

**Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente
(UNAD)**

**Programas asistenciales para
drogodependientes**

Colección: Manuales prácticos para periodistas

Javier Martín Nieto

Índice

Prólogo	
Introducción	
Intervención en drogodependencias	
Prevención	
Asistencia	
Incorporación	
Programas asistenciales:	
Clasificaciones:	
Programas:	
Comunidades terapéuticas	
Centros ambulatorios	
Pisos residenciales	
Centros de día	
Servicios residenciales para menores	
Pisos para usuarios de patología dual	
Pisos de autogestión	
Unidades de Atención Hospitalaria	
Programas Sanitarios	
Programas de Atención Psiquiátrica	
Programas con sustitutivos	
Metadona	
Laam	
Buprenorfina	
Codeína	
Ensayos con Heroína	
Centros de encuentro y acogida	
Suministro de material de consumo higiénico	
Talleres de consumo de menos riesgo	
Salas de consumo higiénico	
Talleres de sexo seguro	
Distribución y reparto de preservativos	
Programas sociosanitarios	
Programas de acercamiento	
Análisis de sustancias	
Orientación sociolaboral	
Talleres de capacitación profesional	
Talleres educativos, de ocio y tiempo libre	
Grupos de autoapoyo	
Escuelas de padres	
Atención para problemas jurídico-penales	

Prólogo

La Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) pretende, con la colección Manuales prácticos para periodistas, poner a disposición de los profesionales de los medios de comunicación social, una herramienta que facilite su trabajo en lo referente al tratamiento informativo de las drogodependencias.

El de las drogodependencias es un fenómeno complejo y en continua evolución, por lo que es muy difícil, incluso para especialistas, estar al día de la terminología, y de las experiencias que se están desarrollando, así como de las fuentes de información disponibles. UNAD pretende, con estos manuales, diseñados con una concepción didáctica, práctica y divulgativa, acercar estos conocimientos a los periodistas.

Las drogodependencias son uno de los principales problemas que aquejan a la sociedad española. Este axioma se basa tanto en datos objetivos (mortalidad, morbilidad, ingresos hospitalarios, gastos y recursos destinados a este asunto), como subjetivos (la opinión de las personas). Los ciudadanos han manifestado en numerosas ocasiones (especialmente a través de las encuestas) su interés por el fenómeno de las drogodependencias. UNAD ha calculado en unas 300.000 las personas que pueden tener acceso directo a información sobre el tema (familiares, trabajadores sociales, psicólogos, médicos, educadores, drogodependientes, etc.). El resto de la población (recordemos que el último censo sitúa la población española por encima de los 41 millones), tiene acceso a esa información a través de los medios de comunicación social, de ahí la importancia de los periodistas.

Este segundo número de los manuales se ocupa de los recursos asistenciales. En primer lugar se realiza un breve repaso por la intervención en drogodependencias, para centrarse posteriormente en los recursos asistenciales existentes. Además de algunas de las clasificaciones utilizadas, se ofrece una breve descripción de cada uno de ellos.

No obstante es necesario señalar que no se trata de una clasificación y una enumeración cerrada. Cuando esta guía vea la luz, seguramente ya existirán nuevas experiencias, cuya variedad seguirá aumentando en los próximos años. Las drogas también responden a la dictadura del mercado y de las modas, por lo que continuamente aparecen nuevas sustancias y nuevos patrones de consumo que implican cambios en el perfil de los usuarios y, en consecuencia, en la forma de abordar el problema.

UNAD espera que este manual sea de utilidad para los periodistas.

Introducción

La relación de las sustancias psicoactivas con el ser humano no es un fenómeno reciente. A medida que sabemos más de la historia de nuestra especie vamos conociendo que esa relación ha existido siempre y en todas las culturas.

En todas las épocas y en todas partes, los hombres y mujeres han consumido sustancias psicoactivas en relación con determinados ritos mágicos, religiosos, sanitarios etc. Esa relación, en la mayoría de los casos, no ha provocado problemas en las comunidades humanas, más bien al contrario.

En este sentido si podemos decir que el problema de las drogodependencias si es más reciente. Surge cuando en el seno de algunas sociedades algunos individuos pierden el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y pasan a convertirse en personas con una dependencia en el consumo de esas sustancias. Ese consumo abusivo implica otra serie de problemas y conflictos que engloban en su conjunto el fenómeno de las drogodependencias en las sociedades modernas.

A medida que este complejo problema se ha ido incorporando a las sociedades modernas, se han ido diseñando y poniendo en marcha diferentes iniciativas tendentes a solucionarlo o a minimizar algunos de los síntomas del problema.

Durante la mayor parte del siglo XX el único problema de importancia de drogas del Estado español fue el alcoholismo, y su tratamiento se llevaba a cabo en los centros sanitarios dirigidos por psiquiatras.

En la segunda mitad de la década de los 70 se produjo en España una importantísima explosión del consumo de una sustancia derivada del opio: la heroína, lo que implicó una rapidísima demanda asistencial y una alarma social no prevista por las autoridades. La situación, que desbordaba diariamente los dispositivos existentes, colaboró a que la respuesta se realizara de manera descoordinada e ineficiente.

La respuesta asistencial a esa situación se produjo principalmente por la reivindicación de familiares, y se desarrolló más por impulsos individuales que de una manera organizada y coordinada. Eso dio lugar a múltiples carencias, errores y a importantes desigualdades de unas localidades a otras.

En la década de los 80 se crean buena parte de las entidades sin ánimo de lucro que trabajan con el colectivo de drogodependientes y que en buena medida estaban formadas por familiares. No es hasta mediados de la década de los 80 cuando se crea la Secretaría específica sobre drogas en la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales, siendo ese organismo el embrión del que nacerá, en 1985, el Plan Nacional Sobre Drogas, institución creada para ordenar la expansión asistencial de las diferentes iniciativas sociales, locales, autonómicas, privadas y públicas que se había ido creando en la década anterior gracias a la labor de entidades sin ánimo de lucro.

En aquel momento el objetivo prioritario, y prácticamente único, era la demanda asistencial de los heroinómanos, un colectivo que no dejaba de crecer.

En un primer momento, el único recurso asistencial que se puso a disposición de los drogodependientes fueron las comunidades terapéuticas ubicadas en zonas rurales, un recurso residencial basado en la abstinencia total y en el alejamiento del entorno social del drogodependiente. Esa única modalidad asistencial implicó un elevadísimo volumen de fracasos (abandonos, recaídas, etc.). Ese amplio nivel de fracasos implicó la búsqueda de nuevos recursos asistenciales que se adaptaran mejor a las condiciones de los drogodependientes que no encajaban en el perfil de las comunidades terapéuticas.

Tras un primer momento centrado en la asistencia basada en la abstinencia a los heroinómanos, y en la persecución de la oferta de drogas (mediante actuaciones de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, y mediante el endurecimiento de las leyes), se da paso a una nueva fase en la que surgen las primeras iniciativas interesadas en la prevención. Se incorporaron las iniciativas y programas de prevención, es decir, aquellas actividades pensadas para actuar antes de que surja el problema de las drogodependencias. Posteriormente llegan a España los llamados programas de reducción de daños o de baja exigencia, en los que la abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas no es prioritaria. Con el tiempo también fueron tomando forma los programas de incorporación, diseñados para facilitar la reinserción socio-laboral de personas con un pasado, e incluso un presente, de abuso de drogas.

En cualquier caso, y aunque resulte obvio, es necesario decir que el fenómeno de las drogodependencias está íntegramente relacionado con el modelo social en que vivimos. Tanto la aparición de personas con problemas de abuso de drogas, como la respuesta que se da a ese problema, tienen que ver con el modelo socio-económico-político en que vivimos. Una relación que debe tenerse en cuenta siempre a la hora de analizar el fenómeno.

