa especificando las actividades.

a) Actividades

a.1. Prevención

- Formular y llevar a cabo acciones intersectoriales de promoción y protección de la salud con un fuerte componente de auto-responsabilidad, basadas en estrategias de redes sociales y atención primaria de la salud.
- Se promoverán dichas acciones fundamentalmente a nivel de la educación primaria y secundaria, destinadas a alumnos, padres y docentes, siendo éstos últimos agentes de salud naturales.
- Informar regularmente de las acciones llevadas a cabo, compartiendo la información y las experiencias prácticas con las redes intrasector y extrasector del programa.
- Apoyar y promover la formación de redes sociales solidarias, con proyección a otras ciudades y municipios.
- Organizar eventos culturales, artísticos, deportivos, etc. Articulados con Prevención.
- Establecer mecanismos de participación comunitaria organizada, y la colaboración de los medios de comunicación social par difusión
- Elaborar afiches, trípticos y folletos con relación a la prevención
- Propiciar y organizar actividades de prevención específica e inespecífica con relación a las drogodependencias.
- Promover actividades de Taller, formación de grupos de autoayuda, etc. En diversos ámbitos de la comunidad.

a.2. Asistencia

- Atención de la demanda de orientación, asesoramiento, y asistencia de personas con problemas por consumo de drogas y/o familiares.
- Brindar asistencia específica en drogodependencias (psicológica, psiquiátrica, toxicológica, clínica, etc.).
- Establecer criterios diagnósticos y de admisión para las diferentes modalidades asistenciales: Consultorios Externos (tratamiento individual, grupal, entrevistas familiares, etc.), Hospital de Día, Hospital de Noche, Internación, acompañamiento terapéutico, etc.

a.3. Reinserción social

- Promover y trabajar la problemática de la reinserción social, durante el tratamiento, con la implementación de Talleres con posible salida laboral; acuerdos y convenios con empresas privadas, articulación con «Proyecto Joven» del Ministerio de Economía, estimular microentendimientos económicos con entidades comunitarias, Capacitación en Programas Universitarios, etc.
- Por último las funciones de la Red metropolitana de Servicios en Adicciones serán:
 - Difundir y ejecutar, a su nivel, los contenidos de las políticas emanadas del Programa.
 - Evaluar sus acciones.
 - Registrar y elevar a la Coordinación Ejecutiva la información: estadística, epidemiológica, sobre situación de la comunidad como resultado de las acciones, trabajos, propuestas, etc.
 - Registrar y elevar a la Coordinación Ejecutiva las demandas y propuestas de la comunidad.

Medellín

- Según establece la Constitución Política de Colombia, cada entidad territorial debe coordinar, planear y ejecutar programas tendentes a mejorar la calidad de vida de la población. Como consecuencia se crea en la ciudad de Medellín, por acuerdo del Concejo Municipal, el Consejo de Política Municipal para la Prevención Integral de la Drogadicción y el Alcoholismo.
- El documento titulado «El proceso de descentralización de la política nacional antidrogas», del Ministerio de Justicia y del Derecho, establece en su segunda parte lo que concierne al nivel Departamental y Municipal:
 - Velar por que se cumplan, en el municipio, las políticas, planes y programas trazados por el Consejo Nacional de Estupefacientes.
 - Formular para adopción por el Gobierno regional, los planes y programas que deban ejecutarse a nivel regional, de conformidad con las políticas trazadas por el Consejo Nacional de Estupefacientes.
 - Señalar a los distintos organismos locales las campañas y acciones que cada uno de ellos debe adelantar.
 - Dictar las normas necesarias para el debido cumplimiento de sus funciones y proponer al Gobierno regional la expedición de las que fueren competencia de éste.
 - Mantener contactos con los demás Consejos Regionales de estupefacientes para lograr una actividad coordinada.
 - Rendir al Consejo Nacional de Estupefacientes informes mensuales y anuales de las labores adelantadas en la respectiva región.
- La tercera parte del documento hace hincapié en que para llevar a cabo el proceso de descentralización del Plan de Drogas es necesario definir una ruta crítica para hacer viable esta gestión. La ruta contempla los siguientes pasos:

- Presentación de la política por parte de la Dirección Nacional de estupefacientes a los Gobernadores y Alcaldes.
- Definición de compromisos con el Gobernador o Alcalde.
- Definición de Planes Departamentales o Municipales de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas con la participación de los sectores que lideran la política de drogas en los Departamentos o Municipios (salud, educación, ICBF, Policía, Fiscalía, juventud, entidades de tratamiento y rehabilitación, entre otras). Estos planes se construyen de manera concertada y participativa.
- Constitución del Comité de Prevención y Tratamiento a través de una Resolución u Ordenanza expedida por el Gobernador o el Alcalde.
- Designación del coordinador del Comité de Prevención y Tratamiento.
- Convocar al Consejo Seccional de Estupefacientes para presentar el Plan Departamental, o en el caso de gobiernos municipales, éstos serán avalados por los Consejos de Gobierno Municipales.
- Monitoreo y evaluación del Plan Estratégico y Operativo definido en cada región.
- La Dirección Nacional de Estupefacientes ha definido un espacio denominado Unidad de Gestión en donde confluyen los diferentes coordinadores de los Comités de Prevención y Tratamiento y de las Redes de ONG,s. Presentes en las diferentes regiones.
- La D.N.E. dispone de un equipo de asesores que establecen un canal de comunicación permanente con los Comités de Prevención y Tratamiento.

Santo André

- **La Ley nº 8.742**, de 7 de diciembre de 1993 dispone sobre la organización de la Asistencia Social. En su artículo 4 define los principios rectores. En el art. 5 establece las directrices básicas. El art. 15 señala las competencias de los municipios:

Artículo 4. La asistencia social debe regirse por los siguientes principios:

IV – igualdad de derechos en el acceso a la atención, sin discriminación de cualquier naturaleza, garantizando el mismo trato en las poblaciones urbanas y en las rurales.

Artículo 5. La organización de la asistencia social tiene como base las siguientes directrices:

I – descentralización político-administrativa para los Estados, el Distrito Federal y los Municipios, y mando único de las acciones en cada esfera de gobierno;

III – primacía de la responsabilidad del Estado en la conducción de la política de asistencia social en cada esfera de gobierno.

Artículo 15. Compete a los Municipios:

I – destinar recursos financieros para financiar el pago de los auxilios por natalidad y funerales, mediante criterios establecidos por los Consejos Municipales de Asistencia Social;

II – efectuar los pagos de los auxilios por natalidad y funeral;

III – ejecutar los proyectos de enfrentamiento a la pobreza;

IV – atender las acciones asistenciales con carácter de emergencia;

V – prestar los servicios asistenciales de que trata el art. 23 de esta Ley (prioridad a la infancia y la adolescencia en situación de riesgo personal o social).

- La Cámara Municipal de Santo André aprobó y promulgó la **Ley 83/1/12/00**, que dispone la creación del Programa de Atención a la Salud Mental (RAP):

Artículo 3. La atención a los internos de hospitales psiquiátricos, oriundos o residentes en Santo André, deberá estar garantizada a través de los servicios residenciales terapéuticos, que están organizados para desarrollar un conjunto de actividades de rehabilitación psicosocial, tales como: auto-cuidado, actividades de vida diaria, atención en servicio ambulatorio, gestión domiciliaria, trabajo asistido, alfabetización desde una perspectiva de reintegración social, así como seguimiento vinculado a una unidad ambulatoria del RAP.

Artículo 4. Los casos de intervención por uso, abuso o dependencia del alcohol u otras drogas, así como la intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, deberán ser atendidos en la red pública y privada, a través de protocolos, conforme a normas técnicas oficiales, establecidas en la legislación sanitaria en vigor.

Trieste

- El **DM 444/90**, desarrolla el Reglamento para la determinación de la orgánica y de las características organizativas y funcionales del servicio para las toxicodependencias para instituir la unidad sanitaria local (SERT):

Artículo 3. Características funcionales.

