

ACERCA DEL CONSUMO DE DROGAS EN TUDELA Y LA RIBERA (1987-1992). ASPECTOS SANITARIOS Y SOCIALES.

*José Antonio Inchauspe Aróstegui
Miguel Angel Laplana Gil*



Recogemos en estas páginas aspectos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas —drogas—, en general y de opiáceos —heroína y sustancias relacionadas—, en particular; desde la perspectiva del trabajo social y sanitario realizado desde el Centro de Salud Mental de Tudela y los Servicios Sociales de la Ribera desde 1987 hasta la fecha. Se incluye un resumen de datos y una breve presentación de programas asistenciales y preventivos implantados actualmente en la Ribera. La discusión hace hincapié en que sólo una pequeña parte del consumo de sustancias psicoactivas es desadaptativa, es decir, se asocia a problemas. Éstos son además muy diversos, y hay que distinguir no solamente entre los tipos de sustancias y de consumo, sino también entre los diferentes problemas planteados por un posible consumo desadaptativo. Es necesario definir clara y concretamente cada problema y se requiere una estrategia diferente para afrontar cada uno de ellos, tanto desde el punto de vista asistencial como de programas de prevención y de resolución de conflictos de tipo social.

A. De qué hablamos cuando hablamos de drogas

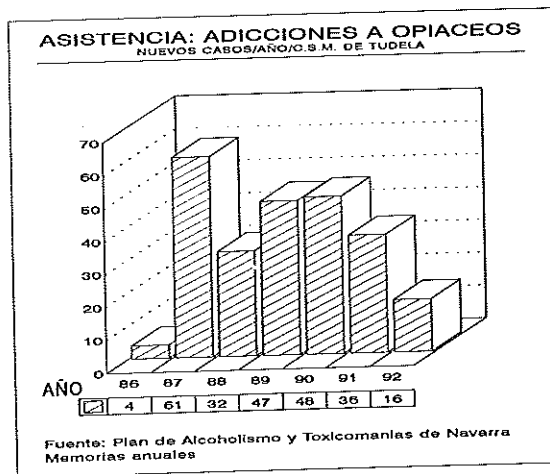
Tantos debates, charlas, declaraciones, campañas... y sin embargo al hablar de «drogas» aún resulta obligatorio acotar el tema tanto cualitativamente como cuantitativamente. La práctica del consumo de sustancias psicoactivas «que alteran el estado de ánimo o conducta, es estimada en algunas circunstancias como normal y apropiada» [1], y se halla profundamente enraizada en nuestra cultura y en las que la han precedido hasta donde se guarda memoria, aunque la historiografía oficial no acostumbre a ofrecer detalles.[2] El uso de sustancias psicoactivas es una «necesidad» de muchos seres humanos, tal vez de la mayoría.[3]

Habitualmente, al hablar de «drogas» nos referimos a productos actualmente ilegales —cannabis, opiáceos, cocaína...— cuyo uso entre nosotros comienza a tener una incidencia social significativa hacia mediados de los años setenta.¹ Sin embargo, la separación de estas sustancias de otras igualmente psicoactivas pero legales —alcohol, tranquilizantes...— no se hace sobre bases sanitarias o psicosociales, sino por razones culturales, cada vez menos relevantes, comerciales y legales. Incluso si nos limitamos a las ilegales estamos tratando en realidad de productos, tipos de consumo, consumidores y posibles problemas asociados muy diferentes.

La perspectiva asistencial también puede llevar a engaño. Registra los consumos que generan algún tipo de problema. De ahí no se deduce que todo uso de sustancias del que se pretende efecto psicoactivo —drogas— sea problemático, o que cuando surgen problemas el consumidor no pueda hacer frente a ellos, gestionarlos, sin ayuda de profesionales sanitarios o sociales.²

Veámoslo en datos del Centro de Salud Mental de Tudela.

Tabla I



1. Es al menos durante estos años cuando se detectan problemas y se crean los primeros servicios asistenciales especializados en España [4], aunque a principios de siglo hubo un consumo de sustancias psicoactivas, por ejemplo de opiáceos, ampliamente extendido y no asociado a los problemas actuales [2].
2. El proceso adictivo no se desarrolla en todos los individuos que consumen, repetidamente, drogas que pueden provocar dependencias, sino, solamente, en algunos, muy pocos, de estos sujetos [5]

Tabla II

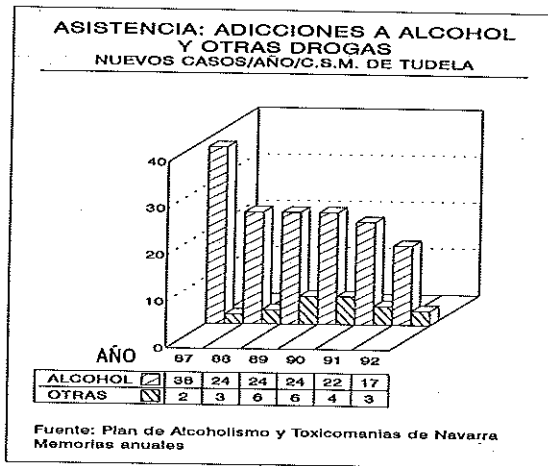


Tabla III

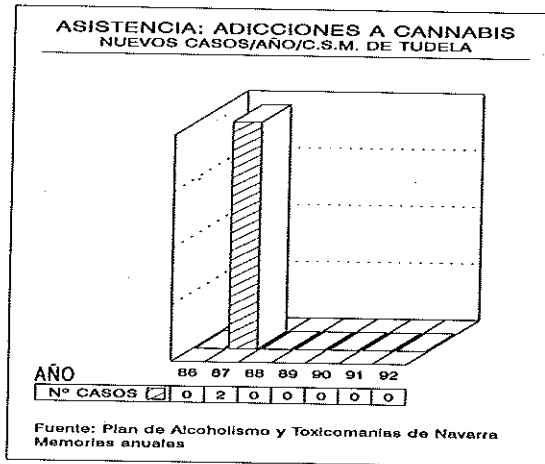


Tabla IV

CAUSAS DE ASISTENCIA C.S.M. DE TUDELA
CASOS TOTALES AÑO 1992

• PSICOSIS	246
• NEUROSIS	378
• DROGODEPENDENCIAS	
- Alcohol	58
- Opiáceos	93
- Otras	12
• RETRASO MENTAL	28
• V FACTORES	171
• OTROS	145
• DIAGNOSTICOS APLAZADOS	155
• TOTAL	1286

Fuente: Subdirección de Salud Mental, Memoria de 1992

Estos datos se prestan a varios comentarios. En primer lugar llama la atención el pequeño número de usuarios de servicios de Salud Mental por problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, tanto en cifras absolutas, como comparándolo con el número de usuarios que presentan otros problemas, o con el número real de consumidores, difícil de establecer —sobre todo para las sustancias ilegales— pero que es muy superior. [6]

Muchos de los usuarios de sustancias psicoactivas no se interesan por la ayuda que puedan prestarles los servicios sanitarios y sociales. De ahí suele argumentarse que estos servicios no son adecuados, no están suficientemente especializados en el problema, ignoran como tratarlo... partiendo siempre de la base de que son los consumidores más problemáticos quienes menos acuden a los servicios asistenciales.