Intervención en drogodependencias

Por intervención en drogodependencias se entiende todas aquellas iniciativas tendentes a influir, de una u otra manera, sobre este asunto. Esta amplia, y vaga, definición, implica decisiones y actuaciones de índole política, económica, social, urbanística, laboral, sanitaria, penal, administrativa, etc. Queremos decir con ello que se interviene tanto cuando se aprueba la puesta en marcha de un recurso asistencial específico para drogodependientes, como cuando se diseña un nuevo barrio, se firma un convenio de colaboración internacional, se edifica un polideportivo, se aprueba una nueva ley sobre la publicidad, o se modifica un artículo del código penal, por poner algunos ejemplos. La sociedad no es una sucesión de departamentos estancos, sino que es una interrelación infinita de los más diversos asuntos.

Con el fin de clarificar el estudio de la materia, se entiende por intervención en drogodependencias aquellas iniciativas específicas destinadas a influir en los drogodependientes y en su entorno más inmediato.

Se puede decir que la intervención directa en drogodependencias tiene tres ámbitos de actuación:

1. Prevención.
2. Asistencia, e
3. Incorporación

Pasamos a continuación a realizar una breve descripción de los tres ámbitos aludidos.

Prevención

Como ya hemos señalado, en España el fenómeno de las drogodependencias pasa a convertirse en preocupación para una gran parte de los ciudadanos a finales de la década de los 70 del siglo pasado. La inseguridad ciudadana, la elevada mortalidad y morbilidad de los heroinómanos, y la carencia casi absoluta de recursos, están en el origen de esa preocupación social, y los primeros esfuerzos se dirigen a dar satisfacción a estos elementos.

Es posible afirmar que, a primeros de los años 80, ya existen algunas actividades orientadas a la prevención, pero se trata de iniciativas casi personales, y en cualquier caso aisladas. Y eso a pesar de que un informe del Ministerio de Gobernación en 1974 ya ofrecía algunas recomendaciones sobre prevención. En realidad, el primer intento serio por elaborar una política común y coordinada de prevención no se produjo hasta 1984, gracias a una iniciativa del Senado, que creó una comisión específica sobre el tema que aprobó una iniciativa para elaborar un plan de prevención contra la droga. De alguna manera puede decirse que hay está el origen de la actual Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

El Plan Nacional Sobre Drogas, creado en 1985, considera que la prevención debe guiarse por tres principios básicos: su adecuación a la realidad sobre la que pretende incidir; su integración en un plan conjunto; y la coherencia en su desarrollo. Ese primer plan reconocía que existían diferentes patrones de consumo de drogas, y reconocía que debían existir por tanto respuestas diversificadas, y esto tanto en la asistencia como en la prevención, pero por el contrario no establecía metas a las que se debía llegar.

La prevención dibujada en ese plan debía enmarcarse en una política integral de educación para la salud, reconociendo la existencia de una serie de factores de riesgo asociados al consumo de drogas. La prevención tiene dos grandes objetivos, la reducción de la demanda y la reducción de la oferta. La segunda corresponde básicamente a las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, en tanto que la primera se dirige a la población en general y a los grupos de riesgo para convertirse en drogodependientes. También existe una prevención específica de daños para la población ya con problemas de drogodependencias.

El plan señala que las actividades prioritarias de prevención a desarrollar se centrarán en la promoción del bienestar en la población juvenil y la participación de los agentes sociales, dentro de un marco de coordinación entre los servicios escolares, juveniles, sociales y de salud.

En la década de los 80 la prevención en el ámbito escolar se caracteriza por una abundancia de iniciativas esporádicas. La inmensa mayoría responden al esquema de prevención primaria, son informativas, y se centran casi exclusivamente en las drogas ilegales. En aquellos años seguía siendo prioritaria la asistencia frente a la prevención.

En la década siguiente, gracias a la iniciativa de muchas entidades sin ánimo de lucro, y el cambio de estrategia del Plan Nacional Sobre Drogas, se incluyeron algunas mejoras significativas en prevención: las iniciativas son menos esporádicas y tienen más continuidad, se abandona los aspectos informativos al tiempo que se incrementan los formativos, se incorporan las evaluaciones, se adoptan la visión integral del problema de las drogodependencias, mejora la coordinación, se incrementa la disponibilidad de materiales, y se incrementa la atención sobre las llamadas drogas institucionalizadas o legales en España

Esta evolución nos ha llevado de una situación de inexistencia de prevención a otra de abundancia de actividades preventivas destinadas a menores, este proceso ha permitido crear una estructura estable de entidades dedicadas a la prevención, también se ha creado una colección de normativas legales de distinto rango que favorecen y fomentan las actividades preventivas, integrar la prevención en el currículum escolar, se ha creado un amplio colectivo de profesionales y voluntarios implicados en la prevención, se ha mejorado en la eficiencia de las iniciativas, y se ha incrementado considerablemente el número de documentos, estudios y materiales sobre el tema.

Esta evidente mejora no debe llevarnos a la autosatisfacción. Son numerosos los estudios y especialistas que siguen señalando las deficiencias del modelo preventivo. Algunos de los elementos de esta carencia son: la escasez de recursos, la inestabilidad de los técnicos, la discontinuidad de las iniciativas, el excesivo peso del voluntarismo, la deficiente planificación, la inadecuada coordinación, la falta de aplicación de la potencialidad de las leyes educativas, la falta de registros de la totalidad de las iniciativas, la existencia de iniciativas de dudosa eficacia, la dificultad de medir la eficacia de las

actuaciones. Hoy, el objetivo sigue siendo doble: incrementar la prevención y mejorar la eficacia de la misma.

La prevención no es un tema que deba dejarse en manos de buenas intenciones, deseos loables y voluntarismo, sino que debe tratarse como un tema de la máxima importancia que necesita criterios científicos y profesionales. La prevención no es un hecho aislado, sino que debe inscribirse en una estrategia general de promoción de la salud y el bienestar.

La Comisión Mixta Congreso - Senado para el Estudio del Problema de la Droga aprobó, en diciembre de 1995, un informe en el que se señala que "la prevención frente al consumo indebido de drogas debe ser el objetivo prioritario de la intervención pública y ha de ser una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las ONGs, de la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación".

La prevención debe perseguir dos objetivos básicos:

1. Sensibilizar y movilizar a la sociedad para generar una cultura de rechazo a las drogas fomentando los valores propios
2. Informar y educar a los ciudadanos, especialmente a los menores y adolescentes, para fomentar los estilos de vida saludable y la autonomía personal

La prevención debe estar basada en la educación, ya que la educación permitirá a los menores y a los jóvenes enfrentarse con éxito al fenómeno de las drogas con una autonomía suficiente para adoptar las posiciones más favorables a su propia libertad.

En cualquier caso no debe olvidarse que los menores y los jóvenes viven su vida de una manera integral, y que el ámbito escolar, familiar o de ocio no son lugares estancos sin conexión entre sí. La prevención basada en la educación debe tener en cuenta esa realidad pluridimensional de los niños y adolescentes.

Es cierto que la Comisión Mixta Congreso - Senado para el Estudio del Problema de la Droga señaló, en el ya citado informe, que "el espacio más idóneo para articular los programas de prevención" es el ámbito educativo, pero no es menos cierto que la adquisición de valores y de educación en los menores se produce tanto en el ámbito escolar, como en el familiar y el comunitario, por lo que deben articularse fórmulas para interconectar y coordinar las actuaciones en esos ámbitos, aun teniendo en cuenta que la escuela constituye un agente primario de socialización y en ella confluyen alumnos, profesores y padres/madres, pero sin olvidar eso que los sociólogos denominan entorno social.