1. El SERT constituirá la estructura de referencia de las Unidades Sanitarias Locales para los toxicodependientes y sus familias y garantizará la reserva de sus intervenciones y la confidencialidad.
2. El SERT deberá asegurar en cualquier caso la disponibilidad de los principales tratamientos de carácter psicológico, socio-rehabilitador y médico-farmacológico. En cuanto a la intervención con carácter preventivo, cuando circunstancias objetivas lo consideren oportuno, será tanto de forma domiciliaria como a través de otras estructuras idóneas.
3. El SERT en el ámbito de sus propias competencias tiene previsto:
 - a) actuar como primer apoyo y orientación para los toxicodependientes y sus familias,
 - b) actuar e intervenir en la información y prevención, particularmente en lo que concierne a la población juvenil,
 - c) averiguar el estado de salud psicofísica del sujeto en referencia a su condición social
 - d) certificar el estado de toxicodependencia del sujeto,
 - e) definir el programa terapéutico individual que comprenda las intervenciones socio-rehabilitadoras,
 - f) realizar directamente o en convenio con la estructura de recuperación social el programa terapéutico y socio-rehabilitador,
 - g) actuar en la prevención de la difusión de la infección por VIH y de otras patologías asociadas a las toxicodependencias,

- h) evaluar periódicamente el desarrollo y resultados del tratamiento y del programa de intervención en toxicodependencias atendiendo al carácter clínico, psicológico y social,
- i) comunicar los datos estadísticos y epidemiológicos relativos a su propia actividad en el territorio de su competencia.

Artículo 4. Institución del SERT.

1. Cada Unidad de Sanidad Local, de conformidad con la determinación que corresponda a la región de la provincia autónoma, estará dotada de su respectiva base legislativa, que provea a la institución del adecuado servicio para las toxicodependencias dentro de lo que establece el presente reglamento.

Artículo 5. Modalidad de funcionamiento.

1. Las Unidades de Sanidad Local integradas en el SERT deben asegurar el despliegue de la actividad asistencial al toxicodependiente durante 24 horas todos los días de la semana.
- La Región (Friuli Venecia Julia) en colaboración con la Unidad local del servicio sanitario y socio-asistencial, y con ellos el Ente local, en el marco de la reorganización e integración del servicio social y sanitario, promueve el documento «Tutela de la salud de los toxicodependientes», en el que entre otras cuestiones aborda las siguientes:

Artículo 9. Competencias de la Unidad local de servicio sanitario y socio-asistencial:

- a) actividades de propaganda, prevención y educación contra la droga y el alcoholismo así como cualquier otra forma de toxicodependencia,
- b) tratamiento desde las formas agudas a las crónicas,
- c) actividad de consultoría y asesoramiento, medidas de auxilio legal e intervención en asistencia social en coordinación con los servicios sociales de los Entes locales,
- d) actividades de reinserción y post-atención a través de la formación y la constitución de comunidades terapéuticas,
- e) ejecución del programa de formación y cualificación profesional,
- f) recogida de elementos informativos y epidemiológicos.

ANEXO 3

Webs interesantes en drogodependencias

El uso cada vez más generalizado de Internet y la economía que ello supone para el usuario justifica la inclusión de este breve anexo con una descripción de algunas de las webs que he encontrado más interesantes por su rapidez, la información que dan o las perspectivas que aportan. Obviamente no están todas, sólo algunas y en concreto las que yo mismo he encontrado útiles. Pueden servir para multitud de tareas y quiero mencionar algunas:

- Para recoger información tanto sobre planificación y programación como sobre el consumo de drogas, programas de intervención en drogas... Información no sólo estadística sino también documental.
- Para intercambiar información y comunicarse con profesionales dedicados al tema drogas en otros municipios nacionales e internacionales.
- Para recopilar información sobre recursos de todo tipo, incluido convocatorias de subvenciones.
- Para dar a conocer la labor efectuada en la intervención en drogas local y en su planificación y recibir *feed-back* de otros profesionales.

Las posibilidades están abiertas a la imaginación de cada uno.

Listado de webs

1. La web de Idea Prevención

www.idea-prevención.org

Sin duda es una de las webs más importantes para los técnicos en prevención españoles porque recoge información en español sobre los esfuerzos preventivos en toda España incluyendo descripción detallada de programas, evolución de los mismos etc.