Tabla V

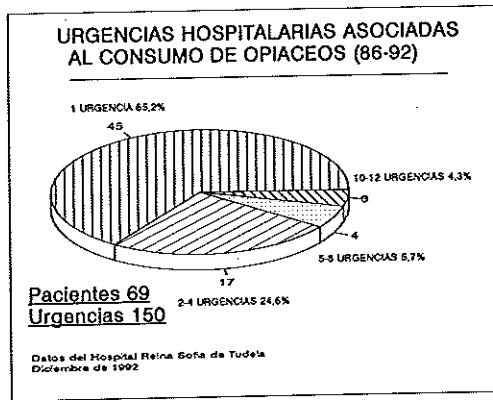
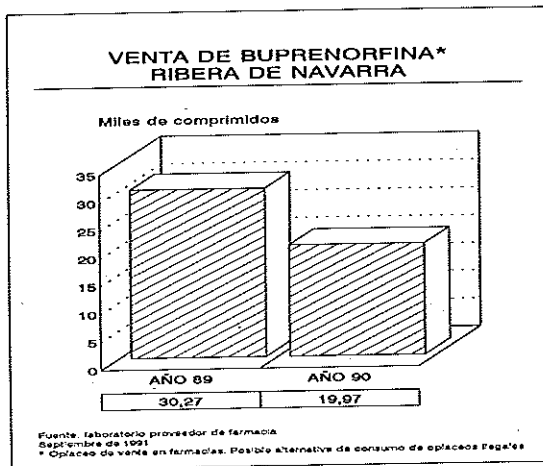


Tabla VI



Esto último no parece cierto en absoluto. En una comunidad pequeña como la nuestra, donde es fácil cotejar datos de procedencia diversa, sanitarios, sociales, de farmacia, policía... parece claro que son siempre los consumidores que padecen problemas los que hacen uso de los servicios asistenciales. Quienes no acuden son los consumidores que menos problemas presentan o no los presentan en absoluto, lo que es muy lógico y corresponde al comportamiento humano habitual.

No se trata de que los servicios asistenciales no reciban «toxicómanos», sino que nunca tan pocos —los consumidores problemáticos— alarmaron a tantos...

Estas cifras muestran el notable desequilibrio existente entre consumidores de opiáceos que solicitan ayuda, y consumidores de otro tipo de sustancias. La presencia de consumidores de alguna de ellas —*cannabis* por ejemplo— es puramente testimonial. Está claro que estas cifras no corresponden en absoluto al consumo real comparado de estas sustancias. No todas las sustancias, o todos los tipos de consumo, generan problemas y hay que buscar, lógicamente, las más consumidas entre las que, porcentualmente, menos problemas generan a una mayoría de consumidores.

B. Naturaleza de los posibles problemas

Cuando los problemas surgen, son de naturaleza muy diversa: sociales, familiares, laborales, de salud...

Hemos intentado reflejar algunas de estas diferencias en las tablas VII y VIII

Tabla VIII

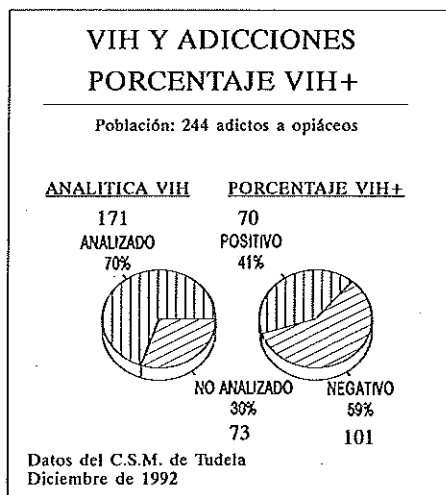


Tabla VII

PATRONES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DIFERENTES SUSTANCIAS EN TUDELA Y LA RIBERA

<p>I. ALCOHOL</p>
<ul style="list-style-type: none"> -De 25 años en adelante. -El consumo se inicia en la adolescencia. -Mantienen el trabajo, con diversas dificultades, durante tiempo. -Pueden estar emancipados, y en muchas ocasiones con familia propia. -Importante conflictiva con los allegados, a menudo silenciosa. -En la mayoría de los casos no hay, o es leve, marginación social. -Enfermedades del aparato digestivo y de salud mental. -Aumenta la accidentabilidad.
<p>II. TRANQUILIZANTES</p>
<ul style="list-style-type: none"> -De 30 años en adelante. -Más mujeres que hombres, más frecuentemente amas de casa. -Sentimientos de insatisfacción vital. -Se mantienen adictos durante años. -No se consideran adictos, sino enfermos. -Mantienen un nivel de competencias bajo, requieren la ayuda de los allegados. -Bajo nivel de disfrute.
<p>III. OPIACEOS</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Joven no emancipado (18 a 32 años). . fracasos en etapas previas a la adicción. . los allegados cuidan de él -especialmente los padres- en las cuestiones básicas de la supervivencia. -No trabaja -sólo un 20% y mayoritariamente en negocio familiar-. -Problemas físicos severos, especialmente de índole infecciosa. -Utilización masiva de servicios asistenciales. -Severa conflictividad familiar.
<p>IV. CANNABIS</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Amplia gama de edad de uso (18-40 años) -Mantienen la gestión de su vida (trabajo, familia...) -No se observan incapacitaciones especiales por el uso de esta sustancia en la mayoría de usuarios. -No hay una conflictiva psicosocial relevante. -Se observan variaciones importantes de la cantidad de uso sin incidencia especial.

Elaboración propia. Según Memorias del C.S.M. de Tudela y Estudios de situación del consumo de drogas en la Ribera.

Además de que los problemas que se pueden plantear son realmente diferentes, la percepción dominante del consumo de sustancias psicoactivas en términos médicos, en los cuales drogodependencia = enfermedad, y por lo tanto la resolución del problema = tratamiento de la drogodependencia, hace que, paradójicamente, en muchas ocasiones alguno de estos problemas no se conceptualice como tal, es decir, no se considere objeto de ayuda profesional, tratamiento... aunque sea la principal fuente de trastorno y sufrimiento.

Es el caso de la dimensión familiar en algunos consumidores de opiáceos. Es frecuente que el comportamiento actual del consumidor de opiáceos³ se rija por una escala de prioridades en la que el consumo va desplazando al resto de comportamientos, incluidos los más básicos para sí mismo y para lo demás: auto y heteroprotección, higiene, reglas mínimas de convivencia y solidaridad...

Como consecuencia, el consumidor de opiáceos interfiere masivamente la dinámica familiar y depende para muchas necesidades vitales de su familia. La familia sufre, pero rara vez asume que el problema también es suyo y que es, como cualquier otro, susceptible de ser solucionado. Cuando, tras muchas vicisitudes, se produce la interrupción del consumo de drogas, ésta no coincide necesariamente con el abandono de los comportamientos y el estilo de vida que caracterizaban al consumidor durante sus períodos de consumo, para mayor zozobra y desconcierto de los familiares. [7]

Además del tipo de sustancia y consumo, es necesario precisar la naturaleza del problema y no dar por supuesto que éste desaparecerá inmediata y mágicamente en cuanto se interrumpa el consumo.

C. De los Recursos asistenciales. El Centro de Salud Mental de Tudela

Es frecuente escuchar quejas y denuncias de que no hay medios suficientes para tratar a los «toxicómanos», de que no son lo suficientemente especializados, de que descuidan ciertos aspectos, de que no reciben el suficiente apoyo por parte de la administración... Se trata de un planteamiento que es difícil rebatir, puesto que dado cualquier problema humano, de la naturaleza que sea, parece siempre legítimo solicitar más o mejores medios para solucionarlo.