Un elemento que hay que tener en cuenta es que la prevención será tanto más eficaz cuanto mayor sea el consenso sobre la misma. Y cuando hablamos de consenso hablamos de compartir conocimientos, fines, objetivos, participación, criterios, actividades, o coordinación.

De cara al futuro, el reto es establecer unos criterios mínimos de calidad para autorizar, avalar o financiar las iniciativas de prevención; desde la perspectiva de la concienciación social el reto es fomentar la concienciación y la participación del conjunto de la sociedad civil, y más concretamente de los mediadores sociales, es decir, aquellas personas que, por su formación profesional, o por su ascendencia social, poseen una mayor capacidad de influencia sobre amplios sectores de opinión.

En una de las últimas publicaciones del Plan Nacional Sobre Drogas¹ se señala que "estimular los factores de protección y reducir los factores de riesgo constituye el objetivo preventivo que cualquier joven puede plantearse si desea una vida más saludable, así como los padres y madres, los educadores y, en general, los adultos creíbles para los jóvenes. Una tarea que deberá alejarse del miedo, de la inútil amenaza, para situarse en el plano de la comunicación".

Los factores de riesgo citados, que enumera la citada publicación, son: curiosidad, presión del grupo de iguales, búsqueda de placer, control familiar inconsciente y disponibilidad de drogas. No son los únicos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de consumir drogas, "pero son algunos de los más relevantes, y, sobre todo, son los factores sobre los que se puede actuar preventivamente". Frente a estos factores de riesgo existen también factores de protección, entre los que la citada guía destaca: canalizar positivamente la curiosidad, promover la educación en valores y actitudes, estimular la autoestima,

¹ Plan Nacional Sobre Drogas: Drogas: + información - riesgos. Tu guía. Plan Nacional Sobre Drogas. 2001

desarrollar habilidades sociales, promover una vivencia rica y diversa del tiempo libre, favorecer un ejercicio razonable de la autoridad paterna, o reducir la presencia de las drogas.

La prevención se configura como el eje fundamental sobre el cual se articula la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008². Los principios de actuación en prevención recogidos en la citada Estrategia son cuatro:

1. Los programas preventivos deberán abordarse de forma que se posibilite la sinergia de actuaciones en los ámbitos policial, sanitario, educativo, laboral, social, etc. Este componente de intersectorialidad abarca también la actuación de los diferentes niveles de las Administraciones y el movimiento social.
2. La corresponsabilidad social y la participación activa de los ciudadanos se consideran principios básicos sobre los que debe asentarse cualquier intervención en este campo.
3. Otro pilar fundamental de cualquier estrategia preventiva será la promoción de la educación para la salud. Así, la educación sanitaria de la población general y la educación para la salud en la escuela se convierten en estrategias básicas a partir de las cuales se deberán diseñar programas y actuaciones.
4. En la actualidad no puede concebirse un área de prevención del consumo de drogas que, a su vez, no contenga medidas destinadas a la profilaxis y reducción de las enfermedades y trastornos infecciosos asociados.

En la Estrategia también se recogen los ámbitos prioritarios de intervención preventiva:

- **Ámbito escolar.**- Las actuaciones en este ámbito deben implicar a la comunidad escolar en su conjunto, esto es, a los profesores, los alumnos y los padres. Las actividades que se desarrollen con los alumnos estarán dirigidas por su profesorado. Es importante que los profesores cuenten con el apoyo de profesionales de la prevención de las drogodependencias. Es necesaria la existencia de buenos materiales preventivos.
- **Ámbito familiar.**- Las actuaciones sobre las familias deberán tener el objetivo de prevenir la aparición de los problemas derivados del consumo de drogas, así como del propio consumo. Las intervenciones tenderán a fomentar las habilidades educativas. Es necesario mejorar el acceso a las familias y lograr incrementar su participación en los programas que se desarrollan.
- **Ámbito laboral.**- Las actuaciones preventivas se centrarán especialmente en las llamadas sustancias institucionalizadas.
- **Ámbito comunitario.**- Se deben reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y a favor de la salud.
- **Ámbito de la comunicación social.**- Las actuaciones en este ámbito son importantes por su valor estratégico de accesibilidad.
- **Ámbito de la salud.**- Intervenciones enfocadas a la educación para la salud.
- **Otros ámbitos.**- Las actuaciones preventivas deben tener en cuenta la existencia de otros ámbitos de actuación como los centros que reúnan población joven, los centros penitenciarios, o los centros de protección y reforma de menores.

Se puede concluir que las drogodependencias son un fenómeno complejo con muchas vertientes: personal, familiar, social, biológica, cultural, psicológica, etc. Esta complejidad dificulta el estudio y la posibilidad de obtener conclusiones que permitan generar actuaciones con la idea de modificarlo en sus aspectos más perniciosos. Pero una cosa parece clara, esta pluricausalidad aconseja una gestión multidisciplinaria del tema.

Algunas características que se pueden apreciar al observar de forma continuada el consumo de drogas son: la paulatina disminución en la edad de inicio en el consumo de drogas; los cambios rápidos que se producen tanto en el patrón de consumo (mezcla de sustancias), como en las vías de administración; en las modas que estimulan el uso de unas u otras. Esta modificación permanente de la realidad obliga a una constante adecuación de los programas de prevención e intervención, al tiempo que

² Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000 - 2008. Plan Nacional Sobre Drogas. 2000

un permanente reciclado de los profesionales que participan en los mismos si queremos la eficacia como aliada en nuestras actuaciones.

Por otra parte, es preciso reconocer que la predicción científica, en lo referente a la prevención de las drogodependencias, es, hoy por hoy, una entelequia. Se da una incertidumbre constante respecto de lo que pasará en un futuro a corto y medio plazo; a largo plazo no merece la pena ni proponérselo, con los conocimientos y medios actuales. Esto nos lleva en buena lógica, a la conclusión de que es necesario cuestionar permanentemente lo que se está haciendo ya que es precisa la experimentación social.

La Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008, aprobada por el Consejo de Ministros celebrado el 17 de diciembre de 1999, señala en el apartado de metas y objetivos, y más concretamente en la meta número 3, lo siguiente: "Priorizar la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse a este problema teniendo en cuenta los consumos emergentes de carácter recreativo, el alcohol y el tabaco. Pero se trata, fundamentalmente, de una prevención basada en la educación y dirigida de forma destacada a los niños y jóvenes para fomentar su maduración emocional y social, orientada al fomento de su capacidad crítica, su autonomía como personas y la clarificación y fortalecimiento de sus valores. Una educación, en suma, que les haga libres y capaces de adoptar decisiones más adecuadas para sus proyectos de vida y para su integración en una sociedad cada vez más tolerante y solidaria. La prevención de las drogodependencias se interesará por evitar tanto el uso y abuso de drogas como otros problemas sociales y sanitarios asociados al consumo. Para ello resulta necesario incluir actividades de detección y tratamiento de las patologías orgánicas y psicológicas asociadas al consumo".

El abordaje de los programas de prevención dirigidos a menores se ha realizado en varios ámbitos: en primer lugar el escolar, pero también el familiar, y en menor medida el comunitario. Desde los primeros tiempos, cuando se realizaban actividades esporádicas y descoordinadas a la actualidad se ha avanzado mucho, y debemos felicitarlos por ello, pero no debemos caer en la autosatisfacción. La progresiva disminución en la edad de inicio en el consumo de drogas, que según algunos datos comienza a estar controlada, y el aumento del porcentaje de menores con problemas de drogodependencias nos indican claramente que las cosas se pueden hacer mejor.

Una fase previa sería aclarar que entendemos por prevención. Una definición posible sería la de conjunto de iniciativas que se ponen en marcha para reducir la probabilidad de que en el seno de una comunidad aparezcan problemas relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas. Algunos estudiosos³ han señalado que "en abstracto, y al margen de los distintos significados que el término ha ido adoptando, según distintas épocas y contextos culturales, la palabra 'prevención' remite a un concepto de anticipación".

Estas mismas autoras señalan que, aplicado al ámbito de las drogodependencias, el modelo de salud pública identifica tres factores clave: las personas, las drogas y los entornos.

En el primer factor, el individual, actúan diversas variables con relación al consumo de drogas como son: genéticas, psicopatológicas, ambiente familiar, características del grupo de identificación, ambiente escolar, lazos afectivos, conocimientos, o actitudes respecto a las sustancias. En el caso de las sustancias psicoactivas, los factores que intervienen son: la composición real de las drogas, el envoltorio, o el precio. Por último, y respecto al entorno, los elementos clave que influyen en el consumo de drogas son: la disponibilidad de las sustancias, el contexto en el que se realiza la comercialización de las drogas, el marco legal, el marketing de las sustancias, y el contexto sociocultural e incluso político.

La prevención, para ser efectiva, debe incidir sobre todos estas variables sin olvidar que los factores de riesgo no se deben entender de forma aislada, sino que deben tenerse en cuenta como elementos que interactúan de forma recíproca y permanente. Pero no se debe olvidar que la prevención no es una ciencia exacta, y que aun queda mucho por descubrir y por describir. En una reciente publicación⁴, Domingo Comas y Javier Arza han señalado que "la puesta en práctica de programas de prevención de las drogodependencias no responde a técnicas o metodologías precisas o cerradas de alcance universal con resultados conocidos o esperables, todo lo contrario, necesitamos entender la prevención como un

³ Teresa S. Llivina, Isabel M^a Martínez: Marcos teóricos y su desarrollo en el ámbito preventivo. En Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias del grupo Igia. FAD. 2000

⁴ Domingo Comas, Javier Arza: Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas. En Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias del grupo Igia. FAD. 2000

programa de investigación, en el seno del cual aparecen diferentes opciones, que deberemos conocer para elegir y combinar en los diferentes lugares y contextos sociales".

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es que la Organización Mundial de la Salud ha definido tres niveles de prevención de drogodependencias:

- **Prevención primaria:** El objetivo es evitar que se produzca el consumo de drogas en la población, o bien retrasar ese consumo. Las iniciativas se dirigen a la población en general o grandes grupos sociales.
- **Prevención secundaria:** Se centra en la población que ya ha tenido contactos, esporádicos, con las drogas. El objetivo es frenar esos contactos y evitar que se conviertan en usos adictivos.
- **Prevención terciaria:** Es la dirigida a población que ya tiene un uso abusivo o problemático de drogas. Su objetivo es evitar o reducir los riesgos inherentes al uso de drogas.

Esta definición clásica, está siendo sustituida en los últimos años por otra más actual y ya aceptada por el NIDA (National Institute on Drug Abuse). Esta nueva clasificación es la siguiente:

- **Prevención Universal:** dirigida a todos los ciudadanos, a todos los adolescentes.
- **Prevención Selectiva:** Dirigida a subgrupos de riesgo, es decir, a colectivos que, por diversas circunstancias, tienen mayor riesgo de consumir drogas.
- **Prevención Indicada:** Dirigida a un subgrupo concreto que ya consume drogas o que tiene problemas de comportamiento.

Asistencia

La Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008 señala claramente que el énfasis que se hace ahora en prevención, no debe hacer relegar a un segundo plano la necesidad de fortalecer otras áreas que, habiendo sido prioritarias en los comienzos del Plan, siguen teniendo una importancia decisiva en el momento actual. Así, es necesario procurar la máxima normalización de la asistencia prestada a los drogodependientes, para ello es preciso desarrollar en todas sus potencialidades la coordinación de las redes asistenciales de tratamiento con los sistemas públicos de salud y servicios sociales, de forma que se rentabilicen al máximo los recursos existentes y se eviten innecesarias duplicaciones.

La constante evolución de los recursos asistenciales queda reflejada en el mismo texto, al afirmarse que hay que estar atentos a las innovaciones en cuanto a técnicas terapéuticas y programas de tratamiento que están abriendo nuevas posibilidades en la atención a personas afectadas por drogodependencias, pero que requieren, al mismo tiempo, un riguroso sistema de contraste y evaluación para validar sus resultados.

En cuanto a la amplitud de la red asistencial, la Estrategia garantiza una plena cobertura asistencial ambulatoria a todos los drogodependientes en el ámbito de sus correspondientes áreas de salud.

La Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008 reconoce una serie de logros al Plan anterior, aprobado en 1985. Entre los logros que destaca figura la "consolidación de una red de atención amplia, diversificada y profesionalizada que permite ofrecer respuesta asistencial adecuada a las exigencias de la población drogodependiente".

Dentro de esa red existen recursos de muy diverso tipo que abarca una oferta terapéutica múltiple que incluye comunidades terapéuticas, centros de atención ambulatoria, centros hospitalarios, o programas de reducción de daños, por poner sólo algunos ejemplos. Los últimos datos disponibles indican que existen más de 700 centros públicos o con financiación pública, en los que puede atenderse a más de cien mil drogodependientes al año.

En cuanto al futuro, la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008 sitúa entre una de sus diez metas: "adecuar la red asistencial existente en las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, con el fin de adaptarla a las nuevas necesidades que plantea o pueda plantear el fenómeno. Asimismo, incorporar aquellas alternativas terapéuticas de reconocida solvencia, prestando especial atención a las variaciones que va sufriendo el fenómeno. Esta adecuación debe mantener el impulso de integración y normalización de las redes asistenciales en los Sistemas Públicos de Salud y Servicios

Sociales, con el fin de aprovechar todos los recursos existentes y ofrecer una amplia variedad de posibilidades terapéuticas en función de las necesidades demandadas en cada caso concreto. En este aspecto de la rehabilitación, el Plan recomienda estar abiertos a todas las innovaciones que se hayan demostrado útiles y estén científicamente avaladas”.

Y es que la Estrategia Nacional sobre Drogas propugna un sistema de asistencia e integración social del drogodependiente y terceros que incorpore todos los dispositivos terapéuticos y delimite las funciones de cada uno de ellos, garantizando la equidad en las prestaciones en todo el Estado.

En España, el sistema de asistencia se basa en la estructuración de circuitos terapéuticos. La ordenación de los centros, servicios y programas que forman parte de la red asistencial y que configuran el circuito terapéutico para la asistencia al drogodependiente se hace en niveles funcionales de intervención, escalonados según su grado de especialización y de accesibilidad.

- **Primer nivel** del circuito terapéutico.- Es la puerta de entrada a la red asistencial. Sus recursos son los más accesibles y los que menos exigencias plantean al drogodependiente. Los cometidos de este primer nivel son la detección, captación, motivación y derivación de drogodependientes a otros recursos especializados para iniciar el tratamiento y la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas del drogodependiente y de su familia. En este nivel se facilita información y orientación tanto al usuario de drogas como a su familia. También se desarrollan actuaciones para reducir daños y riesgos relacionados con el consumo de drogas. En este nivel se sitúan recursos de atención primaria de salud y recursos específicos de baja exigencia.
- **Segundo nivel** del circuito terapéutico.- En cierta manera es el eje fundamental de la red asistencial. Los recursos están en manos de equipos multidisciplinares. En este nivel se sitúan los recursos específicos para el tratamiento de las drogodependencias (CAD, centros de día, programas en prisión, etc.); y los recursos especializados de carácter general (unidades psiquiátricas, servicios hospitalarios generales, etc.). En este nivel se desarrollan la evaluación diagnóstica, la desintoxicación y deshabituación del drogodependiente. Es aquí donde se diseñan y planifican los planes terapéuticos individualizados para cada afectado. En este nivel también se coopera en el proceso de incorporación social. Los programas de prescripción y dispensación de opiáceos (programas de mantenimiento con metadona) se desarrollan en este nivel asistencial.
- **Tercer nivel** del circuito terapéutico.- Compuesto por recursos específicos con un elevado grado de especialización para el tratamiento de las drogodependencias. Se accede a ellos por derivación de los dispositivos del segundo nivel. En este nivel se sitúan recursos como las comunidades terapéuticas o las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.
- **Cuarto nivel** del circuito terapéutico.- Su función es favorecer la incorporación social del drogodependiente. En este nivel se sitúan tanto recursos generales como específicos, siempre que doten al drogodependiente de las habilidades y competencias necesarias para favorecer su plena incorporación social. El acceso a estos recursos es muy amplio (puede ser directo, pero también por derivación de dispositivos de segundo o tercer nivel). Algunos recursos de este nivel son: pisos de reinserción, centros ocupacionales, talleres laborales, o empresas de inserción.

Uno de los fundamentos del modelo asistencial español es que cada drogodependiente debe disponer de un plan individualizado de tratamiento que atienda a sus necesidades y características. Si hace algunos lustros existía un escaso catálogo de recursos asistenciales rígidos a los que debían adaptarse, modelo que implicó un elevadísimo porcentaje de fracasos, ahora estamos en una situación en la que se parte de la base de que deben ser los programas, los circuitos terapéuticos, los que se adapten a las personas, y no al revés. Se trata, sin duda, de un gran avance, ya que como ha señalado algún estudioso, cada programa, cada recurso, con sus métodos y filosofías específicas, tan sólo es capaz de dar satisfacción a un reducido grupo de drogodependientes y en un momento determinado de su situación personal⁵.

En cualquier caso es necesario señalar que, tal y como recoge la Estrategia Nacional Sobre Drogas, la asistencia a los drogodependientes debe realizarse a través del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acción Social y Servicios Sociales, complementados con recursos privados debidamente

⁵ Apodaca, I.: Qué es el paradigma de la asignación de pacientes a tratamiento. Revista Española de Drogodependencias. 1996.

autorizados y/o acreditados, a lo que se denomina Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes.

Incorporación

La incorporación social podría definirse como el proceso de vinculación con la realidad (social, económica, cultural, afectiva, etc.), que realiza un individuo tras un período de crisis, de aislamiento o de exclusión con dicha realidad.

En el prólogo de presentación de la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008 se señala que “con ser necesarias las citadas mejoras en el área asistencial, las medidas rehabilitadoras perderían parte de su sentido si no encuentran su adecuado complemento en los programas destinados a la integración social de los drogodependientes”.

En cuanto al futuro, la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008 sitúa entre una de sus diez metas: “impulsar programas que faciliten a las personas con problemas por el uso de drogas (en proceso terapéutico o no) su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma”.

Hay que señalar que existe un amplio debate sobre el término que debe utilizarse, así podemos encontrar referencias de integración, inserción, incorporación, reinserción, o reincorporación social. Sea cual sea el término utilizado, se pretende hacer referencia a una cierta normalidad de personas que viven en exclusión social.

Al igual que ocurre con la asistencia, no existen programas de incorporación o de inserción rígidos para los drogodependientes, sino que deben elaborarse procesos, o itinerarios, de incorporación individualizados para cada persona. Aun estamos lejos de esta situación, aunque ya existen programas flexibles que tratan de adaptarse a cada individuo con el fin de mejorar la eficacia.

Toda incorporación tiene varios aspectos: emocional, familiar, económica, laboral, que deben tenerse en cuenta, ya que cualquier actividad o iniciativa que se centre en uno sólo de esos aspectos, está condenada al fracaso a medio y largo plazo.

No es tarea de este manual tratar este tema en profundidad, pero no queremos dejar de señalar que la incorporación o la reinserción social del drogodependiente es un proceso que debe comenzar en el momento del tratamiento, y no considerarlo una fase posterior al mismo. Otro aspecto que queremos destacar es que no se trata tanto de incorporar o insertar al individuo en la sociedad como de hacerlo en entorno social.

Programas asistenciales:

Clasificaciones:

En la actualidad existe tal cantidad de programas asistenciales, algunos de ellos tan específico y local, que es difícil el uso de clasificaciones completas. En realidad se utilizan diferentes clasificaciones. Recogemos aquí algunas de ellas:

En función de su ubicación, se divide a los programas en dos tipos:

- *Fijos*.- Aquellos que tienen una sede permanente a la que los usuarios del citado programa deben desplazarse. Agrupa a la inmensa mayoría de los programas. Algunos ejemplos son: las comunidades terapéuticas, las unidades de desintoxicación hospitalaria, los centros de día, los distintos tipos de pisos, etc.
- *Móviles*.- Aquellos que se desplazan hacia los lugares en los que se encuentran los usuarios de los programas. Algunos ejemplos son los programas de metadona montados en autobuses, o algunos programas de distribución y reparto de jeringuillas.

En función de del número de horas que los usuarios pasan en los programas existen dos tipos:

- *Residenciales.*- Aquellos en los que los usuarios están a jornada completa o casi. En estos programas los usuarios residen en un recurso del propio programa, donde desarrollan tanto las actividades terapéuticas como las de la vida cotidiana y de ocio. Algunos ejemplos son: las comunidades terapéuticas, las unidades de desintoxicación hospitalaria, los distintos tipos de pisos, etc.
- *No residenciales.*- Aquellos en los que los usuarios no pasan la noche. En estos programas las personas se acercan al recurso sólo en algún momento del día a realizar alguna actividad. Algunos ejemplos son los centros de día, programas de mantenimiento con metadona, o algunos programas de distribución y reparto de jeringuillas.

En función del mantenimiento o no del consumo abusivo de drogas, los programas pueden clasificarse en dos tipos:

- *Libres de drogas.*- Se trata de aquellos programas basados en la abstinencia, es decir, en la ausencia absoluta de consumo de sustancias psicoactivas. Se les conoce también como programas de alta exigencia.
- *Reducción de daños y riesgos.*- Se trata de programas de carácter bio-psico-social que se desarrollan para disminuir, individual y colectivamente, los efectos negativos asociados al uso de sustancias psicoactivas. Los usuarios normalmente siguen manteniendo el consumo de drogas. Los programas de reducción de daños y riesgos pueden y deben existir en cualquier sustancia psicoactiva, aunque no es menos evidente que los más extendidos son los que se han creado para atender a los adictos a los opiáceos, y especialmente a los heroínómanos.

Programas

Comunidades terapéuticas

Es el recurso libre de drogas por excelencia, aunque en los últimos años existen diferentes modalidades en las que esto ya no es un requisito imprescindible. Debe cumplir las normas más altas de exigencia. Se trata de un recurso asistencial de carácter residencial que incluye una amplia intervención sanitaria y social.

Las comunidades terapéuticas están destinadas a proporcionar a los drogodependientes un tratamiento de deshabituación en régimen residencial con el fin de favorecer su reinserción mediante actividades de asistencia médica, psicológica y social, formativas y de ocio y tiempo libre, así como la coordinación con servicios sociales y el seguimiento de los resultados obtenidos.

Se destina principalmente a usuarios de drogas que han fracasado en otro tipo de tratamientos de carácter ambulatorio al carecer de control y motivación suficiente, además de carecer de la capacidad de adaptación a un tratamiento en su entorno de residencia debido a que la problemática ligada al consumo de drogas le ha llevado a un alto nivel de desestructuración en todos los ámbitos: laboral, social, familiar, higiénico, etc. El objetivo es ofrecer a los drogodependientes un tratamiento libre de drogas en un lugar alejado de su vida cotidiana.

El objetivo no es lograr únicamente la abstinencia al consumo de drogas, sino la modificación del estilo de vida. Las fases de la intervención son: desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción.

Se trabaja en los siguientes ámbitos: sanitario (controles analíticos, educación para la salud, autocuidado personal...); psicológico (potenciación de la estabilidad emocional, progresiva reestructuración, sistema de valores...); social (adquisición de habilidades sociales, capacitación relacional, uso del tiempo libre...); laboral (adquisición de pautas de disciplina, asunción de responsabilidades, formación prelaboral...).

No existe un tiempo predeterminado de estancia, pero normalmente no se dan estancias de menos de seis meses. A las comunidades terapéuticas se suele llegar por derivación de otros recursos de carácter no residencial. Principalmente centros de atención ambulatoria y centros de día. La práctica totalidad de las comunidades terapéuticas se encuentran ubicadas en zonas rurales apartadas de los núcleos de población.

Centros ambulatorios

Los programas de atención que se desarrollan en centros ambulatorios son programas no residenciales, es decir, que las actividades de evaluación, desintoxicación, o deshabituación del drogodependiente, se realizan en centros a los que acude el usuario desde su lugar habitual de residencia. En origen estos centros desarrollaban únicamente programas libres de drogas basados en la abstinencia, pero en la actualidad también existen programas con objetivos de carácter intermedio.

Los programas basados en centros ambulatorios, que tienen una configuración multiprofesional, se denominan, en muchos lugares, Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD).

Pisos residenciales

Se trata del programa asistencial por excelencia. El objetivo es facilitar a los drogodependientes la adquisición de pautas sociales a fin de facilitar su adaptación, y reinserción social, a través del área de salud e higiene, de atención jurídica laboral, de acciones de ocio y tiempo libre, así como la búsqueda de empleo y vivienda. A veces se les llama Pisos de Apoyo la Desintoxicación (PAD)

Se trata de un recurso asistencial intermedio entre las comunidades terapéuticas y los programas ambulatorios. Ofrecen ambientes normalizados para personas que carecen de apoyo familiar. Es un programa que requiere una constante y eficaz coordinación con otros recursos de la red asistencial, ya que ofrecen atención integral e integradora a personas, que proceden de una comunidad terapéutica, que completan su tratamiento en un centro ambulatorio: normalmente un centro de día.

El objetivo de los pisos es que personas que han desarrollado previamente un tratamiento de desintoxicación y deshabituación, desarrollen estrategias aprendidas para poder autogestionarse en el plano personal, social y laboral. Tienen un enfoque biopsicosocial y en los mismos se trabaja en el mantenimiento de la abstinencia.

Son programas de convivencia, pero cada usuario requiere un plan individualizado de intervención. En el plano individual se potencia la mejora de las actitudes personales y el autocontrol, y en el plano grupal se trabaja sobre las normas de convivencia y las relaciones sociales.

El trabajo de los monitores incluye, en ocasiones, el acompañamiento fuera del piso de los usuarios para acudir a los recursos donde completan su tratamiento. El tiempo de estancia en los pisos varía mucho en función de los usuarios (entre 6 y 12 meses) y es el equipo terapéutico quien determina la prórroga de la estancia

Pisos de autogestión

Se trata de dispositivos residenciales de apoyo a la incorporación del drogodependiente. Sus inquilinos proceden de pisos asistenciales de estancia o de comunidades terapéuticas.

El objetivo es proporcionar a los usuarios un espacio de vivienda y convivencia, en régimen de autogestión, a los drogodependientes procedentes de otros recursos, para la consecución de una vida autónoma.

Este programa aborda temas como la convivencia, las relaciones familiares y sociales, la higiene, el autocuidado, la gestión del ocio y el tiempo libre, y la organización del trabajo doméstico.

Centros de día

Se trata de un recurso de carácter intermedio que ha sufrido múltiples modificaciones en los últimos años para adaptarse a la realidad social y a los nuevos patrones de consumo.

Originariamente se trataba de recursos libres de drogas, pero hoy dan asistencia tanto a personas que han abandonado el consumo de sustancias psicoactivas como a personas que se encuentran en tratamiento de mantenimiento con metadona.

El centro de día persigue la adaptación normalizada del drogodependiente mediante un tratamiento de atención intensiva, continuada y sin separación del usuario del medio familiar a través de acciones terapéuticas, formativas, culturales, deportivas, psico-socio-educativas, de inserción laboral, de ocio y de tiempo libre.

El objetivo es fomentar el aprendizaje en habilidades sociales, de la capacidad relacional y laboral, es decir, de facilitar la integración social mediante actividades relacionadas con las siguientes áreas: terapéutica, formativa y lúdica.

En muchos casos este recurso de reinserción se combina con la participación de los usuarios en otros programas como atención ambulatoria o pisos.

Existen distintos modelos de intervención en este recurso asistencial que intenta mantener a los usuarios en el marco en el que desarrolla su vida cotidiana (familiar, relacional, laboral, lúdica), con el fin de facilitar la reinserción social del drogodependiente en su propio medio.

Los equipos de intervención son multidisciplinares, ya que se trabaja en distintas áreas: terapéutica, formativa, laboral, jurídica, sanitaria, social, etc.

Servicios residenciales para menores

Se trata de un recurso que pretende ofrecer atención a menores drogodependientes en centros residenciales a fin de conseguir su rehabilitación a través de actividades como atención terapéutica (individual, grupal y familiar), formativa, cultural, de apoyo a las familias, y de coordinación con otros recursos y profesionales.

Se podría decir que se trata de una alternativa a las comunidades terapéuticas adaptada específicamente para menores con un historial de consumo de drogas. En algunos casos los recursos tienen varios niveles residenciales: interno, mediopensionista, etc.

Pisos para usuarios de patología dual

Se trata de programas específicos para usuarios de drogas que tienen alguna enfermedad mental. Se trata de recursos de reciente creación que tienen como característica una intervención extremadamente compleja debido a lo específico de la atención que ofrecen.

Los pacientes con problemas de patología dual se ven sometidos a una continua derivación, sea cual sea el punto de partida de su tratamiento, debido principalmente a la inadecuación de los recursos existentes para este tipo de usuarios.

Los objetivos de la intervención de este recurso derivan de las dos patologías, es decir, que el carácter integral del tratamiento pretende la abstinencia del consumo de drogas, y la estabilización de los síntomas psiquiátricos, junto a la rehabilitación psicosocial del usuario.

Es fundamental la coordinación y el trabajo conjunto de los profesionales implicados en el recurso. El objetivo de los pisos es proporcionar a los usuarios un alojamiento, convivencia y soporte que se vaya acercando, en la medida de lo posible, a un modelo normalizado de vida. Así como facilitar al usuario del programa, la integración social, dotándole de autonomía que le lleve a una mejor calidad de vida.

Unidades de Atención Hospitalaria

También se les llama Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Se trata de un recurso asistencial ubicado en los centros hospitalarios y atendido por equipos multidisciplinares. Su objetivo es la desintoxicación física. Se trata de un recurso de carácter residencial, ya que el usuario debe permanecer

durante un corto período de tiempo en un hospital. Se trata de un recurso destinado a personas con un perfil muy específico, como es el caso de las mujeres embarazadas o personas con alguna patología orgánica.

Tras la desintoxicación en una unidad hospitalaria, cuya estancia media es 12 a 15 días, el proceso terapéutico debe seguir en otro recurso, ya sea en una comunidad terapéutica o en un centro de carácter ambulatorio.

Programas Sanitarios

Programas en los que, desde una perspectiva epidemiológica se aborda el tema de prácticas saludables y preventivas y de control de algunas enfermedades como la tuberculosis, la hepatitis, o el VIH.

Programas de Atención Psiquiátrica

Programas en los que el objetivo es diagnosticar y tratar a pacientes que presentan trastornos de abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas de manera paralela con otros trastornos mentales.

Programas con sustitutivos opiáceos

Los programas se basan en facilitar un sustitutivo opiáceo sanitariamente controlado a los sujetos con trastornos de dependencia y/o abuso de sustancias psicoactivas con el propósito de lograr una mejora en la calidad de vida y facilitar un mayor ajuste personal, familiar y social.

A.- Programas de Mantenimiento con Metadona

Son los programas más extendidos y populares. Su éxito se basa en la fácil accesibilidad. Su objetivo inmediato es reducir e incluso eliminar el síndrome de abstinencia a opiáceos. Este programa de tratamiento a largo plazo es una opción real y legítima para los usuarios de drogas cronicados para los que la abstinencia no es una opción adecuada e incluso realista.

Entre los grandes beneficios que ofrecen destaca la elevada retención de los usuarios a los recursos. Otras ventajas (recogidas por Markez y Póo) son las inferiores tasa de seroconversión a VIH, la reducción de los episodios de sobredosis y conductas de riesgo, la disminución de las tasas de mortalidad, menores consumos de heroína en comparación con otros programas (incluso basados en la abstinencia), mejores condiciones de consumo, cambios en la vía de administración de la droga, reducción del consumo de otras drogas, la variedad de dispositivos desde los que se puede realizar, drástica reducción de la delictividad, ausencia de efectos adversos de toxicidad, útiles para el uso de mujeres embarazadas. Además, la metadona es un fármaco bastante económico y tiene un fácil manejo terapéutico.

En cualquier caso no hay que negar que en muchos casos los Programas de Mantenimiento con Metadona que existen en España no están bien dotados, y que se han convertido en dispensatorios del fármaco en detrimento de otros aspectos del programa, es decir, la atención psicosocial.

B.- Laam

El Levo-Alfa-Acetil-Metado (LAAM) es una sustancia sintética que es un sustituto de la morfina. Sus sintetizadores intentaban obtener una sustancia con menores desventajas que la morfina, la heroína y la metadona.

Su uso como sustitutivo de la heroína se extendió especialmente por Estados Unidos, aunque en la última década también llegó a algunos países europeos (Portugal). Su administración es oral, y no se requieren

dosís diarias, ya que tiene una acción prolongada, esta era su principal ventaja frente a la metadona, ya que facilitaba la normalización de los drogodependientes y su incorporación socio-laboral. Recientemente se han suspendido por diversas causas muchos de los programas con LAAM en Europa.

C.- Buprenorfina

La Buprenorfina es un agonista parcial opiáceo. Los programas de mantenimiento con buprenorfina tienen la misma base y los mismos objetivos que los de metadona. Su uso es más frecuente en Francia, pero está mucho menos extendido en otros países.

En los últimos años se está ensayando con buprenorfina para programas destinados a drogodependientes que combinan los opiáceos con la cocaína (el conocido speed ball).

D.- Codeína

La codeína es un derivado opiáceo de uso común en farmacología. En Alemania, donde la metadona fue ilegal hasta los años 80, los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos se realizaban con codeína. Aun hoy se trata de programas muy extendidos en ese país, aunque debido a causas legales es posible que desaparezcan en los próximos años.

E.- Ensayos con Heroína

El conocido como Sistema Británico permitía desde 1926 la dispensación de heroína para el tratamiento de algunas drogodependencias. Pero sólo recientemente se ha comenzado a hablar de programas de heroína debido a la iniciativa de Suiza.

Las leyes internacionales restringen la producción de opio y morfina destinada al abastecimiento de la industria farmacéutica, adecuando la producción a las necesidades reales de usos lícitos y siendo necesaria la autorización de Naciones Unidas para llevar a cabo esta producción. En la actualidad ese permiso lo tienen diez Estados, entre ellos España.

El objetivo de estos programas es mantener en la red asistencial a un colectivo de drogodependientes con un amplio historial de fracasos en otros recursos, con muchos años de consumo, y con una situación de exclusión social.

La dispensación controlada de heroína es sólo parte del programa, que debe tener un elevado componente psicosocial. En España existen dos proyectos para realizar ensayos clínicos y estudiar estos programas, se trata de los presentados por Andalucía y por Cataluña. Otros países que se han interesado por el tema son Holanda y Australia.

Centros de encuentro y acogida

Es un programa de baja exigencia del acceso. La función de estos centros, también llamados de emergencia social o de calor y café, es atender las necesidades básicas de los drogodependientes: alimentación, higiene, descanso y acercamiento humano.

El objetivo es lograr una mejor calidad de vida de los usuarios de drogas y reducir el riesgo asociado al consumo, y para ello, además de proporcionar la satisfacción de las necesidades básicas, se desarrollan actividades como atención individualizada, valoración de la problemática, información sobre los recursos existentes, intervención psicosocial y jurídica, acciones de reducción de daños, derivación a otros recursos sociosanitarios, etc.

Se trata de un recurso diseñado para drogodependientes afectados por una elevada degradación personal, familiar y social, es decir, de un gran nivel de marginalidad o que no se adaptan al estado de abstinencia. En muchos casos se trata del primer recurso al que acceden los drogodependientes que viven en situación de exclusión social y con graves problemas de deterioro físico, psíquico o jurídicos.

Dada la peculiaridad del recurso en muchas ocasiones las actuaciones son puntuales, ya que uno de los objetivos es la fidelización de los usuarios. La mayoría de estos centros tienen a estar abiertos las 24 horas del día, con el fin de dar una respuesta básica, eficaz y rápida a las demandas de los drogodependientes que acuden a ellos. En muchos casos estos centros incluyen los programas de dispensación de metadona o están muy próximos a los mismos.

Suministro de material de consumo higiénico

También se les conoce como programas de intercambio de material estéril. Son programas de intercambio y distribución de jeringuillas y otro material de consumo, tal como: agua destilada, toallitas desinfectantes, papel de aluminio, etc. que pueden realizarse desde diferentes lugares. El objetivo es aminorar el riesgo del uso de drogas por vía intravenosa, pero también de enfermedades de transmisión sexual.

Como ya se ha indicado, España es el país de la Unión Europea con las mayores tasas de infección por VIH.

El extendido uso compartido de jeringuillas en el pasado más reciente está en el origen de estos negativos datos para la población española. Además esta práctica también está relacionada con las altas tasas de hepatitis y de otras enfermedades infectocontagiosas.

En este marco es en el que hay que inscribir los programas de intercambio y distribución de jeringuillas como uno más de los programas de reducción de riesgos y daños. El objetivo perseguido es reducir las posibilidades de contraer enfermedades de transmisión sanguínea y los riesgos asociados a esta práctica.

Este tipo de programas surgió por la reivindicación de los propios usuarios de drogas por vía parenteral en Holanda, en 1981, que exigían la posibilidad de adquirir jeringas en las farmacias. A España llegaron en 1988, aunque su extensión aun debió esperar varios años.

La dispensación e intercambio de jeringuillas se desarrolla en la actualidad en distintos dispositivos asistenciales, que van desde las farmacias o los centros de salud, hasta diferentes dispositivos creados y puestos en marcha por los colectivos y organizaciones ciudadanas.

La extensión de estos programas reduce la prevalencia de enfermedades infecciosas (no solo del SIDA), favorece los hábitos más saludables e incluso permite reducir el consumo de derivados del opio. En España aún estamos lejos de la generalización de este tipo de programas, y sigue existiendo el déficit de su implantación de las cárceles, donde se siguen produciendo intercambios de jeringuillas entre los internos drogodependientes.

La prevención del SIDA y numerosas campañas realizadas en los últimos años ha permitido un importante descenso del uso de la vía parenteral entre los drogodependientes, pero aún sigue siendo necesario mantener y extender estos programas.

Talleres de consumo de menor riesgo

En los últimos años, algunos de los programas de distribución e intercambio de jeringuillas complementaron su actividad con diversas iniciativas. Una de las que ha tenido mayor éxito ha sido la de realizar unos talleres llamados de consumo de menor riesgo, que incluye entrenamiento en venopunción, conocimientos de otras vías de consumo alternativo a la vía parenteral, actuaciones en casos de sobredosis, información sobre reglas para un consumo menos arriesgado (mezclas explosivas - policonsumo, importancia de contar con un proveedor de droga "fiable", etc.).

El objetivo es dotar al drogodependiente de información y destrezas suficiente para que conozca los riesgos potenciales ligados a las formas y condiciones de los consumos. Este tipo de programas permite reducir la mortalidad y los casos de sobredosis, además de otras patologías, al tiempo que se convierten, en muchos casos, en el primer puente entre el usuario de drogas y la red asistencial.

Salas de consumo higiénico

Espacios habilitados que permiten que el consumo de drogas se realice en una situación tranquila, controlada, en condiciones de impecable higiene, y a las que el drogodependiente puede acudir para el consumo de la sustancia y/o acceder al material inyectable nuevo, y en las que cuenta con el apoyo de un completo equipo sociosanitario para ayudarlo. El equipo incluye desde personal sanitario: médico, enfermeros, hasta trabajadores sociales que pueden convertirse en la puerta de entrada a otros dispositivos asistenciales o permitir una mejora en la normalización social de este colectivo.

En España existe actualmente una única sala de este tipo instalada en el poblado marginal de Las Barranquillas, se trata del Dispositivo Asistencial de Venopunción

Talleres de sexo seguro

Ya se ha dicho aquí que España es el país de la Unión Europea con las mayores tasas de infección por VIH, y los datos oficiales señalan que la principal vía de infección es el uso compartido de jeringuillas entre drogodependientes. La segunda vía de transmisión es la sexual.

En los últimos años esta vía va ganando terreno rápidamente al intercambio de material inyectable, por eso es evidente que hay que actuar en este apartado.

Diversas encuestas y estudios señalan que en España el uso de preservativos sigue siendo bajo, y que existen fuertes resistencias a modificar los comportamientos sexuales en la intimidad.

También parece evidente que algunos de los usuarios de drogas por vía parenteral pueden transmitir el SIDA y otras infecciones a la población por vía sexual, por eso es importante actuar sobre los comportamientos y prácticas sexuales de los drogodependientes.

Los talleres de sexo seguro pretenden difundir entre los usuarios de drogas prácticas sexuales seguras para evitar riesgos. El uso del preservativo sigue siendo la mejor arma para prevenir el SIDA, para reducir la diseminación de VIH.

Este tipo de talleres, de los que cada vez son más frecuentes encontrar en la actividad de los propios centros de atención, se puso en marcha en España en 1992.

Distribución y reparto de preservativos

Desde diferentes dispositivos: centros específicos, programas móviles, programas de acercamiento, centros de emergencia social, se promueve el uso del preservativo entre la población drogodependiente.

Programas sociosanitarios

Programas en los que, desde una perspectiva epidemiológica y comportamental se aborda el tema de prácticas saludables y se favorecen cambios comportamentales y conductuales de los grupos de riesgo para aumentar y favorecer la calidad de vida.

Entre los objetivos de estos programas está normalizar la información sobre sustancias psicoactivas, la aceptación y normalización del consumo de estas sustancias, la implicación de los ciudadanos (incluidos los drogodependientes) en planes de prevención, educación, salud e información. Otro factor a tener en cuenta es la creación de un vínculo personal.

Un ejemplo de estos programas podría ser los llamados 'calor y café', recursos de descanso y encuentro adecuados para drogodependientes y personas en exclusión social. También las salas de venopunción higiénica podrían entrar en esta categoría, siempre y cuando cuenten con el equipo sociosanitario adecuado.

Otra de las iniciativas que podríamos incluir en este apartado es el fomento de asociaciones de usuarios de drogas que están surgiendo por diversas ciudades siguiendo el ejemplo de otros países (Holanda, Gran Bretaña o Francia).

El objetivo es acercarse a la población de drogodependientes y de excluidos sociales o poner en marcha dispositivos adecuados para que sean ellos quienes se acerquen.

Programas de acercamiento

Los equipos asistenciales contactarán con los consumidores de drogas en las zonas que estos frecuentan y allá donde estos viven, consumen y se relacionan ofertando diferentes intervenciones que respondan a necesidades reales.

Análisis de sustancias

Informan a los usuarios de los componentes de las sustancias que van a consumir. Básicamente se está realizando con pastillas de derivados anfetamínicos en *raves* o fiestas, aunque también se puede analizar la sustancia (heroína o cocaína) en el dispositivo de venopunción higiénica. Sólo se informa a los usuarios sobre si lo que va a consumir tienen o no la sustancia supuesta, pero no se informa sobre porcentajes de pureza.

Orientación Sociolaboral

Son programas para la orientación y la consecución de empleo de drogodependientes en tratamiento. Se trata de un recurso de integración.

El objetivo es facilitar una atención sociolaboral a drogodependientes en tratamiento que estén en situación de desempleo y que, por ausencia o insuficiente formación o experiencia laboral, se encuentran desfavorecidos en el mercado laboral.

Talleres de capacitación profesional

Son programas de incorporación para mejorar la formación profesional de drogodependientes en tratamiento.

El objetivo es facilitar el acceso de los drogodependientes al mercado laboral. Mediante la adquisición de conocimientos técnicos en la profesión seleccionada y desarrollando hábitos de trabajo, de relación intergrupala y de técnicas de búsqueda de empleo.

Talleres educativos, de ocio y tiempo libre

Son programas de incorporación que tienen la finalidad de impulsar el desarrollo personal del drogodependiente y el acceso a canales reglados de educación la orientación y la consecución de empleo de drogodependientes en tratamiento.

El objetivo es que los drogodependientes adquieran habilidades intelectuales, aprendan a utilizar las capacidades básicas de aprendizaje, así como la incorporación normalizada la entorno comunitario.

Grupos de autoapoyo

El grupo de autoapoyo es un conjunto de ciudadanos cuyo propósito se basa en crear una red de ayuda mutua, y en el que prevalecen características como solidaridad, comprensión, o autenticidad. Estos grupos están siempre formados por personas que comparten un problema, una necesidad o una desventaja, y que se reúnen con el propósito de hacer frente a ese problema.

En el campo de las drogodependencias existen grupos de autoapoyo formados por familiares (madres/padres) y por usuarios o exusuarios de drogas.

La pertenencia a estos grupos, que deben contar con un coordinador o con un equipo, beneficia a sus miembros por varias razones: creación de un punto de vista común con relación al problema, socializa las experiencias de los miembros, ofrece modelos de comportamientos más exitosos dentro del grupo, ofreciendo apoyo afectivo y emocional, ofreciendo identidad, creando protección social, etc.

Atención para problemas jurídico-penales

Los programas de atención a drogodependientes o exdrogodependientes con problemas jurídico-penales se ubican en los juzgados, en las propias prisiones, o en otros centros de la estructura jurídico-penal del Estado o de las Comunidades Autónomas. Se trata de programas en los que colaboran la administración penitenciaria con las comunidades autónomas, los ayuntamientos y las ONGs.

El objetivo de estos programas es apoyar al drogodependiente en sus problemas con la justicia. El apoyo de profesionales y la búsqueda de medidas alternativas a la privación de libertad son las funciones de estos dispositivos.