La página principal de la web ofrece una serie de vínculos de los que debe destacarse:

1. Búsquedas.
2. Agenda.
3. Financiación.
4. Biblioteca virtual.
5. Boletín Idea Prevención.

Hay más posibilidades (sugerencias, suscripción al boletín, envío de páginas etc.) pero el más destacable (y esto debe generalizarse a todas las demás webs) es el de **enlaces** que te permite conectar con otras webs afines.

2. Las webs de organismos públicos

Muchos países y organismos supranacionales tienen webs más o menos completas. Aquí quiero listar las siguientes:

2.1 La web del Plan Nacional sobre Drogas de España

www.mir.es/pnd

Esta web ofrece una visión muy completa sobre drogas (no sólo prevención) y sobre las actuaciones españolas, situación del consumo y abuso en España, etc.

Conviene destacar los siguientes vínculos de la página principal:

1. Área de Prevención.
2. Legislación.
3. Centro de Documentación.
4. El Observatorio Español sobre drogas que ofrece informes periódicos del consumo.
5. Publicaciones.
6. Cooperación con ONG's.
7. Reuniones, seminarios y congresos.

En esta web se pueden consultar los resultados de las encuestas periódicas sobre consumo de drogas en las escuelas y en la población general.

También se puede tener acceso a una detallada base conceptual sobre prevención en:

www.mir.es/pnd/publica/html/otras.htm

2.2 Web del Observatorio Europeo sobre drogas en Lisboa

www.emccda.org

Es la web del Observatorio Europeo sobre drogas y adicciones con sede en Lisboa. La página principal aparece en inglés pero permite elegir varios idiomas entre ellos el español. Los vínculos de la primera página incluyen:

1. Un botón de búsqueda.
2. Actividades del Observatorio.
3. Publicaciones.
4. Base de datos.
5. Enlaces.

2.3 Las Webs de los Estados Unidos de Norteamérica

En los Estados Unidos existen multitud de web todas ellas en inglés aunque algunas ofrecen algo de información en español. Aquí se han seleccionado sólo tres webs.

El NIH (National Institute of Health) tiene dos webs especialmente interesantes: la del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA) y la del National Institute on Drug Abuse (NIDA).

www.nida.nih.gov

La web del NIDA dispone de vínculos de búsqueda introduciendo el nombre de la droga sobre la que quieres información pero además junto a las explicaciones sobre qué es el NIDA y cómo se estructu-

ra la web ofrece información para los **profesionales e investigadores**, los **padres y educadores**, y los **estudiantes**.

Para profesionales e investigadores ofrece

- Subvenciones y Financiación.
- Encuentros y Seminarios.
- Noticias.
- Estadísticas y tendencias.
- Investigación sobre tratamientos.
- Investigación sobre prevención.
- Enlaces.

También ofrece vínculos parecidos para padres, educadores y estudiantes.

www.niaa.nih.gov

El NIAA ofrece una base de datos de estudio sobre el alcohol con más de cien mil referencias y además **programas de investigación, publicaciones, encuentros, enlaces y búsqueda automática**.

Además de estas dos webs del NIH existe una web muy completa sobre drogas en la Oficina del Presidente en la Casa Blanca.

www.whitehousedrugpolicy.gov

Además de los vínculos normales en todas las webs de explicación de la propia web, de enlaces y de explicación de qué es el «Office of National Drug Control Policy» hay vínculos de:

- Estadísticas.
- Política Nacional sobre Drogas.
- Prevención y Educación.
- Tratamiento.
- Niveles estatales y locales de Administración.
- Financiación y subvenciones.

2.4 Una web canadiense

El «Centro Canadiense sobre el abuso de drogas» tiene una web que da a conocer las políticas y estadísticas, recursos, etc. de este país norteamericano. Además puede consultarse en inglés o francés.

www.ccsa.ca

2.5 Una web inglesa

Dos institutos y centros de estudios sobre drogas ingleses se han unido para crear una web que ofrece mucha información y muchos vínculos.

www.drugscope.org.uk

De nuevo junto con información sobre como es la web y como son los centros que patrocinan esta página ofrece información sobre:

- Financiación.
- Equipos de intervención en drogas.