No obstante, sorprende la importancia, tanto cuantitativa —número de centros, dinero invertido— como cualitativa —diversidad, grado de especialización, desarrollo de asociaciones de ayuda...— de los recursos asistenciales existentes desde hace tiempo en nuestra comunidad [8], comparándolos con otro tipo de problemas sanitarios y sociales —relacionados con la tercera edad, por ejemplo—. No parece que guarde relación con la severidad de los problemas relacionados con un consumo desadaptativo que estos recursos deben de hacer frente,⁴ ni con el número de perso-

3. Nada parecido al consumidor occidental del primer tercio de siglo [2].

4. Salvo la epidemia VIH/SIDA, propagada en parte por el uso endovenoso de opiáceos, y a la que precisamente estos centros no dan ninguna respuesta.

nas afectadas por ellos, que en la práctica se reduce mayoritariamente a **algunos consumidores de opiáceos en el mercado ilegal**.

Al ampliar la gama de dispositivos para el tratamiento y rehabilitación de consumidores de opiáceos se constata que lo habitual es la escasa utilización de los mismos. Las listas de espera, cuando existen, parecen más relacionadas con las peculiaridades de la demanda, apremios, urgencias... y con el carácter no resolutivo de estos dispositivos, que con el grado de utilización y demanda de los consumidores.

La razón de que se sigan escuchando voces reclamando más medios hay que buscarla en otra parte, probablemente en el terreno de lo cultural, de lo político, de lo ideológico... y en la tasa importante de fracasos de los programas cuyo objetivo es la abstinencia.

Se suele comprobar que el éxito de estos programas puede ser alto para los **consumidores que los siguen hasta el final**, pero que la proporción de éstos respecto a los consumidores que comienzan —retención del programa— es muy baja [9], como también es baja la proporción de consumidores que comienzan un programa respecto a los que contactan, se informan, etc. respecto a él —captación del programa—. No obstante, la presentación de resultados positivos de los que «siguen hasta el final» sigue siendo política publicitaria de asociaciones y centros de fuera [10] y de dentro de nuestro país. [11]

Tampoco parece que la especialización de los centros, o la utilización de determinadas técnicas cambie espectacularmente los resultados. Estudios a largo plazo muestran que los resultados de programas de inspiración muy diversa son bastante parecidos, y se ha llegado a afirmar —*Simpson, José & Bracy*— que el pronóstico al cabo de seis años de toxicómanos sometidos a tratamiento es independiente de la modalidad elegida. [9] Cuando se intenta correlacionar los resultados positivos con determinadas características de los consumidores, se obtienen perfiles parecidos a partir de programas muy diferentes, subrayando por ejemplo «el grado de motivación interna y soporte familiar efectivo». [12] Haciendo salvedad de la dificultad de definir operativamente estos conceptos, probablemente cualquier responsable de cualquier programa de tratamiento, comunidad... suscribiría esta afirmación.⁵

Con todo, es cierto que no todos los programas de tratamiento son iguales, y que se pueden utilizar determinadas estrategias encaminadas a diferentes objetivos, como por ejemplo a aumentar la captación, la permanencia de los consumidores en el programa, hacer que el programa sea más atractivo para ellos... Una estrategia adecuada puede ser la de redefinir el problema y apoyarse en la motivación de los allegados al consumidor —que a menudo sufren en propia carne los problemas asociados al consumo y están interesados en que éstos se resuelvan—. Ello es posible incluso dentro del marco de un programa ambulatorio si se utilizan los procedimientos

5. Que nos aleja notablemente del modelo médico/enfermedad —en el que la motivación interna difícilmente puede ser lo decisivo del pronóstico— y nos aproxima a una conceptualización ética —relación entre aquello que alguien tiene por justo o bueno en sí y aquello que efectivamente hace— del consumo de sustancias [13].

adecuados, como lo hemos hecho en el C.S.M. de Tudela en un programa dirigido a consumidores de opiáceos. [14]

Los efectos a corto plazo sobre los pacientes captados por el programa pueden ser espectaculares, aunque tienden a difuminarse en el tiempo.

Tabla IX PORCENTAJE DE PACIENTES ADICTOS RETENIDOS EN LOS CSM DE NAVARRA EN EL AÑO 1987

CENTRO	3 Meses	6 Meses	9 Meses
IA	13,5	9	4,5
IB	10,7	3,6	3,6
IC	11,1	4,2	1,4
IIA	21,4	-	-
IIB	13,3	3	1,5
III	33,4	16,7	16,7
IV	18,9	12,6	6,3
V*	63,3	32,7	18,4
TOTAL	22,8	10	5,7

* Centro V es el C.S.M. de Tudela.

Los resultados obtenidos —tras un seguimiento de dos años— son notablemente más modestos en lo que se refiere al estado de consumo.

Tabla X SEXO/ESTADO ACTUAL

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Consumo opiáceos ilegales	5	4	9
Consumo opiáceos legales	3	1	4
Abstinente	10	8	18
Comunidad terapéutica	12	1	13
Cárcel	3	-	3
Desconocidos	4	-	4
TOTAL	37	14	51

Hay que indicar, no obstante, que estas cifras incluyen a todos los consumidores de opiáceos que se pusieron en contacto con el Centro de Salud Mental de Tudela durante un año, incluyendo aquellos con los que no se pudo ir más allá de una segunda entrevista, y aquellos que se trasladaron fuera de la zona, o ingresaron al poco tiempo en una comunidad.

La valoración mejora notablemente si lo que evaluamos no es el consumo propiamente dicho sino los problemas asociados al consumo.

Tabla XI

SEXO/EMANCIPACION			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1. Emancipado	2	3	5
2. No mejora de emancipación	19	3	22
3. Mejora a semiemancipación	9	5	14
4. Mejora a emancipación	4	2	6
Modificación desconocida	3	1	4
TOTAL	37	14	51

La categoría emancipado hace referencia a las personas que ya tenían una vida independiente de su familia de origen al comenzar el tratamiento. Se ha considerado como emancipados a aquellos jóvenes que gestionaban parte de su vida y vivían en un hogar independiente del de sus padres o tutores. Las tres categorías siguientes -no emancipado, semiemancipado, emancipado- hacen referencia a los resultados obtenidos a lo largo del tratamiento.

Tabla XII

SEXO/VARIACION DE RELACIONES FAMILIARES			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1. Mejora	15	9	24
2. No mejora	15	4	19
Desconocido	7	1	8
TOTAL	37	14	51

Se han utilizado dos categorías referidas siempre a la evolución de las relaciones con la familia de origen o la propia del adicto, independientemente del grado de conflicto del que se partiera.

Tabla XIII

SEXO/INCIDENCIAS LEGALES			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1. Cárcel	5	-	5
2. Problemas Judiciales	4	2	6
No incidencias	27	12	39
Desconocido	1	-	1
TOTAL	37	14	51

Se utilizan dos categorías (estancia en la cárcel, y problemas judiciales) que hacen referencia a incidencias en el tiempo del tratamiento y/o seguimiento.

Tabla XIV

SEXO/VARIACION DE INTEGRACION OCUPACIONAL			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1. Mejora	23	9	32
2. No mejora	6	4	10
3. Estable	4	1	5
Desconocido	4	-	4
TOTAL	37	14	51

De las tres categorías utilizadas las dos primeras hacen referencia a la mejoría o no de la situación de la que se parte. La tercera hace referencia a aquellas personas que en el momento de iniciar el tratamiento mantienen un nivel de ocupación adecuado.

Son dos formas diferentes de considerar la cuestión —el consumo de sustancias en sí, y los problemas derivados del mismo—, pero ante cualquier comportamiento humano, ¿no daríamos preferencia a considerar e intentar resolver los problemas que pueda originar?

D. Programas de prevención

Los modelos de prevención postulan intervenciones cuyo objeto es disminuir la prevalencia del consumo —el número total de consumidores de sustancias psicoactivas— ya sea actuando sobre la apetencia hacia «la droga» por parte del futuro consumidor —Prevención de la Demanda—, o sobre la accesibilidad al producto —Prevención de la Oferta—. Las intervenciones realizadas bajo el asesoramiento de profesionales de la salud responden casi invariablemente al primer tipo.