- Actividades en Europa y en el mundo,
- y enlaces.

Además tiene:

- Una base de datos sobre drogas y sus efectos,
- una base de datos sobre equipos que intervienen en el Reino Unido en drogas
- y la lista de miembros y de recursos para los miembros.

2.6 Una web latinoamericana

El gobierno chileno ha puesto en marcha una web sobre sus actuaciones en drogas y es una web en castellano.

www.conace.cl

Ofrece los vínculos de:

- Prevención.
- Tratamiento y rehabilitación.
- Control.
- Estudios sobre drogas.
- Noticias y acontecimientos.
- Enlaces.

2.7 Webs de los países socios

- Argentina: www.sedronar.gov.ar
- Brasil: www.senad.gov.br
- Colombia: www.dnecolombia.gov.co
- España: www.mir.es/pnd
- Italia: www.welfare.gov.it/puntofucale

3. Otras webs de agrupaciones, organizaciones privadas y asociaciones que actúan sobre las drogas

Sólo se mencionan aquí algunas webs especialmente útiles. En primer lugar de la «Fundación de Ayuda contra la Drogadicción»:

www.fad.es

Ofrece información sobre recursos, legislación, enlaces, noticias, etc. y está en castellano.

Además de la web del observatorio europeo de Lisboa, existen dos webs europeas de organizaciones profesionales e institutos muy interesantes:

www.eati.org

Esta web del «Instituto Europeo de Formación sobre la Adicción» facilita información sobre el propio Instituto pero también sobre:

- Programas formativos.
- Proyectos.

- Noticias.
- Enlaces.

siendo financiado el Instituto por la Unión Europea (DG 2)

www.erit.org

La Federación Europea de Asociaciones de Profesionales que trabajan en el campo de las drogas tiene una web en la que se da información sobre los grupos de trabajo y sus publicaciones (que se pueden bajar) y también sobre publicaciones, artículos, etc.

Tiene también enlaces pero, sobre todo, proporciona todos los documentos de las reuniones y grupos de trabajo que se celebran en Europa.

Así para el 2000-2001 había grupos sobre:

- Uso de nuevas drogas.
- Calidad.
- Problemas psicológicos del consumidor de drogas.
- Intercambio de información.
- Ética y deontología.
- Educación sobre salud.

www.cicad.oas.org

Comunicación interamericana para el control del abuso de drogas.

www.riod.org

Red iberoamericana de ONG's que trabajan en drogas.

4. Otras Webs no relacionadas con drogas y buscadores

Recomendamos dos webs, que son también buscadores, la una por su rapidez y la otra porque da información sobre todos los niveles de la Administración Pública española, europea e internacional.

www.admiweb.org

Da información sobre la Administración Pública española incluyendo:

- Ayuntamientos.
- Diputaciones.
- Administraciones Autonómicas.
- A. General del Estado.
- A. Europea.
- Organismos Internacionales.
- Boletines Oficiales.
- Becas a la educación e investigación.