Las características de estos programas respecto a técnicas, sector de la población al que se dirigen, quién y dónde las realiza, objetivos... son muy variadas y es difícil hacer un recuento sistemático. No obstante, en la actualidad son dos modelos los que tienen mayor predicamento: los realizados en medio escolar —educación sanitaria sobre drogas— y la intervención desde los medios de comunicación.⁶

Estos modelos comparten varias características:

- a) Intentan aportar información. Habitualmente ésta no es específica y se centra sobre todo en el concepto de dependencia, no siempre limitada al uso de sustancias psicoactivas.
- b) Transmiten, de forma más o menos explícita, un mensaje tipo. Se trata de que «Es malo y peligroso el uso de drogas..., de todas ellas».

6. Consideramos como una variante particular de estos últimos las actuaciones promovidas desde diversas asociaciones para «sensibilizar a la población sobre el problema de las drogas», «recoger firmas contra la droga», etc.

- c) La estrategia de presentación, más o menos sofisticada, se basa en los aspectos semióticos del mensaje, es decir, en procedimientos publicitarios-propagandísticos, y no en datos fiables y contrastados científicamente, o simplemente racionales.
- d) Se requiere un experto que dirija y ponga en práctica el programa.
- e) La dimensión participativa, cuando existe, es de tipo «autorreforzador», es decir, agradable para los receptores del programa, y no va encaminada a la resolución de problemas.

Estos programas se ven confrontados a las mismas dificultades:

- a) Al querer enseñar a no hacer algo, —¿cómo se podría enseñar a alguien a no andar en bicicleta?— y procurar una acción sobre algo que no existe aún, se fomenta sobre todo la Atención Negativa —fijarse en los errores, problemas, defectos— de las personas —en general jóvenes— a quienes se quiere proteger. No es el mejor método para asegurar el crecimiento y desarrollo armónico de estos jóvenes.⁷
- b) La atención negativa y el modelo de enfermedad —pilares de estos programas— no fomentan comportamientos de salud y habilidades para la resolución de problemas.
- c) Crean sensación de peligro y desconfianza —en los padres— y paradójicamente no aumentan la posibilidad de identificación precoz de problemas, y mucho menos la capacidad de resolverlos.
- d) La tarea se descarga sobre expertos. No aumenta la capacidad de la comunidad y de los interesados en resolver problemas.
- e) Es un mensaje entre una multiplicidad. Los padres, la cultura, los medios de comunicación, transmiten otros diferentes y contradictorios con los que los técnicos preparan tan concienzudamente. El mensaje del infierno de la droga entra en grotesca contradicción con una sociedad en la que el recurso a las sustancias psicoactivas es generalizado y banal.

Sea por estos motivos o por otros, lo cierto es que la eficacia de estos programas, evaluados con metodología científica, es casi nula. Se cuestionan por ejemplo los programas de Educación para la Salud en los USA —según Godstadt, responsable de dichos programas, que propone una reformulación del método [15]—. A nuestro entender, siguiendo la opinión de muchos especialistas, es el modelo mismo el que debería ser puesto en cuestión. [16]

Como consecuencia del fracaso, la reacción habitual es pedir más intervenciones, más programas, más dinero... —exactamente lo mismo que sucede en el campo del

7. Puede ser algo realmente nocivo para un joven que sus padres estén realmente «concienciados» por el «problema de la droga». En la Ribera hemos encontrado varios casos en los que el «padre preventivo» se adelantaba en años a su hijo finalmente adicto, como si la «prevención» le hubiera encaminado al consumo. El daño a la estabilidad familiar de estas campañas de «prevención» no ha sido estudiado, pero hay indicios para pensar que es muy grande, sobre todo para cierto tipo de familias.

tratamiento—. Otras veces la reflexión crítica plantea que la tarea preventiva por excelencia es la modificación de la sociedad. Planteamientos muy frecuentes en nuestro país que conducen a propuestas cuyos objetivos son utópicos y difusos, y que responden más bien a claves políticas [17,18] o religiosas,⁸ sin relación con los problemas concretos que puede acarrear a una población cierto consumo de drogas.

¿Qué es lo que hay que prevenir? No parece que sea el consumo, salvo desde perspectivas ideológicas o morales que difícilmente pueden aplicarse con legitimidad a otra persona que no sea uno mismo, puesto que sólo una parte del consumo de drogas llega a ser un problema para uno mismo y los demás.

Parece más razonable centrarse en estos problemas, y dado que pueden ser muy diferentes, será necesario definirlos de manera clara y concreta —lo que se desea prevenir— y darse la metodología necesaria para evaluar los resultados de los programas —no es lo mismo «hacer prevención» que prevenir—.

Por poner un ejemplo relacionado con el mundo del consumo de alcohol, no es lo mismo los bebedores sociales que presentan problemas de deterioro personal y cognitivo, dificultades familiares, laborales, etc. tras muchos años de consumo excesivo, y los accidentes de tráfico propios de jóvenes con consumo puntual y masivo de alcohol los fines de semana, por fiestas, etc.⁹ Lo mismo sucede con el resto de sustancias psicoactivas.

También hay que distinguir los efectos asociados al consumo de una sustancia de los asociados al tipo de acceso a la misma —legal/ilegal, controles sanitarios/adulteración, etc.—. Se sabe por ejemplo que los principales problemas asociados al consumo de cannabis en los USA están relacionados con la ilegalidad de este consumo, y los estigmas sociales, laborales, jurídicos que padecen las personas que se han visto condenadas por este consumo [19] —lo preventivo en este caso sería un cambio en la legislación—. Es necesario concretar los problemas —de salud física, de diferentes grados de incapacitación vital, del impacto sobre la familia, la comunidad, el vecindario...— para poder desarrollar estrategias preventivas.

Si nos ocupamos del inicio en el consumo de «drogas» —legales o ilegales— veremos que este consumo es característico del mundo de los adultos y que comienza cuando el joven inicia su proceso hacia la autonomía, emancipación y participación en el mundo adulto —adolescencia—. En este contexto es absolutamente normal que se inicie asimismo en algo consustancial a nuestra sociedad, el consumo de sustancias psicoactivas, y que lo haga con aquéllas cuyo consumo está más extendido, es más habitual o le es más accesible —alcohol, tabaco, cannabis...— y que más tarde, o nunca, llegue a probar y tal vez consumir habitualmente otras menos extendidas —

8. En alza últimamente por el desarrollo del Proyecto Hombre «...respuesta que la Iglesia está dando al problema de las drogodependencias en Navarra». Las críticas de esta institución a una sociedad que «¿se está acostumbrando a vivir con la drogadicción?» [11] se insertan en una visión del mundo, sociedad... a partir de bases morales y religiosas, y no sobre criterios sociológicos o sanitarios.

9. Medidas muy interesantes para estos últimos (padres de guardia, autobuses, taxis colectivos para volver de fiestas... aplicadas exitosamente en la Ribera) son visiblemente absurdas para los primeros.

tranquilizantes, estimulantes, opiáceos—. Sólo una parte de estos consumidores llegarán a presentar problemas.¹⁰

Si queremos determinar la naturaleza de los problemas ligados al consumo desadaptativo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, veremos que se trata de problemas de irresponsabilización —en ocasiones masiva, haciendo referencia incluso a aspectos de autocuidado e higiene personal—, falta de autonomía y dependencia respecto a los allegados, conflictos familiares, dificultades de inserción social, laboral... que pueden presentarse asimismo sin estar preferentemente ligados al «mundo de la droga» —fracasos continuados en estudios y trabajo, conflictividad familiar, fracaso a la hora de mantener relaciones personales satisfactorias, conflictividad social, delincuencia juvenil...—. Son dificultades que pueden llegar a poner en peligro el proceso madurativo, a cuyo término el joven llegará a hacerse cargo de la gestión de su propia vida.

Cursan con alteraciones emocionales, dificultades sociales y repercuten no sólo en la propia vida del joven sino también en la de sus familiares. No hay que olvidar que es en este período cuando se instauran modelos relacionales y estilos de vida que, aún siendo muy insatisfactorios, pueden durar largo tiempo. [20] Desde este punto de vista, los problemas ligados al consumo desadaptativo de sustancias en los jóvenes entran dentro de un grupo más amplio de Trastornos Desadaptativos Juveniles. [21]

¿Es posible prevenir estas desadaptaciones? Es lo que pretenden diversos programas de prevención desarrollados a partir del llamado **modelo de competencia**. El objetivo genérico de estas intervenciones es el desarrollo de los medios de los que dispone el individuo o la comunidad para construir su estilo de vida. Puede ser una información o la creación y accesibilidad de un servicio, pero se trata habitualmente de un comportamiento o de una gama de competencias y habilidades para el manejo de situaciones. Son los llamados programas de prevención inespecífica, considerados actualmente como los más eficaces para la prevención del consumo desadaptativo de sustancias. [22]

La promoción de comportamientos adaptativos, de habilidades relacionales, de confrontación y de resolución de problemas, puede disminuir la probabilidad de aparición de trastornos desadaptativos en el joven, y el desarrollo de un estilo de vida centrado en la autonomía, la responsabilidad y el disfrute puede ser no solamente «protector» —es decir, preventivo de la aparición de trastornos desadaptativos, incluido el consumo desadaptativo de sustancias psicoactivas— sino la base para construir una existencia satisfactoria.¹¹

10. Y se comprobará retrospectivamente que muchos de ellos han comenzado consumiendo alguna de las sustancias más extendidas y banales. Ésta es la única base de la teoría de la cascada —en la que el consumo de una «droga» llevaría invariablemente al consumo de todas, incluidas las más «duras» con todos los problemas imaginables— que no tiene fundamento psicológico ni sociológico alguno.

11. Lo que no es posible a partir de la atención negativa y las campañas basadas en el «NO»: no empeorar la calidad de vida, no drogarse... Tal vez por ello «cada vez se muestra con mayor claridad que campañas destinadas a impedir comportamientos tienen una incidencia escasísima» [15].

A partir de estas hipótesis se han desarrollado en Tudela y la Ribera, desde el curso escolar 1989-90, tres programas de prevención de desadaptaciones juveniles. [23] El primero de ellos —Programa de Habilidades Sociales— busca intervenir en el estilo de vida del joven, promocionando comportamientos más eficaces y adaptados a una vida social y relacional satisfactoria. Se realiza en el marco escolar y está dirigido a alumnos de 6º de EGB. El segundo —Programa de Resolución de Conflictos Padres/Hijos— tiene como objeto incidir en el medio ambiente inmediato del joven: sus familiares y allegados. Se realiza en las escuelas de padres. El tercero —Programa de Resolución de Conflictos en el Aula— va dirigido a profesores que trabajan con jóvenes.

Estos tres programas son síntonos en cuanto a metodología y objetivos. El primero busca el desarrollo de comportamientos y habilidades relacionales, de afrontamiento, de resolución de problemas... en jóvenes preadolescentes. Los otros dos, que el medio ambiente inmediato de estos jóvenes comprenda, tolere y aliente el tipo de comportamientos que el programa PHS tiene por objeto suscitar.

El desarrollo e implantación de estos programas en Tudela y la Ribera [24], y su diseminación a otros lugares de Navarra y del Estado Español, constituyen una experiencia pionera plenamente enmarcable en el trabajo de prevención de drogodependencias.¹² Un primer estudio de evaluación muestra la capacidad del programa PHS para transmitir habilidades sociales a los jóvenes, así como indicios interesantes sobre la potencialidad preventiva de estas habilidades. [25]

E. Drogas y problemática social. Programa de intervención comunitaria

Las circunstancias actuales en algunos países occidentales, y en España en particular, del acceso y consumo a ciertas «drogas» ilegales, fundamentalmente heroína y opiáceos, generan molestias y una alta conflictividad en el entorno social de consumidores y comerciantes —vecinos, calle, comunidad...—.

Se trata de un mercado ilegal, y como consecuencia de ello el producto es de baja calidad, mucho más tóxico y caro. El consumo más relevante se asocia a un rol del consumidor basado en la irresponsabilidad tanto para su propio autocuidado como de respeto para los demás. La venta ilegal de estos productos, tanto por su ilegalidad como por la irresponsabilización del consumidor, se manifiesta en la red urbana que más lo posibilita, en lugares con desarraigo social, marginación, deteriorados. En torno a este comercio se desarrolla un submundo de marginalidad para el resto del vecindario y que entra fácilmente en conflicto con éste —peleas, robos, discusiones, amenazas, hallazgo de jeringuillas...—. No es infrecuente que el clima de temores, en ocasiones absolutamente irracionales, tenga tal impacto sobre el vecindario que éste modifique sus hábitos de comportamiento —evitando ciertas zonas, ciertas horas...— y que el clima de convivencia se degrade.

12. Como lo muestra la concesión al conjunto de los tres programas del Premio Reina Sofía de la CREFAT al mejor programa de *Prevención de Drogas en Medio Escolar* de 1992.

La crispación vecinal y alarma social que se derivan han producido diferentes movimientos ciudadanos contra la droga, en ocasiones con actuaciones de tipo policial o «justicieras» más o menos violentas, y en un contexto de descalificación y acusaciones dirigidas a las instancias que se supone que tienen la llave para cambiar este estado de cosas: policía, justicia, diversas administraciones, poderes públicos en general...

Suele tratarse de acciones poco discriminativas en sus objetivos, escasamente realistas —se trata de limpiar, acabar con la «droga» en un barrio, una ciudad...— y que abonan el terreno para mantener o agudizar los mismos problemas, por ejemplo marginalizando más aún a los consumidores. A veces van más allá de lo legal y éticamente aceptable, y rezuman espíritu inquisitorial, de persecución y cruzada, percible también en campañas institucionales de prevención que adoptan aspectos de «guerra» o «cruzada» contra las drogas y por la salud, recientemente extendidas a sustancias legales y culturalmente más anodinas —tabaco—.

Fuera de estos momentos de crispación, los ciudadanos transmiten una imagen de pasividad e indefensión, de ciudadanos atropellados por las personas pertenecientes al «mundo de la droga», poco responsabilizados en afrontar por sí mismos la cuestión y confiados en que la policía remedie el problema. [26]

No suele ser así, y existe de hecho un abismo entre la objetivación de las molestias producidas a los vecinos, su pertinencia legal —en términos por ejemplo de delito que no sea el propio comercio y el de pequeños delitos contra la propiedad [27,28]— y la alarma social que generan. Si a ello sumamos la dificultad material de detener a un número significativo de consumidores, y de aprehender cantidades de droga que imposibiliten el mercado, resulta que a pesar de incrementar la vigilancia y persecución policial muchas veces la situación no cambia.¹³ La consecuencia para los vecinos es que la crispación aumenta y las acusaciones se generalizan —señalando por ejemplo la pasividad del Estado y su connivencia con los comerciantes. [29]

También Tudela y la Ribera han conocido diversos movimientos ciudadanos y una «coordinadora de lucha contra la droga», que responden en líneas generales al modelo descrito. [30] Desde planteamientos sensiblemente diferentes, utilizando metodología comunitaria, y con la intervención de los servicios sociales de la zona, se ha desarrollado desde 1990 el llamado Programa de Prevención de Oferta de Drogas Altamente Incapacitantes —DAI—. [31]

13. La propia efectividad de policía y justicia puede constituir asimismo un problema social considerable. Según los datos del Plan Nacional de Drogas [28] las cifras de detenidos por tráfico de drogas no están lejos de las de tratados por problemas de toxicomanías... La penalización del consumo público va a acentuar esta tendencia. Es previsible que esta ley sea inoperante por imposible de cumplir —multas—, aunque las primeras reflexiones críticas señalen sobre todo la incapacidad del sistema sanitario español para tratar —desintoxicar— a los ciudadanos multados que se acojan al artículo de dicha ley, que prevé el perdón para quienes se pongan en tratamiento. Esta reflexión —querer tratar a personas cuyo único problema «de salud» es el delito en el que han incurrido, y atribuir su imposibilidad al sistema sanitario— parece uno de los momentos cumbres de irracionalidad en este tema. En cualquier caso, remite de nuevo a aumentar —inflar— un sistema asistencial que se caracteriza precisamente por no ser capaz de resolver el problema —más de lo mismo—.

Es éste un Programa Comunitario de Resolución de Problemas relacionados con el comercio de sustancias —fundamentalmente opiáceos y productos relacionados—. Sus objetivos generales son incrementar los comportamientos autoprotectores de la comunidad y disminuir el sufrimiento comunitario.¹⁴ Son objetivos más específicos el incremento del discurso selectivo respecto a los diferentes tipos de drogas y pautas de uso, el diseño y aplicación por parte de los vecinos de acciones encaminadas a afrontar los problemas que puedan asociarse al comercio y consumo de estas sustancias, el producir cambios en la percepción comunitaria del «adicto», conceptualizando a éste como persona que opta por el consumo y a quien se puede exigir un comportamiento responsable hacia los demás, y el ofrecer alternativas que impidan la aparición de movimientos ciudadanos tipo cruzada, persecución.

Distingue dos tipos de actuaciones:

- Las encaminadas a afrontar los problemas y molestias que puedan originarse por el comercio de drogas. Son acciones que tienen como objeto resolver problemas concretos. En esta línea se encuadran las denuncias, comunicados, protestas y otras actuaciones ciudadanas.

- Aquellas que sin hacer referencia directa a las molestias generadas por el tráfico de estas sustancias potencian comportamientos incompatibles con ellas. Se trata de fomentar usos y acciones alternativos, culturales, de recreo y de disfrute en lugares y zonas utilizadas para el comercio DAI, desde una perspectiva de promoción y desarrollo comunitarios.¹⁵

Tras año y medio de aplicación los resultados han sido, a nuestro entender, altamente positivos. [32] El Programa se ha revelado útil como instrumento de resolución de problemas comunitarios. Desde el punto de vista de los vecinos, situaciones de crispación, sufrimiento, alarma social, conflictos entre vecinos y entre éstos y las instituciones, comportamientos individuales inadecuados... han sido resueltos a entera satisfacción.

Hemos objetivado cambios de percepción y actitudes en los vecinos que han participado en el Programa en el sentido de una mayor matización de la naturaleza del problema y de las circunstancias concurrentes, y de una normalización en la percepción de móviles y comportamiento de consumidores y comerciantes. A nuestro entender, y en base a nuestra experiencia anterior, estos cambios han sido mucho mayores que el producido habitualmente en nuestro trabajo de información, participación en charlas, debates, etc.

El Programa induce cambios notables de comportamiento en adictos y comerciantes. Éstos se pueden resumir en un menor «ruido social» y sobre todo en una disminución notable de comportamientos de dependencia respecto al entorno vecinal inmediato. No hemos detectado fenómenos de rechazo o de aumento de marginalidad social, de aumento de práctica de riesgo, de disminución de la accesibi-

14. Es decir, no se trata de obstruir la oferta actual, sino de intentar resolver algunos de sus efectos.

15. Decisiva por ejemplo en la campaña «El Casco Viejo ama la vida» desarrollada en Tudela dentro de este programa.

lidad de centros sanitarios y sociales, o de atribución a determinada etnia o minoría de la causa del problema. La disminución del «ruido social» va pareja con una mejora notable en las relaciones sociales y vecinales y una mayor preocupación, o por lo menos expresada de manera más asertiva y operativa, sobre condiciones y calidad de vida: urbanismo, ocio, servicios... Parece relacionado con nuevos modos de organización e intervención de los vecinos, impensables en la situación de crispación y zozobra anteriores.

Finalmente, nos parece muy significativo que en Navarra, Tudela y su área de influencia, con características urbanas y de servicios, incluyendo entre éstos el comercio de opiáceos, sean de los pocos núcleos de población que no conocen actualmente movimientos ciudadanos contra la droga «tipo cruzada», que sin embargo proliferan en Navarra incluso en lugares en los que el consumo y tráfico de sustancias ilegales es puramente testimonial, si es que existe. Creemos que es un hecho atribuible a la existencia del Programa.

F. Aspectos legales y comunitarios. Programa de mantenimiento con Metadona

La accesibilidad actual en España a los opiáceos y otras drogas ilegales está marcada por la paradoja. Siendo sustancias ilegales, son de acceso relativamente sencillo dentro de una cultura pobremente discriminada entre los diferentes tipos de sustancias, usos de las mismas, y consecuencias posibles. Los mensajes publicitarios que repiten las campañas de prevención institucionales contribuyen a alimentar esta confusión entre sustancias, usos y consecuencias.

Buena parte de la problemática asociada al consumo y comercio de las drogas ilegales es contingente a la accesibilidad actual de estas sustancias —cara, ilegal, adulterada, estigmatizada...— y no se ha de dar necesariamente en otras circunstancias. Cambios en la legislación producirían seguramente cambios en el mercado y en este tipo de problemas. Éste es el núcleo de todo un debate en el que hay que anotar la divergencia entre las opiniones críticas y matizadas de expertos y profesionales hacia una modificación del acceso a las drogas ilegales, en una línea más liberalizadora [33], y los cambios estos últimos años en el código penal en España y países de su entorno hacia una penalización cada vez mayor [34], argumentados con frecuencia en tópicos e ideas acientíficas e irracionales. [35]

El tema es complejo y seguramente admite matices y medidas encaminadas a prevenir diferentes problemas, muy alejadas de la postura oficial actual de ilegalidad militante y cruzada contra la droga. Se ha señalado que estas medidas no tienen por qué ser las mismas en todas partes, ni siquiera en el mismo estado, y que es la realidad social y la cultura del uso de «drogas» en una comunidad dada la que debe inspirarlas. [36]

Una de ellas, dirigida a consumidores de opiáceos con problemas, está constituida por los llamados programas de mantenimiento —fundamentalmente con la Metadona—. Se trata de facilitar a consumidores de heroína con problemas de salud¹⁶,

16. En ocasiones muy graves y transmisibles por vía intravenosa o sexual, VIH, hepatitis...

familiares, sociales... y fracasos reiterados en programas de tratamiento, o que simplemente no se interesan por éstos, la posibilidad de consumir otro tipo de opiáceos bajo control y supervisión sanitarios. El propio programa incorpora medidas para que el producto no pase al mercado negro, no pueda transmitir enfermedades, y su consumo se acompañe de una estabilización social, psicológica y médica del consumidor —consumo oral, características farmacológicas de la metadona, análisis de tóxicos en orina, criterios de inclusión y exclusión del programa...—.¹⁷

Como se ve, es algo muy alejado de la dispensación libre de «drogas», aunque su desarrollo en España haya necesitado legislación específica que cambiara normas anteriores. [37] Existe experiencia y un gran consenso sobre la utilidad social y sanitaria de estos programas en los países en los que se han desarrollado [38], y son recomendados por organizaciones tan poco sospechosas como la OMS, y en España por la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas sobre el SIDA, o la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Pues bien, tres años más tarde de que se publicara el Real Decreto y la Orden Foral, no se ha implantado aún en Navarra ningún programa de mantenimiento con la Metadona, en situación única en todo el Estado Español y que recuerda a otros temas en los que criterios de tipo ideológico han prevalecido en nuestra comunidad sobre la realidad social y sanitaria, y la legislación vigente.

En el momento de redactar estas líneas (julio de 1993) hemos elaborado en el Centro de Salud Mental de Tudela un «Proyecto y Propuesta de Implantación de un Programa de Mantenimiento con Opiáceos», que esperamos que esté en marcha para otoño de este mismo año.

G. Conclusión

Existe actualmente un abismo entre la percepción, conceptos e imágenes asociados a «la droga», tal como se transmiten y potencian desde los medios de comunicación, declaraciones de diferentes sectores de allegados, ciertas asociaciones de tratamiento y de «lucha contra la droga», campañas institucionales de prevención..., con la realidad social del consumo de sustancias psicoactivas, y los problemas generados por usos desadaptativos de éstas, tal como son registrados por los servicios asistenciales.

Hemos intentado presentar el punto de vista de profesionales sanitarios y de trabajo social, que suman varios años de trabajo en este campo y experiencia en varios programas asistenciales, de prevención y comunitarios, algunos de ellos de carácter pionero en el Estado español, y siempre en la misma comunidad: Tudela y la Ribera de Navarra.

Consideramos necesario un abordaje desideologizante que tenga en cuenta que el consumo de sustancias psicoactivas es una práctica enraizada y generalizada en

17. Instaurado, por otra parte, una nueva paradoja: se facilita una accesibilidad alternativa a una droga que se asocia a problemas sociales, mientras que aquellas cuyo consumo está más extendido y su problemática es casi inexistente, sólo tienen la vía del acceso ilegal...

nuestra sociedad y en las que históricamente la han precedido. Sólo una pequeña parte de este consumo es desadaptativo, es decir, está relacionado con problemas de diversa índole, de salud, relacionales, comunitarios, familiares... problemas a su vez muy diversos y relacionados no sólo con las características de esas sustancias sino también con el estilo de vida de los consumidores, circunstancias de uso y accesibilidad actual de estos productos en nuestra sociedad.

Nuestra sociedad está y va a estar cada vez más en contacto con el uso y abuso de un amplio abanico de sustancias, algunas de las cuales no formaban parte de su patrimonio cultural tradicional. El uso de la mayoría de estas sustancias puede estar asociado a diversos problemas. Quien quiera actuar sobre ellos tendrá que realizar intervenciones adecuadas a la realidad social, cultura y percepciones de cada comunidad social, y sobre todo definir claramente el problema, lo que se va a tratar, lo que se va a prevenir... En todo caso, la tendencia oficial actual a presentar el problema como el **infierno de la droga** no es ni racional en sus planteamientos ni realista en sus propuestas, y aumenta la distancia existente entre la realidad social y la ideología en uso.

Esperamos que estas líneas sirvan para que esta distancia disminuya, al menos entre los lectores de la revista del *Centro de Estudios Merindad de Tudela* y los profesionales sociales y sanitarios de Tudela.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association: *DSM-III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona. 1988, p. 201.
2. Escohotado, A.: *Historia General de las Drogas*, 3 vol. Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo. n° 1384, 1393, 1404, Madrid. 1989.
3. Arnao, G.: «A Caveat: Drug Policy as Factor of Trends in Trade and Use of Different Substances,» en *The International Journal of the Addictions*, 25 (12); 1990, pp. 1485-1488.
4. Alvarez Arroyo, P.: «El Plan Nacional sobre Drogas» en Ramos, P.F.; García, A.; Graña, J.L. y Comas, D.: *Reinserción social y drogodependencias*, pp. 27-36. Asociación para el estudio y promoción del bienestar social. Madrid. 1987.
5. Casas, M. et al.: «Las conductas de automedicación en drogodependencias» en Casas, M. coord.: *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Ed. Citran. Barcelona. 1993.
6. Para las encuestas de consumo entre la población juvenil en Navarra: Fundación Bartolomé de Carranza: «Encuesta sobre la juventud de Navarra». 1983, 1986.
Para el consumo de opiáceos en Navarra: Urtiaga Domínguez, J.: *Aproximación a la prevalencia de usuarios de opiáceos en Navarra en 1990*. Dirección de Salud Mental. Gobierno de Navarra. Pamplona. 1991.
7. Stanton D. y Todd, Th. C.: *Terapia familiar en el abuso y adicciones a drogas*. Ed. Gedisa. Barcelona. 1986.
8. Para Navarra se puede consultar: Varo, J.R.: «La atención a la Salud Mental y a las drogodependencias en Navarra», en *Rev. Comunidad y Drogas*, n° 13/14, 1989, pp. 27-43.
Inchauspe, J.A.; Martínez, M.; Pérez, J.; Potestad, F. y Urzainqui, M.: «Implantación y Desarrollo de la Atención en Salud Mental en Navarra 1986-1991». Dirección de Salud Mental. Pamplona. 1991.
Varo, J.R.: «Drogodependencias» en *Plan de Salud de Navarra. Trabajos monográficos sobre problemas de salud*. pp. VI.1-VI.33. Pamplona. 1991.
Plan de Alcoholismo y Toxicomanías. Memorias anuales 1987/88/89/90/91/92. Gobierno de Navarra. Pamplona.
Para el Estado Español:
Plan Nacional de Drogas. Memorias anuales 1987/88/89/90/91. Madrid.
SEIT. «Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías». *Informes 1987/88/89/90/91*.
9. Sánchez Carbonell, J.: *La Evaluación del tratamiento de Toxicómanos* en XII Jornadas de Socidrogalcohol, Palma de Mallorca, Consell Insular de Mallorca, 1986, pp. 167-178.
10. Baler, R. et Al.: «Three Therapeutic Communities», en *Arch. Gen. Psychiat*, N° 41. 1984. pp. 185-191.
11. Proyecto Hombre Navarra: *Memoria 1992*.
12. «Los tratamientos con Naltrexona en España», Madrid 5-X-88, *Documentos Técnicos*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1988. Ministerio de Sanidad y Consumo, Informes Técnicos.
13. Escohotado, A.: «Ludopatías» en *Claves de razón práctica* n° 30, marzo de 1993.
14. Valverde M.; Martínez M. e Inchauspe J.A.: «Intervención familiar y retención de adictos a opiáceos en tratamiento ambulatorio» en *Adicciones*, Vol. 3, n° 4, pp. 317-340. 1991.
15. Grupia: «Jornadas sobre la prevención de las drogodependencias. Experiencias en diferentes países». Barcelona, 1989.
16. Leavitt, F.: *Drugs and behavior*. Ed. Wiley & Sons. Nueva York 1982, pp. 200 y ss.

17. Askagintza: *Cuadernos de prevención I y II*. San Sebastián. 1988.
18. Batzarre: *Drogas: ¿Represión o legalización?* Pamplona, 1989.
19. Erickson, P.G.; Murray, G.F.: «Cannabis Criminals Revisited» en *British Journal of Addiction*, 81, 1, 1986, pp. 81-85.
20. Haley, J.: *Trastornos en la emancipación juvenil y terapia familiar*. Ed. Amorrortu, 1985.
21. Elzo, J.: *Los jóvenes y su relación con las drogas*. Gobierno Vasco. 1989.
Konopka, G.: *Young girls: A portrait of adolescence*. Ed. Prentice-Hall. 1976.
Cavan, R. & Ferdinand, T.: *Juvenile Delinquency*. Ed. Lippicott. Philadelphia. 1976.
22. OMS: *Libro básico para reducir la demanda ilícita de drogas*. Nueva York. 1982.
23. Inchauspe, J.A. y Valverde, M.: «Programas de aprendizaje estructurado para la promoción de la salud y el bienestar» en RTS. *Revista de Treball Social* nº 120, 1990, pp. 6-24.
24. Inchauspe, J.A. y Valverde, M.: «Sobre estrategias de trabajo e implantación en la intervención comunitaria: un ejemplo práctico» en RTS. *Revista de Treball Social*, nº 120, 1990, pp. 25-37.
25. Inchauspe, J.A.; Lamana, C.; Melero, N.; Mendive, M.J. y Zubizarreta, B.: *Evaluación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales (PHS) implantado en medio escolar en la Ribera de Navarra*. Becado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. 1993.
26. García Nebreda, B.; Menor Sendra, J. y Perales Albert, A.: «La imagen de la droga en la prensa española» en *Comunidad y Drogas, Monografía nº 2*. 1987.
27. Nurco, D.N.; Balla, J.C.; Shaffer, J.W. & Hanlon, T.E.: «The criminality of narcotic addicts» en *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 173, nº 2. 1985, pp. 94-102.
Hualde, G.: «La droga y la delincuencia en los jóvenes de Navarra» en *Revista del Centro de Estudios Merindad de Tudela*, nº 1. 1989, pp. 137-171.
28. *Plan Nacional de Drogas. Memorias Anuales. 1987/88/89/90/91*.
29. Campaña Askagintza. En la Comunidad Autónoma Vasca y Navarra. Invierno 1992/93.
30. Inchauspe, J.A. y Valverde, M.: «Una intervención comunitaria en torno a la oferta de opiáceos: un modelo para el debate» en RTS. *Revista de Teball Social*, nº 117. 1990, pp. 177-195.
31. Declarado Programa Piloto de Prevención Comunitaria por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Cf.:
«Drogas Altamente Incapacitantes y Comunidad». Asociación CIP - Programa de Intervención Comunitaria y Federación Navarra de Municipios y Concejos. Tudela, junio 1990.
«Programa de Prevención de la Oferta de Drogas Altamente Incapacitantes» *Memoria de Actuaciones* Junio-Diciembre de 1991, Tudela, 1992. y *Memorias de Actuaciones* Enero-Diciembre de 1992, Tudela, 1993.
32. Laplana, M.A.; Inchauspe, J.A. y Gil, J.A.: «Conflictividad social asociada al comercio y consumo de heroína: un programa de intervención comunitaria dirigido a vecinos afectados». 1993. Pendiente de publicación.
33. Fundación Bartolomé de Carranza: *Legalizar las drogas*. Editorial Popular. Madrid, 1991.
34. «Modificaciones penales y atención de personas con drogodependencias». *Comunidad y Drogas. Monografía nº 3*. Mayo 1988.
35. «Drogue et Criminalité». Sesión del Parlamento Europeo - Estrasburgo. 11-15 de mayo 1992. *Revue d'Action Sociale*. nº 4. Juillet-Août 1992; pp. 14-18.
36. Alexandre, B.K.: «Alternatives to the War on Drugs» en *The Journal of Drugs Issues*, 20 (1). 1990; pp. 1-27.
37. Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos. BOE, nº 20, martes 23 de enero de 1990; pp. 2110-1103.

Orden Foral de 29 de mayo de 1990, del Consejero de Salud por la que se crea la Comisión de Acreditación, Evaluación y Control de Centros o Servicios de Tratamientos con Opiáceos. BO de Navarra nº 49. Lunes 23 de abril de 1990; p. 1349.

«Informe sobre la implantación de programas de tratamientos con opiáceos en Navarra». Comisión de Acreditación, Evaluación y Control de Centros o Servicios de Tratamientos con Opiáceos en Navarra. Pamplona, noviembre 1990.

38. Reunión Internacional de Expertos en Tratamientos de Toxicómanos con Metadona. Valencia 10 y 11 de noviembre de 1987. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat y Consum. Comisionado de la lucha contra la droga.

Noorlander, F.: «Drogodependencias y Atención Primaria en Holanda» en *Comunidad y Drogas, Monografías* nº 5. 1988; pp. 81-93.

Cooper, J.R.: «Methadone Treatment and Acquired Immunodeficiency Syndrome: en *JAMA*, 262. 1989; pp. 1664-1668.

José Antonio Inchauspe Aróstegui. Psiquiatra. Ha participado en la Reforma Psiquiátrica en Navarra, como subdirector de Atención Comunitaria, y dirige actualmente el Área de Salud Mental de Tudela. Es autor de una veintena de artículos publicados en revistas especializadas, españolas y extranjeras, sobre diversos temas de Salud Mental, varios de ellos sobre toxicomanías.

Miguel Angel Laplana Gil. Educador Especializado. Ha trabajado durante varios años en programas de promoción de Minorías Étnicas. Desde hace dos años, es el coordinador del Programa Comarcal de Prevención de la Oferta de Drogas Altamente Incapacitantes, de la Ribera de Navarra.

Laburpena

Orokorrean, sustantzia sikoaktiboen —drogak—, eta, bereziki, opiazeoen —heroína eta antzeakoak—, kontsumoarekin zer ikusia duten alderdiak aztertu ditugu orrialdeotan. Horretarako jarraiki gatzaizkio 1987tik honat, Tuterako Osasun Mentalaren Zentrutik zein Erriberako Gizarte zerbitzuetatik egindako gizarte eta sanital mailako lanaren ikusmoldeari. Sartu ditugu, batetik, datuen laburpena, eta, bestetik, gaur egun Erriberan ezarri diren programa asistentzial eta prebentiboen aipamen laburra. Eztabaidak haxe azpimarratu du, hots, sustantzia sikoaktiboen kontsumoaren parte txikia besterik ez dela desadaptatiboa, hau da, arazoci lotuta dagoena. Arazoak asko dira, gainera, sustantzia zein kontsumo motaren arabera. Halaber, kontutan hartzekoa da, kontsumo desadaptatibo horrek arazo asko eta asko ekar ditzakeela, elkarren artean ezberdinak direnak, noski. Beraz, guztiz beharrezkoa da arazo bakoitza argi eta garbi zehaztea. Era berean, estrategia ezberdina behar da horietako arazo bakoitzari ekiteko, bai ikusmolde asistentzialesetik begiratua, bai prebentzio programa zein gizarte mailako aferen konponbidearen ikusmoldeetik begiratuta.

Summary

In these pages we gather together some aspects that concern the consumption of psychoactive substances —drugs—, on the whole and of opiates —heroin and connected substances—, in particular, under the perspective of the social and health work carried out by the Mental Health Center of Tudela and by the Social Services of the Ribera since 1987 up to now. It also contains a summary of data and a brief introduction to the attendance and preventive programmes that are at present established in the Ribera. The discussion dwells on the fact that only a small part of the consumption of psychoactive substances is deadaptative, that is to say it is related to problems. Besides, these are very different and we have to distinguish not only among the kind of substances and consumptions, but also among the many different problems that a possible deadaptative consumption can create. It is necessary to determinate each problem clearly and specifically, and a different policy is required to each of them, from both the attendance point of view and the programmes of prevention and of solution to social type conflicts.