www.google.com

Existen muchos buscadores, (Altavista, Ole, Buscopio) pero éste tiene la característica de su rapidez y por eso lo recomiendo. Además está en castellano.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Memorias 1996, 1997, 1998, 1999. Consejería de Sanidad. Madrid.
- Alvira Martín, F. Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas. Agencia Antidrogas de la Comunidad de Madrid. 1999.
- Alvira Martín, F. Guía para la Elaboración de Planes Locales de prevención de las drogodependencias. Agencia Antidrogas de la Comunidad de Madrid. 2001.
- Aranda, J. Antonio y otros. Percepción de dificultades en las intervenciones municipales de prevención del consumo de drogas. Documento inédito sin fecha de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Arder-Egg, E. *Introducción a la Planificación*. Ed. Lumen, Buenos Aires, 1995.
- Ávila Serrano, J.J. *Intervención Psicoterapéutica en el tratamiento del alcoholismo*. Revista Conductas Adictivas, Volumen 2 - nº 4, 27 noviembre 2002.
- Ayuntamiento de Salamanca. II Plan Municipal sobre Drogodependencias de Salamanca. Octubre 2002.
- Boletines de Idea Prevención. Años 1996, 1997 y 1998.
- Center for Substance Abuse Prevention (1997). *Guidelines and Benchmarks for Prevention Programming*. CSAP.
- Comisión on Narcotic Drugs 43 Session. *Drug Information Systems: principles, structures and indicators*. Viena 6-15 marzo 2000.
- Concejalía de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad. Plan Municipal contra las Drogas: Memoria 2002. Madrid 2003.
- Concejalía de Salud del Ayuntamiento de Logroño. Servicios Sociales. Plan Municipal de Drogodependencias.
- Consejería de Asuntos Sociales. II Plan Municipal contra las Drogas y Adicciones (2002-2007). Junta de Andalucía. 2001.
- Conselleria de Sanidade. Plan Galicia sobre Drogas 2001-2004. Colección Drogodependencias. Documentos. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela 2003.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Ministerio del Interior. 2000.
- Estrategia Nacional sobre las Drogas, 2000-2008. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2000.
- European Commission. European Strategy and Action Plan on Drugs 2000-2004.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Classifications of drugs treatment and social reintegration*. Programme 2 Monitoring of Responses. 2004.
- Federación Española de Municipios y Provincias. Manual para la elaboración de Planes Municipales sobre drogas. 2001.
- García Herrero, G.A. y Ramírez Navarro, J.M. (1996). *Diseño y evaluación de proyectos sociales*. Ed. Certeza.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Principios de Tratamiento para la Drogadicción: Una guía basada en la investigación. julio 2001. Publicación nº 01-4180 (s). Kaufman, Roger. *Strategic Planning Plus*. Sage, 1992.
- Ladero, Lucía y otros. Situación actual de las estructuras de coordinación para la prevención de drogodependencias en los municipios. Documento inédito sin fecha de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Marchioni, Marco. *Planificación social y organización de la Comunidad*. Ed. Popular, 1997.
- Mendieta, S. *Los modelos de intervención psicoterapéuticos en el tratamiento de los drogodependientes*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. Ponencia presentada en el I Simposio Iberoamericano de los Trastornos Adictivos. A Coruña, noviembre 2003.
- Monturiol, F. y Silva, A. *Los usos de drogas y su impacto en la cultura (caso gitano)*. Asociación Secretariado General Gitano, Colección Cuadernos Técnicos nº 16. Madrid 1998.
- National Institute on Drug Abuse (1997). *Meta-análisis de la Evaluación de los Programas de Prevención de Drogodependencias en Adolescentes*. NIDA.
- Observatorio Español de Drogas. Informes 1,2,3, 1999, 2000. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. El Consumo de Drogas entre la Población Joven más Vulnerable. Drogas en el Punto de Mira. 2004.
- Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. El Papel Clave de la Sustitución en el Tratamiento de la Drogodependencia. Drogas en el Punto de Mira. 2004.
- Pacual Fernández, C. *Evolución de las estrategias y modelos asistenciales sobre drogas*.
- Pérez Martínez, M. Teresa. Dificultades de la implantación preventiva. Plan Regional sobre las Drogas. Comunidad de Madrid, diciembre 1994.
- Pineault, R. y Daveluy, C. (1989). La planificación sanitaria. Masson, Barcelona.
- Plan de Galicia sobre Drogas. Programa de Incorporación Personalizada (PIP). Xunta de Galicia 2001-2004.
- Plan Municipal contra las Drogas. Memorias 1998, 1999. Ayuntamiento de Madrid.
- Plan Nacional sobre Drogas. Memorias 1995,1996,1997,1998,1999.
- Sánchez, E. *Psicoterapia Breve y Conductas Adictivas*. Revista Conductas Adictivas, Volumen 3 - nº 3, 11 noviembre 2003.
- Unión Europea. El problema de las Drogodependencias en la Unión Europea y en Noruega. Informe Anual 2003.

Van der Stel, J. DR. (1998) *Handbook Prevention, Alcohol, Drugs and Tobacco*. Dutch Ministry of Public Health, Welfare & Sport.

World Health Organization (1993). *Approaches to treatment of substance Abuse*. Ginebra.

Editado por:



Elaborado por:

