

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

El Rol del Trabajador Social en el ámbito de Adicciones.

“Una reflexión sobre el papel del Trabajador Social”

Álvaro Herrando Pérez
4º Grado de Trabajo Social

Dirigido por Luis M. Vilas Buendia

ZARAGOZA, Junio de 2014



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo

Universidad Zaragoza

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....

- 1.1 Introducción temática.....4-6
- 1.2 Estado de la cuestión.....6-7

2. CUESTIÓN CENTRAL.....

- 2.1. Foco de análisis.....8-10
 - 2.2.1 Cuestión Central.....10
 - 2.2.2 Cuestiones secundarias.....10
- 2.3. Hipótesis.....11
- 2.4 Glosario de términos.....11-12

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....

- 3.1 Perspectiva de análisis.....12-13
- 3.2. Universo, muestra y muestreo.....13-14
- 3.3 Técnicas de recogida de datos a utilizar.....14-15

4. MARCO TEÓRICO.....

- 4.1 ¿Cuál es la realidad a la que se tiene que enfrentar un trabajador social en materia de adicciones?.....16-29
- 4.2 ¿Cuál es la legislación en materia de dependencia?¿Es suficiente?.....29-49
- 4.3 ¿Qué proyectos y estrategias tienen en marcha las instituciones públicas?.....49-61
- 4.4 ¿Con que recursos cuentan los Trabajadores Sociales

para abordar esta temática?.....	61-66
4.5 ¿Cuáles son las principales funciones de un trabajador social en materia de adicciones?.....	66-71
4.6 ¿Existe coordinación entre instituciones públicas y los actores sociales en materia de adicciones?.....	71-76

5. ANÁLISIS DE DATOS.....

5.1 Problemas del trabajo de campo.....	77
5.2 Análisis de Datos.....	78-84

6. REFLEXIÓN FINAL.....

BIBLIOGRAFÍA.....

WEBGRAFÍA

ANEXOS.....

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción Temática

El fenómeno que envuelve a las drogas no es algo nuevo, sino que lleva acompañando a las sociedades humanas desde sus inicios, algunas de estas sustancias han surgido para saciar necesidades o para facilitar la adaptación de los seres humanos a las adversidades naturales, no obstante los cambios sociales, culturales y económicos producidos en las sociedades han creado nuevos patrones de consumo que entrañan riesgos dentro de los consumidores.

Un ejemplo característico de una droga que se ha transformado en el imaginario social a lo largo del tiempo y que ha influido en la cultura es el alcohol. En el caso de Europa, el alcohol fue utilizado para satisfacer las necesidades fisiológicas de la población debido a la insalubridad del agua, así el poder antiséptico y la acidez que se producen en la fermentación eliminaba los agentes patógenos del agua¹, no obstante no fue hasta el siglo XX cómo señala Barona² *“se produjo el fenómeno de la globalización de los patrones de consumo que conocemos actualmente, especialmente después de la segunda Guerra mundial, cuando la bebida alcohólica deja de estar asociada a las comidas y la nueva pauta de consumo pasa a ser la ingesta de grandes cantidades en breve espacio de tiempo, asociada a actividades de ocio”*.

Por otra parte, se cree que el opio (*Papaver somniferum*) lleva siendo usado para

1 Vallee, B., 2008

2 Barona J.L, citado en Corrêa de Carvalho JT, 2007

mitigar el dolor y la angustia, desde aproximadamente 4000 años antes de Cristo en Asia por la sociedad Sumeria, también se han encontrado pruebas de que los Egipcios y los Griegos utilizaban las propiedades de la adormilera para aliviar el dolor.³

Cómo estas sustancias, ha habido muchas que han sido utilizadas por el hombre, ya sea por razones médicas, adaptativas, espirituales o de otra índole. Es por ello que la problemática en cuanto a las drogas tiene un matiz sociológico (además de otros de diversa índole), ya que la consideración de una sustancia dentro de una sociedad trae consigo etiquetas sociales hacia la sustancia, y hacia los consumidores.

Lo anterior nos lleva a considerar el concepto de situación sociológica de la droga en las sociedades industrializadas y a diferenciar tres posibilidades⁴:

- Sustancias institucionalizadas: “mantienen un estatus de legalidad controlada en cuanto a su producción, distribución, publicidad y consumo, además de recibir valoraciones mayoritariamente acríicas del medio social. Es el caso del alcohol y el tabaco⁵”.

- Sustancias no institucionalizadas: “mantienen un estatus de ilegalidad en los rubros señalados, además de recibir valoraciones mayoritariamente críticas del medio social”⁶.

- Sustancias institucionalizadas con posibilidad de uso “desviado”: “sustancias elaboradas con finalidades médicas, que pueden “desviarse” de su

3 Tiberio Alvarez, T., 1980

4 Berjano y Musitu, 1987 citado en Pons, 2010, Op. Cit.

5 Berjano y Musitu, 1987 citado en Pons, 2010, Op. Cit.

6 Berjano y Musitu, 1987 citado en Pons, 2010, Op. Cit.

propósito original para ser consumidas con una finalidad recreativa”⁷.

Así pues el trabajo social tiene una función importante en relación al abuso de estas sustancias. Por una parte el profesional del Trabajo Social debe formarse una perspectiva en cuanto a cómo quiere abordar la problemática del abuso de drogas en su trabajo profesional. El trabajador social debe de tener un conjunto de valores, competencias y roles para abordar el objeto de intervención⁸. Este conjunto no es algo estático e igual en todos los profesionales, tampoco es el mismo en todas las sociedades, ya que cómo se ha mencionado con anterioridad, el fenómeno de las drogas tiene un matiz sociológico, y es por ello que el abordaje de esta problemática por parte de los trabajadores sociales, se verá afectado dependiendo de la construcción del imaginario social de una determinada sociedad y de la posición del profesional respecto a ella.

El presente trabajo pretende analizar el rol que cumplen los trabajadores sociales en el ámbito de las drogodependencias en Argentina, España y en los Países Bajos, se pretende indagar en cuales son las labores que realizan estos profesionales a la hora de intervenir con usuarios que abusan de diferentes sustancias y cómo la diferencia cultural afecta a la labor de estos profesionales. Para ello se pretende realizar una investigación que utilice cómo técnicas de recopilación de datos, por un lado la documentación y por otro lado las entrevistas a profesionales del trabajo social.

1.2 Estado de la Cuestión

A partir de mi experiencia cómo estudiante en dos programas de intercambio “Prácticas de cooperación en Latinoamérica” y Erasmus, he decido realizar mi investigación tomando la República Argentina, España y los Países Bajos cómo

⁷ Berjano y Musitu, 1987 citado en Pons, 2010, Op. Cit.

⁸ Jones, 2006 citado en Goodman, 2009.

contexto espacial cómo inicio de tal investigación. Lo que se pretende en este trabajo, es analizar el rol del trabajador social en el ámbito de las adicciones, en los marcos espaciales anteriormente citados, para a partir de la información obtenida de este análisis, realizar una reflexión final acerca del rol del Trabajador Social en materia de adicciones. A mi juicio es interesante, debido a la gran diferencia entre Argentina, que opta por continuar con la llamada “Guerra contra las drogas⁹” al criminalizar cualquier tipo de sustancia adictiva en pos de reducir la demanda de estas sustancias, y los Países Bajos, que apuesta por el uso recreativo de las drogas y la asistencia de los consumidores, construyendo una política de reducción de los posibles daños causados por las drogas.

La política sobre drogas aparece en todas las agendas políticas, y la labor de los trabajadores sociales cómo elemento de cambio social es de suma importancia para el correcto desarrollo de cualquier intervención que vaya dirigida a cubrir una necesidad demandada por la sociedad. Así pues, una reflexión sobre el papel que estos profesionales realizan en su labor diaria a partir de un análisis internacional se configura cómo un aporte al desarrollo y mejora de la profesión.

2. CUESTIÓN CENTRAL

Este apartado tiene como objetivo explicar al lector cual el campo de estudio que se propone en esta investigación, aclarando cual es el foco de análisis que se va a estudiar y delimitando el alcance de dicha investigación. También se incluye en el apartado un glosario de términos y el marco teórico que se ha utilizado para dirigir la investigación.

9 Término acuñado por el presidente de EEUU Richard Nixon, y hace referencia al nuevo modelo frente a las drogas que apareció tras la la Convención Unica de Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961. Es una política orientada hacia la tolerancia cero contra las drogas.

2.1 Foco de Análisis

Esta investigación se puede enmarcar por una parte, en un análisis del rol que juegan los profesionales del Trabajo Social en las prácticas relacionadas con la drogodependencia, y por otra parte, una comparativa de ese rol desde una perspectiva internacional, intentando vislumbrar las diferencias de los marcos espaciales a analizar.

Resulta de suma importancia conocer las características del modelo de desarrollo, sus condicionantes endógenos y exógenos, y sus implicaciones sociales para desarrollar la estrategia propia de intervención profesional respecto a esta problemática¹⁰. Analizar el papel que juegan los profesionales contribuye al desarrollo de la profesión y a la mejora de las intervenciones.

2.1.1 Cuestión Central

La cuestión central de esta investigación es hacer una comparación entre ambas realidades con el objetivo de acercar diferentes perspectivas de abordar la problemática de las drogas en varios países que presentan claras diferencias en cuanto a su historia, organización, realidad a tratar, recursos, etc.

Esta cuestión central se puede enunciar de una manera más sencilla en "Cuáles son las diferencias y similitudes entre el rol de los trabajadores sociales en el ámbito de las adicciones en la República Argentina, los Países Bajos y España dependiendo de la legislación" Donde los conceptos clave serían **"rol de trabajador social"** y **"legislación en materia de adicciones"**

Para evitar confusiones y ambigüedades en estos conceptos, se han delimitado

¹⁰Valverde Obando, L., 1996

utilizando la técnica de las 6 W (Ver Anexo 1) propuesta por Migchelbrink.¹¹

2.1.2 Cuestiones Secundarias

Las Cuestiones Secundarias están relacionadas con la cuestión central, y el objetivo de formularlas es delimitar esta cuestión central de manera que sea más fácil su análisis. Partiendo de la previa demarcación de las 6W, se han extraído las siguientes cuestiones. Esto ha servido para realizar una guía a la hora de realizar el marco teórico. Con esta demarcación por medio de cuestiones secundarias va a servir para operacionalizar variables, y a partir de estas diseñar lo que será el modelo de entrevista que se ha utilizado en esta investigación.

Las siguientes cuestiones aparecen expuestas esquemáticamente, no obstante hay que añadir que más adelante servirán como una guía para realizar diferentes aspectos de la investigación, tales como el marco teórico o las técnicas de recogida de datos.

Por una parte nos encontraríamos con las cuestiones que operan en un nivel micro:

- ✓ ¿Cuál es la realidad a la que se tiene que enfrentar un trabajador social en Argentina/Países Bajos/España en materia de adicciones?

Se puede distinguir un nivel meso en que se incluirían las siguientes cuestiones:

- ✓ ¿Cuáles son las principales funciones de un trabajador social argentino/neerlandés/español en materia de adicciones?
- ✓ ¿Existe coordinación entre instituciones públicas y actores sociales en

¹¹ Migchelbrink, 2002 citado en Verhoeven 2011

materia de adicciones?

- ✓ ¿Con que recursos cuentan los Trabajadores Sociales para abordar esta temática?

La formulación de otras preguntas orientadas en un plano a nivel macro también es importante a la hora de orientar la investigación:

- ✓ ¿Cuál es la legislación en materia de dependencia en Argentina/Países Bajos/España?
- ✓ ¿Qué proyectos y estrategias tienen en marcha las instituciones públicas?

2.3 Hipótesis

Con el fin de orientar el proceso de investigación y construir por último las conclusiones de esta investigación, se han diseñado las siguientes hipótesis:

- La diferencia entre el paradigma en el que un país basa la intervención en cuanto a la problemática de las drogas influye sobre el rol que juegan los profesionales de Trabajo Social en el ámbito de la drogodependencia.
- El modelo de reducción de daños es más eficaz para que los trabajadores sociales del ámbito de las drogodependencias realicen su labor.

2.4 Glosario de Términos

Con el objetivo de continuar con la delimitación, me resulta interesante realizar un glosario de términos propio con el fin de enfocar la investigación hacia el objetivo, y que ciertos conceptos que pueden tener un doble definición, no resulten confusos para el lector.

- Droga: es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas ¹².
- Rol: Se trata de la función que desarrolla un profesional dentro de una institución, de acuerdo con los criterios y normas de esta.
- Factores de riesgo: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de convertirse en un adicto a una sustancia.
- Factores de protección: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que tiende a disminuir el riesgo de que entre en un proceso de adicción.

¹² Según la Organización Mundial de la Salud.

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Perspectiva de análisis

De acuerdo con el fenómeno a estudiar, y otros factores que han condicionado esta investigación, las técnicas de recogida de datos han sido totalmente cualitativas. Esta decisión responde a varios supuestos¹³:

- Ontológicos: La realidad a investigar, es subjetiva y múltiple. Al estar investigando algo tan complejo cómo es el rol del trabajador social en políticas públicas de adicciones, no se puede hablar de una realidad objetiva y medible, sino de una realidad que cada profesional la puede interpretar de una manera distinta.
- Epistemológicos: Cómo estudiante de Trabajo Social tengo un interés hacia las diferentes áreas donde podría ejercer mi labor profesional, es por ello que esta investigación me va a ayudar a expandir mi conocimiento en el área de las adicciones, lo que me hace estar inmerso en el contexto de interacción que deseo investigar.
- Axiológicos: Este apartado hace referencia al papel que juegan los valores del investigador en la investigación, al ser de carácter reflexivo donde los valores iniciales con los que parte el investigador influyen en el proceso a la vez que se desarrollan, podría ser calificada cómo cualitativa.

¹³ Esta categorización ha sido realizada a partir de los diferentes paradigmas de investigación social expuestos en Boron, Atilio A., 2005, Op. Cit.

3.2. Universo y muestra

De acuerdo con Verhoeven¹⁴ cuando hablamos de universo, nos referimos al conjunto de elementos que nos gustaría estudiar. Debido a que analizar todos los elementos de este conjunto conlleva una gran dificultad debido a la subjetividad en cuanto a las cuestiones de esta investigación, la acción se enfoca hacia una muestra representativa de este universo.

Por lo tanto, en esta investigación podríamos considerar cómo universo a los Trabajadores Sociales argentinos y neerlandeses que trabajan en algún programa público en materia de adicciones. Cómo se puede intuir, la población a estudiar es extremadamente amplia, por lo que urge operacionalizar esta población para hallar una muestra que nos ayude a explicar la realidad a estudiar. Una muestra es una pequeña parte de la población de la que se quiere recopilar información¹⁵. Según Corbetta se trata de *"el procedimiento a través del cual se extrae, de un conjunto de unidades que constituyen el objeto de estudio (la población), un número reducido de casos (muestra) elegidos con criterios que permiten la generalización a toda la población de los resultados obtenidos al estudiar la muestra"*¹⁶

Los rasgos de las personas que nos gustaría tomar cómo muestra tienen que ver con la información que nos pueden proporcionar en la materia a estudiar, por lo tanto la principal cualidad que se precisa es que tengan relación con el objeto de estudio, características cómo el género o la edad son prescindibles a la hora de seleccionar candidatos, lo que nos importa es el puesto laboral que ocupan, este debe ser de Trabajador Social en el área de las adicciones.

14 Verhoeven, N., 2011, Op. Cit.

15 Verhoeven, N., 2011, Op. Cit.

16 Corbetta, 2003

Es por ello que el perfil que se busca para realizar las entrevistas es el de Profesionales del trabajo social que trabajen en Argentina, España y los Países Bajos y que realicen su labor en el ámbito de las adicciones, de manera que puedan respondernos a las cuestiones que se pretenden investigar.

3.3 Técnicas de recogida de datos a utilizar

Una de las Técnicas que se han utilizado para la recolección de datos es la entrevista, esta es una conversación sistematizada que tiene por objeto obtener, recuperar y registrar las experiencias de vida guardadas en la memoria de la gente. Es una situación en la que, por medio del lenguaje, el entrevistado cuenta sus historias y el entrevistador pregunta acerca de sucesos y situaciones¹⁷. Con esta técnica se puede conseguir riqueza informativa por parte de los entrevistados, además de acercarnos a información que de otra manera tendría un difícil acceso. Por ultimo es una técnica que permite la flexibilidad, característica que es útil en la investigación por el proceso que ha requerido y por la fragmentación espacial que tiene la cuestión central.

Más en concreto, se ha pasado a realizar entrevistas semiestructuradas, debido a que el entrevistado tiene más libertad para contribuir con lo que siente acerca del tema, además el investigador es flexible y puede llevar el flujo de la entrevista.¹⁸

El esquema de entrevista semiestructurada que se ha utilizado para realizar las entrevistas es el siguiente aparece reflejado en los anexos 2 y 3.

Por otra parte, antes de realizar las entrevistas se ha realizado un extenso análisis bibliográfico con el fin de delimitar la investigación al conocer que estudios se han realizado en torno a este tópico. Además la documentación

17 Benadiba y Plotinsky, 2001, citado en Boron, Atilio A., 2005, Op. Cit.

18 Verhoeven, N., 2011, Op. Cit.

servirá cómo técnica de recolección de datos para poder dar respuesta a las cuestiones principales y corroborar las hipótesis iniciales.

4. MARCO TEÓRICO

La revisión bibliográfica es un método cualitativo de recolección de datos que nos sirve tanto cómo para plantear la investigación, cómo para llevarla a cabo¹⁹ En esta investigación también se ha optado por la revisión bibliográfica cómo método para la recolección de datos, que complementará otras técnicas cómo la entrevista, a la hora de recopilar información sobre las cuestiones que se están investigando. Es por ello que este apartado es de suma importancia puesto que recopila información fundamental para responder a las preguntas planteadas con anterioridad.

A partir de las anteriores preguntas se ha elaborado el marco teórico para que el conjunto fuera más ordenado y preciso, en este apartado se pasa a analizar cada una de las subcuestiones para tener una visión mas completa del fenómeno que estamos estudiando, y a partir de ahí poder desarrollar una metodología adecuada para estudiarlo. Se ha dividido cada cuestión en tres marcos espaciales "Países Bajos", "Argentina" y "España" para diferenciar las características de cada país. En el caso de España, me ha parecido importante delimitar especialmente centrándome en Aragón, ya que las entrevistas que he realizado ha sido a trabajadoras sociales de recursos establecidos por la legislación de esta Comunidad.

¹⁹ Verhoeven, 2011, Op. Cit.

4.1 ¿Cuál es la realidad a la que se tiene que enfrentar un trabajador social en materia de adicciones?

El fenómeno de la drogadicción no es un problema en si, sino que atiende a una problemática multifactorial, que responde a elementos biológicos, psicológicos y sociales. De acuerdo a estas características, desde La Organización Mundial de la Salud (OMS) se propone una visión biopsicosocial y un abordamiento en la práctica con forma de intervención multidisciplinar basada en la evidencia científica.²⁰ Las características que presentan los usuarios drogodependientes de los Trabajadores Sociales en los Países Bajos, España y en Argentina es probablemente muy diferente, por lo que el profesional debe construir dispositivos de intervención adecuados para abordar cada escenario que se le presente.

- *¿Cuál es la realidad a la que se tiene que enfrentar un trabajador social en materia de adicciones en **Los Países Bajos**?*

Muchas son las instituciones que por medio de encuestas, han intentado dibujar la realidad del consumo de drogas en los Países Bajos. Desde 1997, se realizan desde las encuestas para el Instituto de Salud Mental y Adicciones para el *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adicction* hasta las realizadas el *Centrum voor drugsonderzoek* (perteneciente a la universidad de Amsterdam y que realiza encuestas a nivel Local y Nacional). Estas instituciones han generado una gran cantidad de datos para comprender el alcance del uso de estupefacientes²¹. Haciendo un análisis cronológico podemos observar en las tablas 1 y 2 que se ha producido un aumento del consumo por parte de la

20 A partir de la información obtenida de Muñoz Contreras, F.

21 Información extraída de las páginas web del *Centrum Voor Drugsonderzoek* (<http://www.cedro-uva.org/>) y del *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition* (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/nl>)

población neerlandesa en cuanto a la mayoría de tipos de drogas. De estas drogas, las que más se incrementa porcentualmente el consumo es en el Cannabis (un incremento porcentual del 33,8% en el año 2009 respecto al año 1997), la cocaína (100%) y éxtasis (169,5%)²².

Frecuencia en el uso de drogas entre la población neerlandesa entre 1997, 2001, 2005 y 2009

Frecuencia	Alguna vez en la vida %				Ultimo año %			
	1997	2001	2005	2009	1997	2001	2005	2009
Cannabis	19,2	19,5	22,6	25,7	5,5	5,5	5,4	1,7
Cocaína	2,6	2,1	3,4	5,2	0,7	0,7	0,6	1,2
Extasis	2,3	3,2	4,3	6,2	0,8	1,1	1,2	1,4
Amfetaminas	2,2	1,2	2,1	3,1	0,4	0,4	0,3	0,4
LSD	1,5	1,2	1,4	1,5	0	0	0,1	0,1
Heroína	0,3	0,2	0,6	0,5	0	0	0	0,1

Muestra de población entre 15 y 64 años.

Muestra total 1997: 17750

Muestra total 2001: 2312

Muestra total 2005: 4516

Muestra total 2009: 5769

Tabla 1: Extraído de "The Netherlands Drug Situation 2011: Dirigido a la EMCDDA por el Reitox National Focal Point"

Es importante añadir aquí, que el consumo de lo que se denomina "Drogas Duras", es decir drogas fuertemente adictivas²³ (Y que la encuesta comprende Cocaína, Anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y heroína), se ha incrementado a lo largo de estos años tanto en las personas que la afirman haber consumido alguna vez en su vida, cómo las que afirman han consumido en el último mes. Si en 1997 solo un 0,5 de los encuestados había consumido alguna de estas drogas en el último mes, en 2001 aumento a un 0,8 y viendo la tendencia de cada droga por separado se puede adivinar que este numero ha continuado creciendo año tras año y por lo tanto causando un aumento del impacto que tienen estas sustancias sobre la población. Las únicas sustancias que no siguen este patrón son las de carácter psicodélico, cómo la LSD y los Hongos alucinógenos, además

²² Incremento porcentual hayados a partir de los datos de la tabla 2.

²³ Definición de droga dura extraída del Diccionario de la Real Academia Española

de los opiáceos cómo la codeína.²⁴

Frecuencia en el uso de drogas en la población neerlandesa entre 1997, 2001

DROGA	Alguna vez en la vida		Ultimo año		Ultimo Mes	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Tabaco	67,2	66,4	38,1	34,1	34,3	30,2
Alcohol	90,2	91,6	82,5	83,8	73,3	75,1
Hipnóticos	17,4	18,5	8,5	9,5	5,5	6,4
Sedativos	19,6	16,3	8,2	7,6	4,9	1,5
Cannabis	15,6	17	4,5	1,5	2,5	1,3
Inhalantes	0,5	0,8	0,1	0,2	0	0,1
Cocaína	2,1	2,9	0,6	0,9	0,2	0,4
Anfetamina	1,9	2,6	0,3	0,5	0,1	0,2
Éxtasis	1,9	2,9	0,7	1,2	0,3	0,5
Alucinógenos	1,8	1,3	0,3	0,1	0	0
Hongos	1,6	2,6	0,6	0,5	0,1	0,1
Opiácios (todos)	11,7	8,2	4,2	2,6	1,1	1,1
Codeína	7,3	5	2,6	1,9	0,9	0,7
Heroína	0,3	0,4	0,1	0,1	0	0,1
Drogas Duras	4,1	4,9	1,2	1,8	0,5	0,8
No drogas	5,2	5,3	10,6	11,1	17,8	18,2

Muestra total 1997: 21,959

Muestra total 2001: 17,655

Drogas duras comprenden Cocaína, Anfetaminas, extasis, alucinógenos y heroína. No drogas hace referencia a que en la encuesta respondió no consume.

Cuadro 2: Tabla de elaboración propia a partir de los datos extraídos del CEDRO (Centrum Voor Drugsonderzoek)

Si comparamos los datos proporcionados anteriormente con datos de otros países de la Unión Europea cómo España, que es uno de los países donde más cannabis y cocaína se consume en Europa junto con Reino Unido y la República Checa, observamos que los Países Bajos ocupan un puesto relativamente bajo en cuanto

²⁴A partir de los datos de la tabla 1.

al número de consumidores de esta sustancia. Por arrojar algunas cifras, el 27% de los adultos Españoles han probado alguna vez en la vida el cannabis, y 9% la cocaína²⁵.

No obstante es importante resaltar que en cuanto al consumo de otras sustancias como el éxtasis, las anfetaminas y la LSD, los Países Bajos encabezan la lista en cuanto a consumo de estas sustancias en la Unión Europea. De acuerdo a la información obtenida a partir de las encuestas que se realizan periódicamente en los diversos países de la Unión Europea para el EMCCDA, y que toman valores en la escala en cuanto a la frecuencia de consumo de "Alguna vez en la vida", "En el ultimo año" y "En el último mes", y tomando en consideración únicamente el valor "Alguna vez en la vida" se puede concluir que en los Países Bajos son el segundo país donde más población consumió alguna vez en la vida éxtasis (6,2 %) y el cuarto en consumo de anfetaminas (3,1%)²⁶. El Reino Unido esta en la cabeza de esta lista tanto en consumo de Extasis (8,6%), como de anfetaminas (11,5) y de LSD (5,3%)²⁷. Algunos autores defienden que el consumo extendido de éxtasis en los Países Bajos es su disponibilidad, debido a que este país es el mayor productores del mundo, junto con Bélgica y Canada²⁸.

No obstante, hay que añadir en este punto que según el propio Ministerio Holandés de Salud, Bienestar y deportes " *la juventud holandesa muy raras veces empieza a consumir drogas duras, como heroína o cocaína, antes de sus 21 años*" por lo que el consumo en los Países Bajos de drogas duras se da a una edad tardía, y " *la experiencia ha demostrado que la probabilidad de que las personas que en un momento de su vida vencen la dependencia es mayor a medida que se*

25 Extraído de RTVE (<http://www.rtve.es/noticias/20130528/espana-continua-entre-mayores-consumidores-cocaina-cannabis/673960.shtml>)

26 Extraído de la encuesta nacional sobre drogas, 2009.

27 Extraído de la encuesta de *Crime Survey for England and Wales*, 2011-2012.

28 Extraído de la noticia "Canadá, Bélgica y Holanda son los mayores productores de éxtasis" (22/08/2012) via Terra

empieza a consumir a una edad más avanzada” ²⁹

No obstante hay que concluir, y cito textualmente a Kooyman³⁰ en relación a los consumidores neerlandeses: “*No todos los usuarios consumen de forma regular y no todos los que lo hacen de forma regular son adictos*”, por lo que los datos aportados anteriormente solo sirven para realizar una aproximación a la realidad neerlandesa en términos de consumo pero no en términos de adicción. En la tabla 3 (Anexos, tabla 3) se puede observar una estimación del Centro Parnassia de Investigación a la Adicción en La Haya sobre los adictos en los Países Bajos, donde aparecen datos como que de los 65.000 consumidores habituales de cocaína, se estima que mas de 20.000 son adictos y que solo 6000 (menos de 30%) están en tratamiento para esta adicción, pero que en cuanto a los cerca de 26.000 consumidores de Heroína, hay 24.000 adictos y 17.000 (sobre un 70%) están en tratamiento. De lo que se puede concluir que cada consumidor presenta unas características en niveles de adicción y de gravedad de esta, dependiendo de la sustancia consumida.

- *¿Cuál es la realidad a la que se tiene que enfrentar un trabajador social en materia de adicciones en **Argentina**?*

En la República Argentina el organismo encargado de realizar estudios sobre este fenómeno es el Observatorio Argentino de Drogas creado en el año 2005, actualmente pertenece a la Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogradicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y que cuenta con el financiamiento de la Secretaria de Estado. Este órgano realiza encuestas entre la población de 12 a 65 años con una frecuencia de 2 años, además ha realizado informes sobre la tendencia de consumo en Argentina³¹.

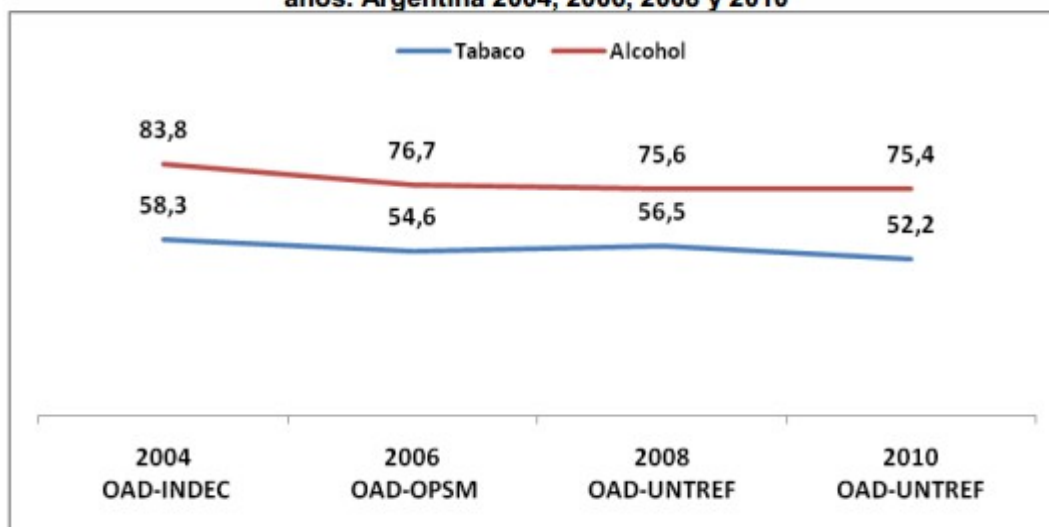
29 Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes, 1995

30 Kooyman, M.

31 Información de la web del Observatorio Argentino de Drogas. <http://www.observatorio.gov.ar/>

Tabla 8

Prevalencia de vida de tabaco y alcohol. Estudios nacionales en población de 16 a 65 años. Argentina 2004, 2006, 2008 y 2010

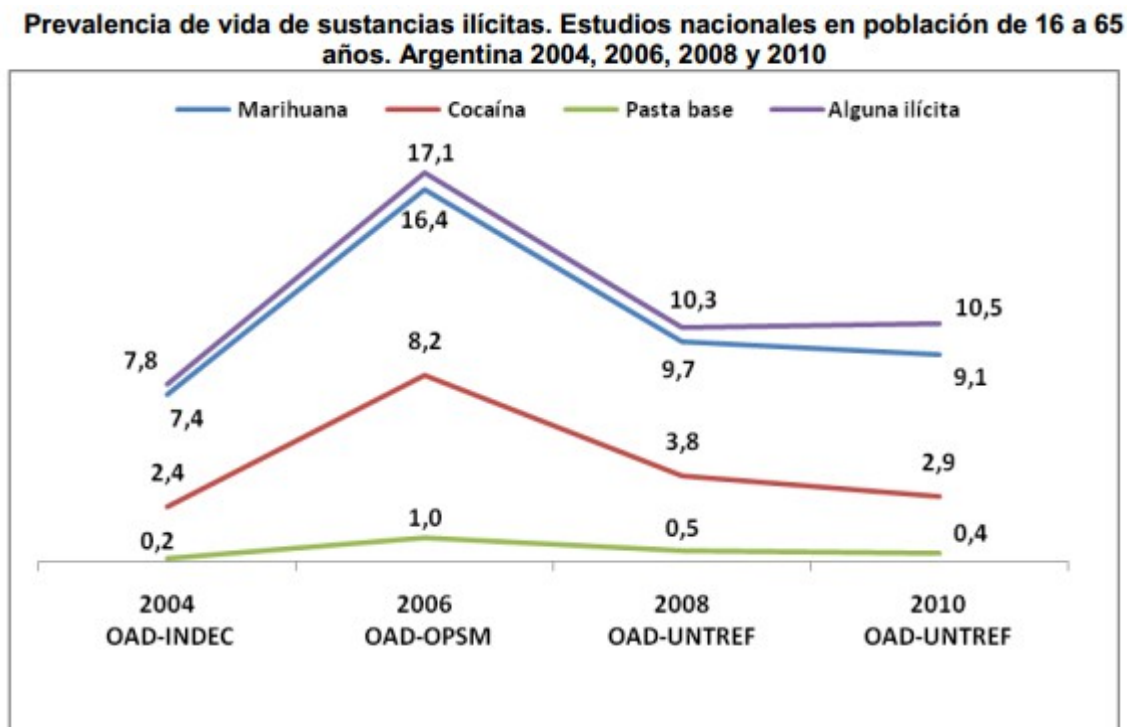


Cómo en la mayor parte de los países, el alcohol, el tabaco y la marihuana son las drogas más usadas por los argentinos, con una prevalencia de vida de consumo en un 47,3% de la población en cuanto al tabaco, un 70% en cuanto al alcohol y un 8,1 en cuanto al cannabis³². Aunque si que hay que distinguir que el consumo de tabaco y alcohol ha ido disminuyendo ligeramente a lo largo de estos años, en suma por las diferentes campañas de sensibilización sobre la peligrosidad de estas sustancias, el consumo de marihuana ha visto un aumento significativo a lo largo de estos años³³.

³²A partir de los datos de la tabla 5.

³³A partir de los datos de las tablas 8 y 10.

Tabla 10



Así cómo indica la tabla 10, el consumo de drogas ilícitas por parte de la población argentina ha ido en aumento, con un periodo de máximo auge en el 2006, y a pesar de que se ha reducido desde ese año, el consumo continua siendo superior a los datos del año 2004.

En cuanto a las drogas duras que son más consumidas por la población argentina en cuanto a prevalencia de vida, los tranquilizantes sin prescripción médica (3,1%), la cocaína (2,6%) y los alucinógenos (0,9%), serían las tres drogas duras más consumidas.

Tabla 5

Prevalencia (%) de vida de consumo de sustancias psicoactivas. Población de 12 a 65 años. Argentina 2010.

Sustancias	Población	%	Intervalos de confianza al 95%	
Tabaco	8.687.729	47,3	46,3	49,1
Alcohol	12.867.025	70,0	68,6	72,4
Tranquilizantes s/pm	555.006	3,1	2,6	3,7
Estimulantes s/pm	44721	0,3	0,2	0,4
Solventes e inhalables (naftas, pegamentos, pinturas, poppers)	74.051	0,4	0,3	0,6
Marihuana	1.492.846	8,1	7,4	9,2
Hashish	142.504	0,8	0,6	1,1
Pasta Base y/o Paco	61.168	0,3	0,2	0,5
Cocaína	483.524	2,6	2,3	3,1
Crack	20.707	0,1	0,0	0,2
Éxtasis	102.401	0,6	0,4	0,8
Heroína	22.636	0,1	0,1	0,3
Opio	21.940	0,1	0,0	0,3
Morfina sin pm	14.592	0,1	0,0	0,2
Alucinógenos (LSD, peyote, san pedro, PCP, mescalina)	157.962	0,9	0,7	1,2
Ketamina	60.065	0,3	0,2	0,7
Otras drogas	210.448	1,1	0,8	1,8
Alguna droga ilícita	1.734.239	9,4	8,7	10,6

En el año 2008, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA), realizaron un informe en el que se exponían numerosos datos sobre el consumo de estupefacientes en los países sudamericanos de Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. Este estudio pone de manifiesto que Argentina fue el segundo país donde más marihuana se consumió, solo superado

por Chile³⁴, y el que más cocaína consumió³⁵.

Este consumo masivo de marihuana y cocaína va acompañado de una edad de inicio bastante temprana en relación con otros países del entorno (18,3 para la marihuana y 18,8 para a cocaína³⁶). Hay que recordar que se ha demostrado que la edad de inicio es un factor determinante en la adicción, debido a que cuanto menor sea la edad de inicio del consumidor, mayor probabilidades tendrá este de desarrollar una adicción a la sustancia consumida. Además existe una cuantiosa presencia de estas sustancias en las calles debido a la proximidad a países sudamericanos productores cómo Paraguay, que es de los países donde más marihuana se produce, o Bolivia donde la producción de cocaína es importante³⁷.

Pero el problema que más acucia al gobierno argentino es el que tiene que ver con los subproductos que se obtienen de los procesos de extracción y refinamiento de los alcaloides de la hoja de coca. Según la ONUDD, existen 3 subproductos *“El primer subproducto que se obtiene durante el proceso de extracción es la **Pasta Básica de Cocaína** (PBC), que técnicamente es la sal amónica de la cocaína obtenida mediante precipitación del alcaloide de una solución ácida. El segundo subproducto es la **Base de Cocaína** (BC), que se obtiene de la oxidación de la PBC mediante el uso de permanganato de potasio. Tanto la PBC como la BC pueden ser utilizadas por los consumidores fumada con tabaco o directamente. Un tercer subproducto es el **Basuco**, que se obtiene en los laboratorios de extracción (cocinas) mediante la utilización de harina de trigo o maíz en la primera extracción ácida del alcaloide. El Basuco no se puede transformar en clorhidrato de cocaína, a diferencia de la PBC y la BC³⁸.”*

34 Extraído de la tabla 15.

35 Extraído de la tabla 16.

36 ONUDD y CICAD, 2008

37 ONUDD y CICAD, 2008, Op. Cit.

38 ONUDD y CICAD, 2008, Op. Cit.

Si bien cada una de estas sustancias puede ser reconocida con precisión mediante análisis de laboratorio, uno de los problemas que actualmente se presenta es una mayor complejidad, por el agregado de nuevas y diferentes sustancias en los productos residuales, llámese Pasta o Base o Basuco o Paco, según el país. Estas otras sustancias que aparecen son el querosén, alcohol metílico, polvo de ladrillo, azúcares, cenizas, etc.. Por otro lado, entre los usuarios de estas sustancias, la única sustancia que se identifica con claridad es la cocaína, pero no las demás. Esta situación se expresa por la existencia de consumidores que sostienen que son sustancias diferentes (pasta base y paco o basuco), o bien que es la misma, pero se distinguen en su modalidad de uso (inhalada o fumada). Por lo anterior resulta indispensable avanzar en clarificar el tipo de sustancia que circula en cada uno de los países, a través de estudios tanto de laboratorio (de las sustancias decomisadas) como de denominaciones y formas de uso por parte de la población³⁹". Hay que añadir, que comúnmente se le conoce en Argentina a este tipo de sustancias cómo Paco⁴⁰, pero es complicado determinar si es PBC, BC o Basuco, ya que cómo se ha mencionado con anterioridad se parte de una caracterización por la vía de administración, ya que la composición es dudosa por las múltiples sustancias nocivas que se utilizan para su producción y que varían de una zona a otra. Es por ello que en esta investigación se le denominará Pasta Base o Paco, haciendo referencia también a todas las sustancias referidas con anterioridad. Además de los daños pulmonares que genera esta sustancia al ser fumada, la pasta base daña los tejidos cerebrales, produciendo efectos secundarios irreversibles en el cerebro en pocos meses y llegando a ser causa de muerte. Además crea una rápida adicción debido a que los efectos suelen durar entre 10 y 15 minutos, lo que lleva al consumidor a consumir la droga de una manera compulsiva⁴¹.

39 ONUDD y CICAD, 2008, Op. Cit.

40 En la mayor parte de medios de comunicación argentinos se le llama Paco a este tipo de sustancias.

41 Morales, A.H., 2009.

La historia de Paco en Argentina se inició en el Área Metropolitana de Buenos Aires para luego extenderse a otras provincias tras la crisis económica y política conocida como “el Corralito” y que asoló el país a finales de 2001-2002. *“la expansión del consumo de pasta base/paco en los sectores populares produjo una nueva “alarma social”, debido al precipitado deterioro de la salud de los usuarios y al aumento de muertes relacionadas directa o indirectamente con su consumo⁴²”*

Según los datos del Observatorio Argentino de la Droga, en el 2010 un 0'3% de la población consumió Paco alguna vez en la vida, y un 0'01% la probó en el último año. No obstante en los datos analizados en el año 2008, decía que un 0'27% de la población entre 15 y 64 años habían consumido esta droga en el último mes. Además según datos de este mismo años, se descubrió que un 63'2% de los consumidores en el último año de Pasta Base, mostraban síntomas de dependencia⁴³. No obstante, otras investigaciones como por ejemplo la de la ONUDD, muestran otras cifras diferentes (tabla 16)

Tabla 22 Prevalencias vida, año y mes de pasta base, población 15 a 64 años, por país.			
País	Vida	Prevalencias* Ultimo Año	Último Mes
Argentina	1,13	0,54	0,27
Bolivia	0,90	0,09	0,08
Chile	2,92	0,62	0,30
Ecuador	0,80	0,14	0,12
Perú	1,47	0,43	0,18
Uruguay	0,95	0,36	0,15

* Prevalencias ajustadas por edad y sexo

Tabla 16. Extraído de ONUDD y CICAD, 2008

42 Castilla, M.V., Olsen, M.C. Y Epele, M.A., 2012.

43 ONUDD y CICAD, 2008, Op. Cit.

Actualmente en la Argentina, esta droga esta relacionada con la población que vive en las villas de emergencia⁴⁴, no obstante se ha demostrado que aunque su inicio se dio en los sectores más castigados por la crisis del 2001, el consumo a emigrado a las capas medias de la población argentina⁴⁵. La forma en que los medios sensacionalistas han tratado el tema del paco en las villas ha hecho que se *"instalen determinados temas de agenda, que no son los problemas reales de la población⁴⁶"*, ya que se estigmatiza la figura del consumidor de paco, al que se considera cómo una persona irracional causante de los problemas sociales y de seguridad que sufre la población argentina, además se produce una criminalización de la pobreza, que según Morales afecta *"al que va mal vestido, al que se viste informalmente, al que está vestido de manera modesta, ya que se lo puede asociar con el drogadicto. Esto sería otra de las formas de criminalizar la pobreza⁴⁷"*

Por último, es importante mencionar que aunque la tradición de administración de sustancias psicoactivas por vía parental es una costumbre poco frecuente en los países latinoamericanos, esta vía de administración de la droga se ha difundido medianamente en Argentina, Brasil y Chile. Esto tiene cómo consecuencia que en estos países se observa un crecimiento en la propagación del VIH/SIDA al estar relacionado con este tipo de administración⁴⁸.

- *¿Cuál es la realidad a la que se tiene que enfrentar un trabajador social en materia de adicciones en **España**?*

En España es el Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías (OED) el órgano encargado de realizar y coordinar la recogida y análisis de datos, tanto de

44 Asentamientos marginales, conformados por personas que están en condiciones de pobreza y/o de indigencia.

45 Morales, A.H., 2009

46 Morales, A.H., 2009, Op. Cit.

47 Morales, A.H., 2009, Op. Cit.

48 Castaño, 1999.

carácter epidemiológico cómo estadístico acerca del consumo de Drogas en este País. Algunas Comunidades Autónomas también trabajan coordinadamente con este organismo para realizar sus propias investigaciones en la respectiva comunidad, pero es el OED el que realiza dos estudios a nivel nacional. Por una parte, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), que se realiza cada dos años y que analiza las prevalencias de diferentes sustancias tanto legales cómo ilegales entre la población general, así cómo pautas de consumo dominantes, perfiles de consumo y la percepción social de los españoles ante esta problemática⁴⁹. Por otra parte, la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), y que analiza los mismos indicadores que el EDADES pero analizando cómo población a los estudiantes de enseñanzas secundarias de entre 14 a 18 años.

Al igual que en el caso de los Países Bajos, los datos que se obtienen a través del EDADES y del ESTUDES, se incorporan en el *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA). De acuerdo a la Estrategia Europea sobre drogas 2013-2020 que propone una coordinación a nivel europeo en cuanto a la producción de datos relacionados con el consumo de drogas, por lo que a pesar que estas encuestas se llevan realizando desde el año 1995 (EDADES) y 1996 (ESTUDES), se han ido añadiendo algunas modificaciones para converger con el cuestionario estándar que propone el EMCDDA a nivel europeo⁵⁰.

De acuerdo a los datos de los sucesivos EDADES desde 1995 a 2011 (Tablas 18-21) se puede sacar las siguientes conclusiones:

- Las principales sustancias legales consumidas en España son el alcohol y el tabaco, siendo el cannabis la droga ilegal más usada. Hay que señalar que los datos de la última encuesta muestran un descenso importante en el

⁴⁹ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2012

⁵⁰ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2012, Op Cit.

consumo de estas tres sustancias a todos los niveles (Prevalencia del consumo de alguna vez en la vida, último año, mensualmente y diariamente). Si este descenso en el consumo sigue disminuyendo, se podría concluir que las medidas del Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 podría estar dando sus frutos.

- La Cocaína en polvo y el éxtasis son las siguientes drogas ilegales más usadas, si bien, al igual que el cannabis, presentan una disminución de su uso.
- El consumo de tranquilizantes, somníferos e hipnosedantes está aumentando exponencialmente a todos los niveles. Además en el valor de prevalencia de consumo en los últimos 12 meses (9,8) supera al del cannabis (9,6). Es un dato preocupante, ya que además la población en general no es consciente de los daños de estas drogas.

Cómo se ha mencionado anteriormente, España es uno de los países donde más cannabis y cocaína se consume en Europa junto con Reino Unido y la República Checa. Por arrojar algunas cifras, el 27% de los adultos Españoles han probado alguna vez en la vida el cannabis, y 9% la cocaína⁵¹. Una explicación a este fenómeno es la situación geográfica de España, al igual que Argentina la proximidad de países productores como Paraguay o Bolivia influía en la mayor presencia de drogas, en España la proximidad con Marruecos (el principal país productor de hachís) supone que España sea uno de los principales puntos de entrada de esta droga hacia la Unión Europea.

4.2 ¿Cuál es la legislación en materia de dependencia? ¿Es suficiente?

⁵¹ Extraído de RTVE (<http://www.rtve.es/noticias/20130528/espana-continua-entre-mayores-consumidores-cocaina-cannabis/673960.shtml>)

Cómo se ha mencionado con anterioridad, la problemática de la drogadicción no es una problemática unicausal, tiene diferentes causas y consecuencias, y es por ello que se ha contemplado de diferentes puntos de vista, y por lo tanto se han diseñado diferentes modelos interpretativos de este fenómeno, en el que cada cuál enfatiza diferentes aspectos y toma posturas de acuerdo a esto. Tal y cómo menciona Pons Diez⁵² *“Todo consumo de drogas implica la presencia de una persona que realiza una elección conductual, pero también supone una peculiar reacción del organismo ante la acción de una sustancia química, así como unos escenarios sociales con muchas variables condicionantes. Estamos hablando de un fenómeno que tiene, en definitiva, implicaciones múltiples: psicológicas, médicas, bioquímicas, sociológicas, etnológicas, jurídicas, económicas, políticas, educativas, históricas, éticas...”*. De manera reduccionista, diversos autores han producido diferentes modelos en este ámbito, y hacer una distinción entre cada uno ayudaría a comprender mejor la práctica de los profesionales en este ámbito. Existen 9 modelos ⁵³:

- Modelo Jurídico: Parte desde una perspectiva jurídico-legal, es por ello que desde este punto de vista, se catalogan las drogas en legales e ilegales y se intenta mantener a los ciudadanos alejados de estas drogas ilegales (o no institucionalizadas) por el peligro social e individual que representan. Es por ello que la concepción del adicto por este modelo es el de una persona que está infringiendo la ley y que además, es un candidato para futuros actos delictivos (robos y asaltos) que pueden poner el peligro al resto de la sociedad. Este modelo se basa en la represión, y es por ello que algunos autores lo denominan modelo jurídico represivo⁵⁴. Las políticas de tolerancia cero y Guerra contra las drogas irían relacionadas con este enfoque.

52 Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

53 Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

54 Vega 1992, citado en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

- El modelo de la distribución del consumo: Es un modelo similar al anterior, pero que pone énfasis en las drogas institucionalizadas al considerarlas como principales causas de morbilidad y mortalidad en las sociedades industrializadas. Parte de la teoría de que a mayor oferta de estas sustancias mayor demanda habrá, a que supone que el consumo esta ligado a la disponibilidad en una comunidad o sociedad de la sustancia, además de que la aceptación dentro de la sociedad de esa sustancia también influye en el consumo. Aboga por un control legislativo (mas impuestos, incremento de las edades de consumo legal, multas y sanciones a infractores, etc.) para disminuir el consumo y la aceptación de la sustancia. No obstante la explicación del consumo en este modelo es insuficiente, debido a que no considera otros aspectos del consumo y lo reduce únicamente a los factores de disponibilidad y aceptación⁵⁵.

- El modelo médico tradicional: *"Considera la dependencia de las drogas como una enfermedad caracterizada por una pérdida del control del individuo sobre su consumo."*⁵⁶ Esto pone de manifiesto que se trata de un modelo que únicamente se centra en las características individuales del consumo, y considera únicamente los procesos internos que suceden en el individuo con el consumo de la sustancia tóxica sin importar el entorno u otros factores que puedan haber influido en el consumo. Algo importante de este modelo es que deja de considerar al adicto cómo un desviado o un delincuente para pasar a considerarlo cómo un enfermo, pero partiendo de que la enfermedad es un atributo de la persona que la posee⁵⁷. Esto quiere decir que se le sigue atribuyendo una característica al adicto, que aunque no sea denigrante, puede llegar a la alineación al ser

55 Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

56 Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

57 Gil-Lacruz, 2007 citado en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

etiquetado con una definición que puede conllevar en nuestra sociedades valores negativos cómo por ejemplo, de pasividad. En cuanto a la prevención, propone la divulgación de los descubrimientos científicos en materia de drogas para informar de las consecuencias de su consumo, aunque la difusión de información por si sola no reduce el consumo, cómo numerosas investigaciones en materia de ciencias sociales y ciencias de la salud han descubierto⁵⁸.

- Modelo de Reducción de Daños: Según la definición de Heather et al (1993) este modelo se puede definir cómo *"un intento de aminorar las consecuencias adversas que sobre la salud, lo social o lo económico tiene el consumo de drogas, sin requerir, necesariamente, la reducción de su consumo. El concepto de "consumo responsable"*⁵⁹ *emerge como propuesta fundamental de esta perspectiva interpretativa."* Parte de dos premisas, una es que el consumo de drogas en una sociedad es inevitable, y la otra es que el individuo es libre para tomar sus decisiones, por lo que la reducción del consumo no es el objeto en este modelo, sino la reducción del daño derivado de este. A partir de ahí las intervenciones del estado deben ir centradas en mitigar los efectos perjudiciales del consumo en el individuo y en la sociedad. Más adelante se explicara detalladamente este modelo, puesto que los Países Bajos son pioneros en su desarrollo⁶⁰.
- El modelo de la privación social: Parte del supuesto de que factores como la discriminación, la pobreza, la falta de oportunidades, la exclusión social o la desigualdad (en resumen, los factores

58Kramer y Cameron, 1975; Salleras,1985; Heaven, 1996; Sánchez-Vidal, 1998, citado en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

59Heather et al, 1993, citado en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

60Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

socioeconómicos) son los que influyen en el consumo de drogas. Por lo que se supone que los habitantes de las zonas con mas desigualdad y exclusión social son más propensos al consumo, debido a que se convierte en *“un símbolo visible de identidad e identificación, así como en la manifestación del rechazo a la norma convencional, lo cual constituye un modo de transgresión voluntaria de la normativa convencional”*⁶¹ En este modelo se estigmatiza a las clases más desfavorecidas, habiendo sido demostrado en estudios en España que no existe una relación entre un mayor consumo de drogas y barrios con menos recursos económicos.⁶²

- El modelo de los factores socioestructurales: *“Esta perspectiva asume que el consumo de drogas forma parte de los estilos de vida de una persona, y éstos, a su vez, están íntimamente vinculados a los estilos de vida de sus grupos de referencia”*⁶³ Esto quiere decir, que los círculos sociales donde se mueva el individuo condicionaran sus patrones o pautas de comportamiento de acuerdo al rol que juega dentro de este circulo o red social. Lo importante de este modelo es que pone de manifiesto que la problemática del consumo de droga no es algo individual, sino que atiende a la interacción del individuo con su entorno social más próximo, no obstante es un punto de vista más descriptivo que explicativo porque describe los factores del consumo, pero no explica las causas de este consumo⁶⁴.
- El modelo de la educación para la salud: Tiene su base en que a partir de la difusión de información respecto a las drogas, se puede prevenir y reducir el consumo. Los conceptos de factores de riesgo y actores

61 Faupell, 1988, citado en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

62 Ramirez, 1991, citado en Diez Pons, X., 2008, Op. Cit.

63 Abel, 1991; Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1992, citado en Diez Pons, X., 2008, Op. Cit.

64 Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

de protección toman importancia en este modelo porque se intenta proporcionar conocimiento acerca de ambos. Por lo general se suele proveer este tipo de información en el ámbito educativo, mediático, comunitario y sanitario. Sus estrategias interventoras son 3⁶⁵:

- Mensajes inductores de miedo: Son mensajes disuasorios que utilizan factores generalmente emocionales en sus mensajes para inducir miedo en cuanto a las consecuencias y riesgos del consumo de drogas⁶⁶.
 - Mensajes informativos objetivos: Se trata de proveer información objetiva respecto a las drogas, además se intenta utilizar un lenguaje específico, para que llegue al segmento de población receptor⁶⁷.
 - Procedimientos de modificación de conducta: Se produce en la relación directa entre el consumidor o potencial consumidor. Se intenta reforzar aquellos factores de protección y modificar los factores de riesgo que el individuo pueda poseer⁶⁸.
- El modelo psicológico individualista: *“Pone el énfasis en el individuo contemplando la complejidad y variabilidad de cualquier conducta humana. El consumo de drogas es entendido como una forma más de comportamiento y, por tanto, puede ser explicado desde los mismos principios que rigen cualquier otra conducta humana, pudiéndose aplicar a tal fin los conocimientos acumulados por las ciencias del comportamiento”*⁶⁹ De acuerdo con esto, los patrones de consumo están relacionados con actitudes, valores, la manera en que un individuo se relaciona en sociedad o los rasgos de personalidad. En

65 Pastor, Balaguer y García-Merita, 1999 citados en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

66 Pastor, Balaguer y García-Merita, 1999 citados en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

67 Pastor, Balaguer y García-Merita, 1999 citados en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

68 Pastor, Balaguer y García-Merita, 1999 citados en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

69 Nowlis, 1982, citado en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

este modelo, las condiciones psicológicas del individuo son importantes, porque harán que este vea las drogas como una manera de satisfacer alguna necesidad física, social o psicológica, o por el contrario, de tener una predisposición hacia el cuidado de la salud. Al definir el consumo como un comportamiento más, supone que este puede ser comprendido por medio de los conocimientos aportados por las ciencias del comportamiento, y únicamente analizando el consumo, pero no la adicción. Como otros modelos, tiene el problema de que estudia la problemática de las drogas desde un único punto de vista, el del individuo, sin analizar otros factores como el social y el cultural.⁷⁰

- El modelo socioecológico: En este modelo se analiza tanto el individuo, cómo la relación de este con su entorno y con la droga. Parte de que *“La conducta humana es el resultado de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive, ya que este proceso de acomodación se ve afectado por las relaciones que se establecen entre esos entornos y por los contextos más amplios en los que están incluidos los entornos”⁷¹* Este entorno de la definición anteriormente citada hace referencia a varios niveles, cómo el macro (política, costumbres, disponibilidad e imagen de la droga), meso (trabajo, escuela y barrio) y el micro (relaciones con familia y los pares), estos entornos están relacionados e interaccionan uno con otro, por lo que los factores de riesgo o protección estarán influidos por ellos, y estos factores protección/riesgo a su vez están relacionados con otros de su misma especie. Así el individuo es un sujeto activo en un entorno rodeado de influencias que provienen de

⁷⁰ Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

⁷¹ Bronfenbrenner, 1979, citado en Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

diferentes capas⁷².

De acuerdo con estas perspectivas a la hora de intervenir en materia de adicciones, se va a hacer una revisión de la legislación en cuanto a esta materia en los países objeto de la investigación.

- *¿Cuál es la legislación en materia de dependencia en **Los Países Bajos**? ¿Es suficiente?*

Hay que situar a los Países Bajos en el contexto de la Unión Europea, ya que se encuentra ligado a las Estrategias que la Unión Europea redacta en materia de adicciones y que establece unas líneas de actuación, unos objetivos y una evaluación. No obstante, este país en cuestión presenta particularidades en cuanto a su propia legislación respecto a otros países de la Unión Europea.

El texto vigente actualmente es la Estrategia Europea Sobre Drogas 2013-2020. Con este texto se pretende realizar un marco político y señalar las actuaciones de la Unión Europea en materia de adicciones. A la vez pretende sentar las bases de la elaboración de, por una parte el Plan de Acción de la Unión Europea sobre drogas (2013-2016) y por otra, del Plan de Acción de la Unión Europea sobre Drogas (2017-2020)⁷³. Una vez que el Plan 2013-2016 sea realizado, se procederá a realizar una evaluación del mismo, y será sobre las bases de los resultados de la evaluación donde se construya el Plan 2017-2020⁷⁴.

Este texto tiene como objetivos para enfrentarse a la problemática de las drogas reducir la oferta y la demanda de drogas en los países de la Unión Europea mediante la coordinación entre países de la Unión Europea, la Cooperación internacional con otros países y organismos y, la información, la investigación, el

⁷² Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

⁷³ Proyecto Hombre, 2013

⁷⁴ Unión Europea, 2013

seguimiento y la evaluación de el fenómeno de las drogas para lograr una mayor comprensión del mismo, todo esto, siempre desde la óptica de los principios que defiende la Unión Europea y la ONU: Dignidad Humana, libertad, democracia, equidad, solidaridad, el Estado de Derecho y los Derechos Humanos⁷⁵. Los objetivos de esta estrategia se pueden resumir en 5 ejes⁷⁶:

1. Reducción de los daños sociales y sanitarios causados por las drogas, así como la reducción de las adicciones.
2. Reducir tanto el mercado ilícito de drogas, como la disponibilidad de estas sustancias entre la población.
3. Promover en la UE la coordinación a través del discurso activo y el análisis de la realidad y el desarrollo de políticas a nivel internacional.
4. Ampliar la cooperación entre la UE y otros países y organizaciones.
5. Comprender mas profundamente la problemática de las drogas por medio de la investigación, seguimiento y evaluación de las políticas y acciones en materia de adicciones.

También hay que destacar que en este texto la Unión Europea hace referencia a realizar medidas en cuanto al tratamiento y la rehabilitación guiadas por la reducción de los daños sociales y sanitarios causados por las drogas. Proponen un enfoque integrado que comprenda la problemática de las drogas en todos sus facetas para poder realizar un mejor abordaje de esta.

En cuanto a la estrategia que lleva a cabo el Gobierno Neerlandés en relación a la problemática de las drogas, en el año 2011 se firmó una carta con los objetivos en materia de drogas, siguiendo los consejos del *Adviescommissie Drugsbeleid* (Comité asesor en materia de Drogas). Estos objetivos pueden sintetizarse en⁷⁷:

⁷⁵General secretary of the council, 2013.

⁷⁶General secretary of the council, 2013, Op. Cit.

⁷⁷Centro de investigación y Documentación y Trimbos Instituut, 2013

- El uso de drogas y alcohol por parte de menores de edad debe abordarse con más rigurosidad.
- Los Coffe-shops tienen que volver a su propósito original: puntos de venta a pequeña escala para los usuarios locales adultos.
- Reforzar la lucha contra el crimen organizado.

Adentrándonos en la legislación de los Países Bajos, se concluye que este país ocupa un lugar especial en cuanto al tratamiento de la problemática de las drogas por muchas razones, a lo largo de este capítulo se intentara explicar cuáles son los puntos que diferencian a los Países Bajos de sus países vecinos en este área.

Para explicar la posición de este país frente a las drogas, hay que hacer un breve retroceso en la historia hasta los años 70, en el cuál la sociedad neerlandesa tuvo que enfrentarse a un problema de adicciones de dimensiones epidémicas, sobretudo con la llegada de la heroína. Tras un intento fallido de subsanar el problema con medidas jurídico-penales, en las que la justicia y la policía persiguió duramente a traficantes y consumidores, y donde estos últimos solo tenían la posibilidad de recibir una asistencia de carácter coactivo y dirigida a la desintoxicación⁷⁸. El gobierno planteó modificar la ley del opio de 1976 de manera fundamental, esta reforma se apoyaba en 3 pilares⁷⁹:

- ✓ *"Una estricta persecución penal de la producción y comercio con estupefacientes, en especial drogas duras, y una intervención penal igualmente estricta respecto de los denominados delitos relacionados con la droga⁸⁰"*
- ✓ *"Una política de no intervención respecto de la posesión de pequeñas cantidades de drogas duras o blandas para el propio consumo, así cómo respecto del comercio de la entrega de cantidades para el consumo en*

78 Van Kalmthout, 1988

79 Van Kalmthout, 1988, Op. Cit.

80 Van Kalmthout, 1988, Op. Cit.

*ciertos centros*⁸¹”

- ✓ *“la oferta de múltiples prestaciones de asistencia a los drogodependientes con la meta de: la prevención y reducción de los riesgos que para el propio drogodependiente, su ambiente inmediato y la sociedad derivan del consumo de drogas*⁸²”

Los fundamentos mencionados anteriormente, son también los pilares básicos del modelo de reducción de daños visto con anterioridad, según este modelo se intentan minorizar los efectos que las drogas tienen sobre la salud, la sociedad y lo económico.

La política Holandesa no presupone que todas las sustancias causen el mismo daño para la salud, por eso basa su ley en que existen sustancias de la clase A y de la clase B, cómo en cualquier país existen ciertas drogas que están ilegalizadas para usarlas, comprarlas, promoverlas o comerciar con ellas, pero también existe la clasificación de las drogas a las que se les considera “drogas blandas” y que de acuerdo a lo que se considera “la Política de tolerancia del Gobierno neerlandés” se puede poseer y comerciar con una pequeña cantidad de estas sustancias para consumo propio⁸³. Entre estas sustancias nos encontraríamos con la marihuana y sus derivados, que se distribuyen en los *coffe-shops*, y otras sustancias denominadas “smart-drugs” que serían derivados sintéticos de productos naturales o sustancias psicoactivas legales⁸⁴. Las autoridades neerlandesas consideran que al despenalizar ciertas sustancias, se elimina una gran parte del mercado negro en torno a la droga evitando así la proliferación de mafias y minimizando los contactos peligrosos con la droga. De acuerdo con Martín Palomo, M. T., Miranda López, M. J., Vega Solís, C.⁸⁵, *“Dicha separación ha puesto*

81 Van Kalmthout, 1988, Op. Cit.

82 Van Kalmthout, 1988, Op. Cit.

83 Extraído de la entrevista a Karem Canatan para el documental *“Rising of the psychedelic truffles in Amsterdam”* de la revista Vice, 2010.

84 Definición extraída de G. Burillo-Putze, B. Climent, J. L. Echarte et al, 2011.

85 Martín Palomo, M. T., Miranda López, M. J., Vega Solís, C., 2002

de manifiesto la voluntad de gestionar el problema del consumo de drogas desde el control y regulación de los consumos de drogas «blandas» (adquisición y consumo), que en combinación con la política de reducción de daños perfilan una racionalidad pragmática en la gestión política de este asunto”. Es cierto que en los últimos años el consumo de cannabis en la población neerlandesa ha aumentado significativamente, pero hay que tener en cuenta que el consumo de drogas atiende a múltiples factores, no es algo estático sino que va variando a lo largo del tiempo, y cómo se resalta con anterioridad es difícil concretar el número de adictos y de las consecuencias médicas, psíquicas y sociales del consumo, no obstante múltiples autores afirman que las modificaciones que se introdujeron en la ley del opio de 1976 condujeron en los años consiguientes a un descenso en el consumo, de acuerdo a cifras nacionales el consumo volvió a aumentar en el decenio de 1984-1994, y posteriormente volvió a disminuir⁸⁶, por lo que es complicado hacer una relación causal entre las pautas de consumo de drogas blandas y las modificaciones en la ley. Lo que sí que se puede constatar es una reducción en el daño de las drogas duras, “*en los Países bajos únicamente 160 de cada 100.000 personas son adictas a las drogas duras mientras que en Grecia este número se eleva a 495, en Francia a 263 y en España a 304*⁸⁷”, Algunos de los hitos que ha logrado la gestión del gobierno neerlandés son la disminución de los adictos a la heroína menores de 21 años, un descenso en los contagios de SIDA entre consumidores o disminución de las muertes por sobredosis, por citar algunos⁸⁸.

En cuanto a las drogas duras, desde 1976 se produjo un endurecimiento en cuanto a su persecución, y solo se atenuó las consecuencias legales de la posesión y distribución de pequeñas cantidades para consumo propio, no obstante se persiguen las actividades ilegales relacionadas con la drogadicción

86 Ministerio neerlandés de Sanidad, Bienestar y Deportes, 1995, Op. Cit.

87 Servicio Municipal de Salud de los Países Bajos, 1999, citado en Martín Palomo, M. T., Miranda López, M. J., Vega Solís, C., 2002, Op. Cit.

88 Martín Palomo, M. T., Miranda López, M. J., Vega Solís, C., 2002, Op. Cit.

cómo es el hurto, receptación, estafa o robo⁸⁹. Cuando hablamos de la gestión que el gobierno neerlandés ha mantenido hacia el fenómeno de las drogas duras, hay que recapitular algunas de los programas y proyectos que tanto instituciones públicas, cómo privadas han ejecutado a lo largo de estos años, así que más tarde se ahondará más detenidamente sobre la asistencia a drogodependientes en los Países Bajos.

Al fin y al cabo, la reducción de daños es una manera de entender la problemática de las drogas desde una visión ética y pragmática con la finalidad, más que de promover la abstinencia, de reducir los daños en su consumo⁹⁰, lo que si que es cierto es que este modelo ha supuesto una superación a modelos de carácter prohibicionista que además de sustentar limitaciones a la hora de comprender la problemática de las drogas, su posición de abstención total contribuyó a la construcción de representaciones negativas acerca de los consumidores (personas que realizan actos irracionales, y por lo tanto son peligrosas) dificultando las labores de los profesionales hacia estos⁹¹.

- *¿Cuál es la legislación en materia de dependencia en **Argentina**? ¿Es suficiente?*

El Órgano del que emana la legislación argentina en cuanto a políticas sociales en el área de adicciones es el SEDRONAR al ser una Secretaria Presidencial, es decir que tiene vinculación directa con la Presidencia de la Nación y no de un Ministerio. El SEDRONAR que junto con la Comisión Nacional de Drogas, *"tiene por funciones la programación de las políticas preventivas y asistenciales y la coordinación de su implementación a través de un Consejo Federal, apoya su gestión sobre dos conceptos claves: la reducción de la demanda de drogas y la reducción de la oferta de drogas. El país se conforma administrativamente por 24*

89 Van Kalmthout, 1988, Op. Cit.

90 Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

91 Galante A., Rossi D., Goltzman P., Pawlowicz M.P., 2009

provincias autónomas, con las cuales el gobierno nacional debe consensuar y articular las políticas sobre drogas⁹²

La ley que rige las actuaciones legales en el ámbito de estupefacientes es la Ley 23.737 (modificada por la Ley 26.052). Además, Argentina ha ratificado una serie de tratados internacionales vinculados a esta materia: *“la Convención Única de Naciones Unidas sobre Estupefacientes (1961), modificada por el protocolo de 1972; la Convención de Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas (1971); y la Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988)*

Por otra parte, en el ámbito hemisférico, Argentina ha adoptado mediante el decreto 1339/96, la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio aprobada por la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas en su Vigésimo Período Ordinario de Sesiones que tuvo lugar en la ciudad de Buenos Aires en el mes de octubre de 1996⁹³ Esto quiere decir que:

- por una parte al ratificar los dictámenes de Naciones Unidas respecto a las drogas (ONUDD), se une a las propuestas de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) que busca la persecución de toda droga catalogada como ilegal, así como de la vigilancia de los químicos que se utilizan para fabricar drogas ilícitas⁹⁴,
- y por otra parte se engloba en los acuerdos de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) que elabora la Estrategia Hemisférica sobre Drogas basada en el fortalecimiento institucional, la reducción de la oferta y la demanda de drogas, medidas de control para prevenir y disminuir la fabricación ilícita de drogas de origen sintético y

⁹² ONUDD y CICAD, 2010, Op. Cit.

⁹³ Extraído de la pagina web de SEDRONAR. <http://www.sedronar.gov.ar/>

⁹⁴ De acuerdo a lo postulado en la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes. http://www.incb.org/pdf/s/conv/convention_1961_es.pdf

natural y cooperación internacional⁹⁵.

Es bien sabido que estas entidades están en contra de modelos como el neerlandés, siendo este duramente criticado por estas instituciones. Muchos autores han calificado los planteamientos de las instituciones citadas con anterioridad frente a esta problemática como "Guerra contra las drogas". Este término acuñado por el presidente de EEUU Richard Nixon, y hace referencia al nuevo modelo frente a las drogas que apareció tras la Convención Única de Naciones Unidas sobre Estupefacientes de 1961. Se podría definir como "una política que está orientada a la persecución de la producción, comercio y consumo de aquellas sustancias psicoactivas ilegalizadas en la Convención de Única de 1961"⁹⁶. En América Latina la década de los 70 se caracterizó por la aprobación de severas leyes contra las drogas y la creación de organismos para la lucha contra estas. Las medidas tomadas por estos conllevaron a una estigmatización de los consumidores de drogas, especialmente de los consumidores de marihuana, y una relación en el imaginario social del perfil del consumidor como alguien joven y relacionado con la guerrilla. Esto fue resultado de una política del Gobierno de los EEUU que culpaba a factores externos, como el narcotráfico en los países del sur, a la problemática causada por las drogas en este país⁹⁷.

Es importante conocer la historia en cuanto a las leyes en materia de drogodependencia en Argentina para dibujar la situación actual, es importante mencionar cuáles son las leyes más importantes que regulan la legislación a nivel nacional⁹⁸:

- Artículo 77 del código Penal: "*El término "estupefacientes", comprende los*

95 Plan de Acción Hemisférica sobre Drogas, 2011-2015.

96 Olmo, R., 1989

97 Olmo, R., 1989, Op. Cit.

98 Hacia un plan municipal sobre adicciones, 2010

*estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica, que se incluyan en las listas que se elaboren y actualicen periódicamente por decreto del Poder Ejecutivo Nacional*⁹⁹

- Ley 23737: Donde se tipifican las conductas con sus sanciones y medidas de seguridad educativas. Se pena con prisión de 4 a 15 años el comercio, la suministración y la producción de lo que tenga que ver con las sustancias ilícitas, y de un mes a dos años de prisión al consumo propio¹⁰⁰.
- Ley 22914: Se considera al adicto cómo un enfermo mental y por lo tanto se aborda el tratamiento de las adicciones desde las políticas de salud mental¹⁰¹.
- Ley 23358: Inclusión en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria de los contenidos necesarios para la adecuada prevención de la drogodependencia e incorporación de campañas en programaciones de las licenciaturas de radio y televisión¹⁰².
- Ley 24455: Obliga a todas las obras sociales y Asociaciones de obras sociales a incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas con dependencia física y/o psíquica de estupefacientes¹⁰³.
- Ley 26586: Se crea el *Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de Drogas*. Este tiene cómo objetivo orientar las prácticas educativas para trabajar en la educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, en todas las modalidades del Sistema Educativo Nacional¹⁰⁴.
- Resolución 351/2000: SEDRONAR insta al gobierno a que a través del Ministerio de Salud de la Nación y los respectivos Ministerios de Salud Provinciales establezcan "*Servicios de detención primaria, asesoramiento,*

99 Vease artículo 77 del Código Penal de la Nación Argentina.

100 Hacia un plan municipal sobre adicciones, 2010, Op. Cit.

101 Hacia un plan municipal sobre adicciones, 2010, Op. Cit.

102 Hacia un plan municipal sobre adicciones, 2010, Op. Cit.

103 Hacia un plan municipal sobre adicciones, 2010, Op. Cit.

104 Hacia un plan municipal sobre adicciones, 2010, Op. Cit.

tratamiento, prevención de la reincidencia, cuidados del postratamiento y reinserción social y a que velen por que estos servicios estén ampliamente disponibles y tengan la capacidad suficiente para atender a aquellos que lo necesitan” a fin de reducir riesgos que los estupefacientes ocasionen a la salud¹⁰⁵.

Cómo se puede observar por las características de estas leyes, se persigue tanto la oferta cómo la demanda judicialmente, además de que se centra en la prevención en la escuela cómo pilar de la prevención del consumo, y en unos servicios a los drogodependientes muy poco desarrollados.

- *¿Cuál es la legislación en materia de dependencia en **España**?¿Es suficiente?*

Cómo país Europeo, España esta dentro de la Estrategia Europea sobre Drogas 2013-2020, que cómo se mencionaba con anterioridad en el caso de los Países Bajos, está enfocada a reducir la oferta y la demanda de drogas en los países de la Unión Europea mediante la coordinación entre países de la Unión Europea, la Cooperación internacional con otros países y organismos y, la información, la investigación, el seguimiento y la evaluación del fenómeno de las drogas para lograr una mayor comprensión del mismo, todo esto, siempre desde la óptica de los principios que defiende la Unión Europea y la ONU.

En cuanto a nivel nacional, las líneas de actuación a seguir están enmarcadas en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Es un texto fruto del consenso entre todos los sectores que trabajan directamente con la problemática¹⁰⁶ y que aboga por la utilización de planteamientos estratégicos integrales con el fin de abordar la problemática de las drogas de manera que se tengan en cuenta todos

105Hacia un plan municipal sobre adicciones, 2010, Op. Cit.

106Bavin, 2012.

los factores por los que se dan las adicciones. La problemática de la droga no es una realidad estática, sino que va cambiando a lo largo del tiempo. Los cambios demográficos, los flujos migratorios, la aparición de nuevas sustancias y los efectos secundarios relacionadas con estas, o los cambios en los perfiles de consumo son algunos de los nuevos retos que aparecen en relación a esta problemática y por lo tanto, deben de aparecer reflejados en una Estrategia Nacional para contemplar la realidad integralmente. También hay que añadir, que el texto contempla la responsabilidad de incluir la perspectiva de género en el diseño y la planificación de las actuaciones¹⁰⁷.

Los principios rectores que guían la intervención en el marco de esta estrategia son los siguientes:

- Consideración de la evidencia científica, para la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones¹⁰⁸.
- La participación social, sensibilización e implicación de la sociedad, especialmente de los segmentos de esta en situaciones de mayor vulnerabilidad¹⁰⁹.
- La intersectorialidad, enfoque y abordaje multifactorial, intersectorial e multidisciplinar. Aspira a la intervención eficiente por medio de la coordinación y cooperación entre los distintos agentes¹¹⁰.
- La equidad, la igualdad de acceso de todos los ciudadanos a los programas¹¹¹.
- El enfoque de género, aplicado al diseño y planificación de intervenciones¹¹².

En cuanto a la rehabilitación y reinserción, la cartera básica de servicios está en

107Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

108Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, Op. Cit.

109Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, Op. Cit.

110Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, Op. Cit.

111Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, Op. Cit.

112Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, Op. Cit.

sintonía con el modelo de reducción del daños. Se defiende las acciones que vayan encaminadas a¹¹³:

1. La coordinación entre recursos con el fin de lograr una reinserción plena.
2. Reducir la problemáticas relacionadas con las adicciones, tales como los procesos de exclusión social, las patologías concomitantes, biológicas o psicológicas o las problemáticas de carácter judicial, social, cultural, etc., que derivan de la adicción.
3. Evaluación, tanto a nivel individual como de los perfiles homogéneos a nivel estatal, de los resultados alcanzados en la rehabilitación y reinserción.
4. Evaluar las acciones desarrolladas, e impulsar guías de buenas prácticas elaboradas por las Comisiones del Plan.
5. Impulsar la investigación.
6. Con el objeto de conocer mejor los factores de riesgo y protección, impulsar el seguimiento a largo plazo.

Esta Estrategia se constituye como un marco de referencia, tanto para las administraciones públicas como para las organizaciones sociales, partiendo del marco institucional creado por el Plan Nacional sobre Drogas de 1985¹¹⁴.

En cuanto a la Comunidad de Aragón, son dos los marcos legales que establecen las actuaciones y recursos, objetivos, etc., de la intervención en materia de drogas. Por un lado, la la ley 03/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, es la que pone el marco legal en cuanto a las actuaciones de prevención, asistencia y reinserción en la Comunidad de Aragón. Esta ley está enfocada en los patrones de consumo de¹¹⁵:

113Bavin, 2012, Op. Cit.

114Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, Op. Cit.

115Gobierno de Aragón, ley 3/2001 de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias

- Patrones de consumo culturalmente arraigados, cómo el alcohol o el tabaco.
- Patrones de consumo relacionados con la automedicación.
- Nuevos patrones de uso y abuso, y en particular el consumo de sustancias dentro de un contexto de ocio y diversión permanente, que implica dosis intensas aunque espaciadas en el tiempo.
- Patrones de consumo relacionados con las drogas que más preocupan, cómo la heroína, la cocaína y las drogas de síntesis.

Este texto hace énfasis en la perspectiva educativa, especialmente en la prevención, donde la educación para la salud desde un enfoque interdisciplinario debe promover “*estilos de vida sanos y autónomos*”¹¹⁶. Para ello, es importante la labor de las disciplinas y de los entornos profesionales, los medios de comunicación, el sistema educativo, así cómo es fundamental, lograr un consenso entre agentes sociales que intervengan en la problemática para asentar las bases de la planificación, desarrollo y evaluación de la intervención¹¹⁷. Por último mencionar que la ley asienta los programas de tratamiento y prevención sobre los siguientes principios:

1. Voluntariedad y libertad, la persona tiene la libertad de solicitar o no estos servicios, por lo que no son una imposición.
2. Equidad en el acceso a los programas sin importar el nivel socioeconómico del usuario.

Por otro lado, y en sintonía con las estrategias europea y nacional citadas con anterioridad, el II Plan Autonómico sobre drogodependencia y otras conductas

¹¹⁶Gobierno de Aragón, ley 3/2001 de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias

¹¹⁷Gobierno de Aragón, ley 3/2001 de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias

adictivas (2010-2016) tiene en cuenta los nuevos perfiles de consumidores, tales “cómo un modelo de policonsumo cada vez más generalizado, el descenso en la edad de inicio, y la relación (...) entre los consumos y los espacios y tiempos de ocio. También, la aparición de nuevas sustancias, el incremento de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas o los nuevos contextos sociales y culturales relacionados con el impacto de la inmigración en España¹¹⁸” Esto es lo que vienen diciendo las estrategias Europea y Nacional sobre Drogas, y que aparece reflejado, tanto en las actuaciones de la ley 3/2001, cómo en el Plan Autonómico.

4.3 ¿Qué proyectos y estrategias tienen en marcha las instituciones públicas?

Dar respuestas a la problemática de la droga es un tema que está en la agenda política de todos los países, una respuesta coordinada, efectiva e integrada es necesaria para enfrentar la situación. No obstante cada país tiene su propio contexto propio.

- *¿Qué proyectos y estrategias tienen en marcha las instituciones públicas en **Los Países Bajos**?*

Cómo ya se explico con anterioridad, la gestión de las instituciones públicas neerlandesas en cuanto a “drogas duras” está centrada en acciones que propinen la reducción de los riesgos y daños sociales y sanitarios relacionados con el consumo de drogas. No pretende un abandono del consumo y una abstinencia, sino que la sociedad, la economía y el propio consumidor salgan lo menos perjudicados del contacto inevitable entre la sustancia y una sociedad.

El Gobierno regional y local neerlandés es el que tiene la responsabilidad a la

¹¹⁸ Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

hora de la organización, la implementación y la coordinación de la respuesta a la problemática de las adicciones, encuadradas en la atención a la salud mental. no obstante, la asistencia corre por cuenta de ONG´s a nivel regional y y también por organizaciones privadas, incluyendo los médicos, hospitales y clínicas privadas. Además, también hay un servicio en los hospitales públicos regionales¹¹⁹.

Las estrategias de prevención de las adicciones empiezan en la escuela, donde el cannabis y el alcohol son los principales blancos de las intervenciones. Se promueven acciones tales como la propagación de información objetiva sobre las drogas o identificar potenciales consumidores para ofrecerles asistencia¹²⁰. Uno de los programas que llevan a cabo estas labores en los colegios neerlandeses es el *De gezonde school en genotmiddelen* y que pertenece al instituto *Trimbos*, y que tiene cómo objeto "El enfoque en una buena política educativa, educar a los jóvenes y la participación de los padres"¹²¹". En cuanto a los adictos, según el gobierno neerlandés, tienen derecho a una plaza en una institución que consistirá en¹²²:

- asistencia para la rehabilitación
- reducción del uso
- evitar daños a la salud

Estas plazas en instituciones son financiadas por el seguro médico del paciente mientras que los programas públicos, cómo los que se detallarán más adelante, son financiados con fondos públicos de las autoridades locales y regionales¹²³. Las instituciones privadas que atienden a esta problemática se agrupan en GGZ, que es la Asociación Neerlandesa de asistencia a salud mental y adicciones, y que en

119Extraído de la pagina web de la ECMDDA

120Extraído de la pagina web del Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes.

121A partir de la traducción hecha de la pagina web de *De gezonde school*.

122Extraído de la pagina web del Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes.

123Extraído de la pagina web de la ECMDDA

materia de adicciones, la conforman 13 instituciones, 7 de ellas fusionadas con un instituto de salud mental y una de ellas, esta fusionada con un instituto de ayuda social¹²⁴.

Entre las estrategias tomadas por el gobierno neerlandés, vamos a analizar algunas de las más simbólicas a nivel internacional, y que han sido analizadas desde otros países:

✓ Centros de consumo:

Los centros de consumo son espacios que surgieron en Suiza y Países Bajos con el objetivo de *"acercar a la red asistencial social y sanitaria a los UDIs (Usuarios de drogas inyectables) sin hogar y con numerosos intentos fracasados de integrarse en distintos planes terapéuticos. Son salas donde el usuario de drogas inyectables más desestructurado socialmente, que vive y que consume habitualmente en la calle, puede consumir sustancias inyectadas en condiciones sanitarias más dignas. Se les dota de material estéril para el uso parenteral (jeringuilla, agua destilada, alcohol, ácido cítrico, etc.), y están bajo la tutela de médicos, DUEs y trabajadores sociales, etc. Además las instalaciones están equipadas con material de urgencias y reanimación.^{125"}* Lo más importante de esta estrategia, es que el consumidor entra en contacto con los servicios sanitarios y sociales. Este objetivo esta presente en otras actuaciones del gobierno neerlandés, cómo los tratamientos de metadona y heroína, o los programas de intercambio de jeringuillas.

✓ Programas de suministro de metadona, heroína y otros opiáceos

Tiene cómo finalidad evitar que los consumidores recurran al abastecimiento en el

¹²⁴Centro de investigación y Documentación y Trimbos Instituut, 2013

¹²⁵Soriano, R. y Doraddo, M., 2000

mercado negro, eliminando así tanto los problemas debidos al adulterio del producto, cómo a una reducción de los grandes traficantes debido a la disminución de la demanda¹²⁶. Los primeros programas fueron los basados en la metadona, donde se administraban dosis de forma diaria porque este derivado opiáceo crea una reserva en el organismo que mantiene ocupado los receptores opiáceos y evita el síndrome de abstinencia. Es utilizada para la desintoxicación en tratamientos de duración corta y media, pero su mayor uso se da en los denominados programas de mantenimiento de metadona, donde la duración es indeterminada, y depende directamente de la evolución del paciente¹²⁷. En palabras de Soriano y Dorado¹²⁸ *“A diferencia de otros opiáceos, como la heroína y la morfina, cuya vida media en el organismo es de 4 a 6 horas, los efectos de una dosis equivalente de metadona alcanzan una media de 24 a 36 horas. Esta particularidad permite el establecimiento pautado de un programa de «sustitutivos», donde se promueve evitar el consumo incontrolado de una sustancia adulterada e ilegal, reemplazándolo por un fármaco prescrito y regulado por un Equipo Terapéutico profesional, modificando las prácticas de riesgo y el circuito de efectos bio-psico-sociales negativos consecuencia del consumo anterior. Al mismo tiempo se trata de una sustancia farmacológicamente segura, que no genera ninguna disfunción orgánica y que normaliza las funciones alteradas por el consumo”* Como señalan estos autores, la administración de opiáceos no se basa únicamente en una distribución indiscriminada de droga, sino que un equipo terapéutico sigue al usuario para intentar modificar conductas de riesgo.

Otro de los programas que en su día fue bastante criticado son las prescripciones médicas de heroína. Aunque los tratamientos con metadona están abiertamente aceptados como primera opción para adictos, no todos los usuarios responden bien a este programa debido a que algunos adictos a los opiáceos no participan en

126Pons Diez, X., 2008, Op. Cit.

127Soriano, R y Dorado, M., 2000, Op. Cit.

128Soriano, R y Dorado, M., 2000, Op. Cit.

su tratamiento ¹²⁹. Según estudios realizados en diversos países como Suiza o los Países Bajos, entre un 15 y un 20% de los adictos necesitarían este tipo de tratamiento¹³⁰, que además resulta menos costoso para el gobierno que un tratamiento con metadona¹³¹. Además la efectividad ha sido demostrado, según estudios realizados en Suiza, Países Bajos, España y Alemania, el 70% de los usuarios de un tratamiento con heroína de 6 a 18 meses consiguieron terminarlo adecuadamente, en los Países Bajos se realizó en el año 2010 un estudio acerca de los usuarios de programas con heroína de al menos 4 años de duración, los resultados mostraron que el 56% de estos mejoraron notablemente su salud, además el porcentaje de los usuarios de este programa que mejoraron su salud y dejaron todo tipo de drogas ilícitas y el consumo excesivo de alcohol se situó en un 25%, frente al 12% de los usuarios que solo estuvieron un año bajo este programa¹³².

No obstante existen algunas pegas en este tratamientos (Metadona y heroína), debido a que en usuarios politoxicómanos, la existencia de consumo de otras sustancias en paralelo a la heroína puede provocar efectos indeseados, como nuevas adicciones al alcohol y/o benzodiacepinas o el inicio del consumo de otras sustancias como la cocaína por vena intravenosa en usuarios con dependencia psicológica a esta vía de consumo¹³³. Lo que si que es cierto es que estos tratamientos reducen la criminalidad, ya que los adictos tienen que recurrir en menor grado a actividades ilegales para financiarse el consumo.¹³⁴

✓ Programas de intercambio de jeringuillas:

129Blanken, P., Hendricks, V., van Ree, J. y van den Brink, W., 2010

130Extraído del artículo "La terapia con heroína es más eficaz y barata que la metadona". El mundo, 12/03/2012

131A partir de los datos de la tabla 4 (anexos)

132Blanken, P., Hendricks, V., van Ree, J. y van den Brink, W., 2010

133Soriano, R. y Dorado, M., 2000, Op. Cit.

134Koymann, 2010, Op. Cit.

Desde 1981 se distribuyen agujas limpias para evitar la transmisión de enfermedades y en 1984 aparecen los primeros programas de intercambio de agujas en este país¹³⁵, esto es debido a la aparición del VIH. Su finalidad era evitar la propagación de enfermedades que transmiten por vía parental como la hepatitis o el VIH entre los adictos por medio de la dispensación de material estéril. No obstante, este programa perseguía otros objetivos para lo que es indispensable el contacto entre profesional y adicto, como por ejemplo proporcionar información a los drogadictos sobre los recursos sanitarios y sociales a los que pueden acudir, aumentar el número de drogadictos que se realizan la prueba del VIH, recopilar información acerca de las pautas de consumo y realizar una vigilancia epidemiológica del consumo, asegurar a medio y a largo plazo, la asimilación del cambio de hábitos y prácticas de riesgo, la dispensación de material e información que reduzca las prácticas sexuales de riesgo y disminuir el número de jeringuillas abandonadas en las calles ¹³⁶.

✓ Programas de reubicación de adictos:

Cabe destacar el programa realizado por el gobierno municipal de la ciudad de Rotterdam debido a los problemas que existían en torno a los drogodependientes que se habían agrupado en un área de la estación de ferrocarril, provocando un proceso urbano de degradación y delincuencia, *"En 1994, el Ayuntamiento desmanteló esta área de la estación en el marco de la operación policial «Victor», y puso en marcha un plan integral bajo el lema «Una política segura y limpia» que preveía: (1) un programa de vivienda que no agravara la zonificación propia de otros enclaves urbanos en los que se han generado guetos, junto a una intervención de asistencia primaria dirigida a las personas sin techo, (2) la apertura de varias salas de usuarios, y (3) la intervención en el lado de la oferta persiguiendo el narcotráfico¹³⁷"* Tras esta operación policial se reubicó a los

135Soriano, R y Dorado, M., 2000, Op. Cit.

136Soriano, R y Dorado, M., 2000, Op. Cit.

137Martín Palomo, M. T., Miranda López, M. J., Vega Solís, C., 2002, Op. Cit.

drogodependientes en diferentes puntos de la ciudad, y un equipo de profesionales, mayoritariamente Trabajadores Sociales, realizaron la labor de visitas domiciliarias con el fin de restablecer el contacto con esa población drogodependiente que estaba en un grave proceso de exclusión social¹³⁸.

En cuanto a las droga que más preocupa al gobierno neerlandés, las drogas sintéticas como el éxtasis, se han propuesto algunas medidas dirigidas a minimizar los daños de estas en la sociedad. Por ejemplo, en los años 90, las medidas que se tomaron respecto a este tema fueron de carácter administrativo: *"Estas (medidas) consisten principalmente en medidas administrativas, medidas orientadas a seguir exacta y críticamente la oferta de drogas sintéticas, a realizar investigaciones ulteriores de estas drogas y a suministrar una información más intensa"*¹³⁹ Actualmente, las medidas tomadas por el gobierno se enfocan principalmente en diferentes eventos dedicadas al ocio para jóvenes, no obstante, debido a que cada región tienen competencias para abordar esta problemática, se vienen observando desde medidas más enfocadas en la reducción de daños como la realización de acciones diversas de carácter informativas, o la creación de estaciones de primeros auxilios o análisis de sustancias en estos eventos, donde un equipo analiza la composición de las sustancias para que los usuarios de estas sepan con precisión cuáles son las posibles sustancias con las que la droga está alterada, hasta medidas de tolerancia cero, como las que se realizan en la ciudad de Arnhem y Utrecht¹⁴⁰.

- *¿Qué proyectos y estrategias tienen en marcha las instituciones públicas en **Argentina**?*

En el Plan Federal de Prevención Integral de la Drogodependencia y de control del

138Martín Palomo, M. T., Miranda López, M. J., Vega Solís, C., 2002, Op. Cit.

139Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes, 1995, Op. Cit.

140Extraído de la pagina web de TACTUS.

http://www.tactus.nl/faqmiddelen/index/details/content_id/F0989708-C259-479C-8769-8D2F76D68579

tráfico ilícito de drogas 2012-2017 establece que el SEDRONAR tiene asignadas una serie de atribuciones que cubren tanto los ámbitos de reducción de la oferta, como reducción de la demanda y sistema de información en materia de drogas¹⁴¹. Las acciones del SEDRONAR están basadas en 3 importantes pilares¹⁴²:

- ✓ Prevención: Es el pilar donde mas peso recae la política de Gobierno argentino, y que sobre todo está dirigido a la prevención educativa en colegios e institutos con el fin de reducir la demanda de droga.
- ✓ Asistencia: Se encarga la Dirección Nacional de Asistencia, esta tiene cómo misión *"recuperar, o reducir, la discapacidad - temporal o permanente- producida en las personas, por el uso indebido de drogas."*. Tanto la prevención cómo la asistencia están basados en unos principios básicos:
 - Coordinar, orientar, supervisar e implementar planes y programas de carácter nacional, determinando prioridades y lineamientos de trabajo, previstos en el "Plan Federal de Prevención de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas" referentes a la prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción y acción social en el campo del uso indebido de drogas, alcohol y psicofármacos en todo el ámbito del país, con la cooperación y la búsqueda del consenso con organismos gubernamentales y no gubernamentales.
 - Coordinar y compatibilizar con las Direcciones Nacionales de Prevención y Capacitación y de Asistencia, los programas de prevención, capacitación, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, públicos y privados, para la recuperación de las personas

141 Secretaria para la programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico, 2012.

142Extraído de la Página Web de SEDRONAR. <http://www.sedronar.gov.ar/>. Los objetivos han sido extraídos textualmente de esta *website*.

afectadas por el uso indebido de drogas y alcohol.

- Asistir al Secretario del Área y a las autoridades nacionales, provinciales y municipales, respecto de las acciones que corresponde emprender en materia de implementación de medidas preventivas y curativas del uso indebido de drogas.
 - Entender en las estadísticas epidemiológicas relacionadas con la prevalencia, incidencia y consumo de sustancias psicoactivas.
 - Promover la creación de una Red Nacional con clara y fuerte presencia de las Organizaciones No Gubernamentales, con el fin de expandir y potenciar las políticas de prevención y asistencia de la Secretaría.
 - Participar, en las áreas de su competencia, en los organismos internacionales y regionales y en las comisiones mixtas binacionales.
- ✓ Lucha contra el Narcotráfico: La Subsecretaría Técnica de Planeamiento y Control del Narcotráfico es la encargada de esta lucha. Se basa en *“el concepto de responsabilidad compartida de la comunidad internacional y el requerimiento de un abordaje integral del problema”* Esto quiere decir que cada país tiene la responsabilidad de perseguir todos los eslabones de producción de la droga y enfrentar al problema desde su propia situación al respecto.

De acuerdo a estos objetivos, el SEDRONAR ha diseñado diferentes programas, entre los más importantes están¹⁴³:

- ✓ Programa de prevención en el ámbito educativo “Quiero Ser”: Es un programa de prevención en el ámbito educativo sobre el consumo de drogas en niños de 10 a 14 años. *“Este programa busca favorecer la creación y articulación de redes en la comunidad educativa para potenciar*

¹⁴³Extraído de la Pagina Web de SEDRONAR. <http://www.sedronar.gov.ar>

sus recursos y posibilitar acciones para prevenir el uso indebido de drogas, a través de herramientas y actividades pedagógicas a educadores comprometidos con estilos de vida saludables. Este programa brinda contenidos conceptuales y técnicas participativas que promueven el desarrollo de habilidades para la vida en los alumnos, y potencia los factores de protección en los niños y niñas entre 10 y 14 años, desarrollando habilidades psicológicas, afectivas, cognitivas y sociales para evitar el consumo de drogas"

- ✓ PREVENIR: Se trata de *"Un programa nacional de prevención comunitaria del consumo de sustancias psicoactivas, que se implementa en los niveles locales y que promueve la participación del conjunto de actores sociales"*¹⁴⁴

Tiene cómo función el fortalecimiento institucional de las provincias, y en especial de los municipios en el abordaje de la problemática de las drogas, además propone consolidar la intervención de los profesionales en la comunidad.

- ✓ Actualmente, el proyecto legislativo más importante que tiene en marcha SEDRONAR en cuanto a la lucha contra el narcotráfico es el Registro Nacional de Precursores Químicos (RENPRE). Este nace en relación a los principios de la Convención de Naciones Unidas sobre el tráfico ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1998, donde Argentina se comprometió a la regulación de aquellas sustancias que sirven para la elaboración posterior de estupefacientes, los denominados precursores químicos.

Los programas argentinos en relación a las adicciones están basados en la prevención, especialmente la educativa, y en una serie de prácticas asistenciales que, a juicio de Morales: *"lejos de contemplar una cultura solidaria o un proyecto*

¹⁴⁴Citado textualmente de la página web de PREVENIR.
<http://www.sedronar.gov.ar/prevenir/index.php>

*de planificación de calidad de vida, se transforman en una herramienta prebendaría políticamente*¹⁴⁵”

Institucionalmente esta es la oferta que el Estado argentino ofrece, no obstante existen otra serie de agentes sociales que intervienen en este ámbito tales como asociaciones de vecinos, ONG´s, organizaciones religiosas o grupos de padres. Entre las ONG´S hay que mencionar la Federación de Organismos No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas (FONGA) y que funciona con independencia estatal.

- *¿Qué proyectos y estrategias tienen en marcha las instituciones públicas en **España**?*

En el caso de Aragón, estos proyectos están enmarcados en los Planes Autonómicos sobre dependencias y y otras conductas adictivas, de acuerdo a lo establecido por la ley 3/2001. Este texto establece 3 áreas de actuación¹⁴⁶:

1. Prevención:

1. Ámbito Educativo: Programas preventivos escolares enmarcados en la estrategia de la Red de Escuelas Promotoras de la Salud. Esta parte desde el enfoque de la educación para la salud. Además también se promueve la consolidación de una comisión mixta salud-educación y de comisiones provinciales para coordinar las intervenciones en este ámbito¹⁴⁷.

2. Ámbito Comunitario: Potenciar la creación de planes locales de prevención comunitaria en Ayuntamientos y Comarcas, apoyados en las

145Morales, H.A., 2009, Op. Cit.

146Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

147Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

entidades y organizaciones sociales. Además se pretende impulsar el trabajo en red de los profesionales de los Centros de Prevención Comunitaria.

3. **Ámbito Laboral:** Las actuaciones en este ámbito van dirigidas a la sensibilización e información sobre la problemática, tanto de los empresas privadas como del colectivo laboral en general con el objetivo de fomentar la implicación de estos agentes en la prevención laboral¹⁴⁸.
 4. **Ámbito Sanitario:** Se ha integrado en la cartera de servicios del SALUD actividades de prevención de drogodependencias y reducción de daños con la elaboración de indicadores y sistemas de evaluación que permitan medir la extensión y calidad de estas intervenciones. Además de desarrollar protocolos de actuación en la atención primaria para la detención y prevención de problemas relacionados con la adicción¹⁴⁹.
 5. **Protección y control de la oferta:** En este ámbito vienen recogidas las actuaciones en cuanto a las drogas legales como el alcohol y el tabaco, y en relación con la Ley 3/2001. Se pretende difundir información acerca de las limitaciones que impone esta ley entre la población en general y los agentes implicados en el cumplimiento de lo establecido en ella. Además de conseguir una implicación por parte de los Ayuntamientos para la elaboración de legislación que sirva como prevención dirigida a los menores de edad¹⁵⁰.
2. **Asistencia:** Hay que empezar comentando que la mayor parte de la red de atención a drogodependencias, y que conforma el ámbito de la asistencia a las conductas adictivas esta integrada en la red de salud mental¹⁵¹. Las

148Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

149Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

150Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

151Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

principales actuaciones van encaminadas a crear un sistema integrado entre red de atención primaria, red de salud mental y otros recursos especializados para consolidar una red de atención especializada en adicciones, además de aprobar una cartera de servicios para esta red¹⁵².

3. Integración Social: *“Propone un modelo de atención integral y coordinada que, partiendo de las potencialidades y capacidades de cada persona, tenga como objetivo la incorporación social de la persona y el acceso y disfrute de los Derechos Sociales básicos¹⁵³”*. Se hace especial incidencia en la población reclusa, ya que en su gran mayoría, la entrada en un proceso judicial viene relacionado por la relación del usuario con las drogas.
4. Sistemas de Información: Tiene como objetivo construir *“un observatorio sobre drogodependencia con criterios de coordinación y homogenización en la recogida e intercambio de información y documentación¹⁵⁴”*. Con esto se pretende un organismo que produzca datos y que puedan ser contrastados con otros observatorios, con ello, los profesionales puedan acceder a datos relevantes para realizar su labor con mayor precisión¹⁵⁵.

4.4 *¿Con que recursos cuentan los Trabajadores Sociales para abordar esta temática?*

- *¿Con que recursos cuentan los Trabajadores Sociales **neerlandeses** para abordar esta temática?*

En los Países Bajos, las instituciones relacionadas con la adicción se financian a partir de diferentes recursos. Como regla general, reciben su financiación del

152Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

153Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

154Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

155Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes; el Ministerio de Asuntos Sociales y Empleo; el Ministerio de Seguridad y Justicia; las provincias; los municipios; las compañías de seguros de salud; fondos adicionales temporales; y fondos privados¹⁵⁶.

Cómo ya se ha mencionado con anterioridad, los principales recursos que atienden, en materia de asistencia y reinserción, a drogodependientes, provienen de las Instituciones privadas y ONG's que forman parte del National Branch Organization for Mental Health Care and Addiction Services (GGZ por sus siglas en neerlandés). Los recursos en cuanto al tratamiento y la adicción son establecidos por estas entidades, en cuanto a los objetivos diseñados por el Gobierno neerlandés en cuanto asistencia de drogodependencias para los próximos años, se hace énfasis en el *e-health interventions* tanto para el tratamiento, cómo para la reinserción de personas adictas¹⁵⁷, pero son las instituciones, junto con los gobiernos regionales y locales, los que tienen competencias para trabajar conjuntamente en la problemática.

- *¿Con que recursos cuentan los Trabajadores Sociales **argentinos** para abordar esta temática?*

Entre los recursos que el SEDRONAR establece para la atención a adicciones, aparecen¹⁵⁸:

1. Centro de Consultas y Orientación en Adicciones (CEDECOR): Proporciona asesoramiento a todas las personas que desean ser asesoradas en relación a sustancias adictivas, aunque no dispongan de ningún tipo de cobertura social. Funciona cómo un órgano de diagnóstico para la futura derivación

156Centro de investigación y Documentación y Trimbos Instituut, 2013

157Centro de investigación y Documentación y Trimbos Instituut, 2013

158 Extraído de la Pagina Web de SEDRONAR. <http://www.sedronar.gov.ar>

del demandante a la red de ayuda y tratamiento más adecuada, además de gestionar los subsidios y prestaciones a los que un drogodependiente puede acceder.

2. Grupo de contención y orientación familiar: Dirigido para familiares que acuden con una demanda en relación a un familiar con problemas de drogadicción, también atienden a amigos o personas cercanas al círculo del drogodependiente.
3. Programa Nacional de Seguimiento y Reinserción Socio-Laboral: tiene como objetivo *“brindar un abordaje específico a las personas que se encuentran realizando o han finalizado un tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas, facilitando recursos y proponiendo alternativas a su proyecto de vida¹⁵⁹”*. Con el fin de colaborar en la reinserción socio-laboral de los drogodependientes, los participantes de este programa reciben una ayuda no remunerativa y renovable de 225 pesos mensuales, durante un plazo máximo de dos años. También se incentivan económicamente los programas de capacitación en estudios formales o de oficios, microemprendimientos y prácticas laborales.
4. Centro Nacional de Reeducción Social: Esta institución tiene por objetivos la implementación de programas de integración social y la promoción de tratamientos ambulatorios, realizando acciones encaminadas a desplazar el paradigma asilar de atención en salud mental y patologías de consumo, y formular tratamientos alternativos que fortalezcan al sujeto en su singularidad y en su ámbito socio-familiar, reduciendo el padecimiento y planteando una asistencia integral en salud mental.

No obstante, aunque esta sea la oferta pública, el 90 por ciento de la atención a drogodependientes en la república de Argentina está en manos de ONGs. De acuerdo con datos oficiales *“En la actualidad funcionan 306 comunidades*

¹⁵⁹ Extraído de la Pagina Web de SEDRONAR. <http://www.sedronar.gov.ar>

*terapéuticas de internación en el país con una oferta de entre 2 mil y 3 mil camas*¹⁶⁰”

- *¿Con que recursos cuentan los Trabajadores Sociales **españoles** para abordar esta temática?*

En el I Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2005-2008) proponía una coordinación entre los diferentes recursos de la Comunidad (hay que tener en cuenta que muchos surgieron durante los años 80 para dar una respuesta a la crisis de la heroína producida durante esos años), adecuándolos a los nuevos perfiles de consumo e integrándolos en los sectores sanitarios del Servicio Aragonés de Salud. El II Plan Autonómico sigue en la misma línea y recoge los siguientes recursos para la asistencia de adicciones¹⁶¹:

1. Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA): “*Son unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que atenderán a aquellos drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos que hayan sido derivados por los Centros de Salud, Unidades de Salud Mental o los Centros de Prevención Comunitaria*¹⁶²”. Tiene importancia analizar cuales son las funciones de este recurso, debido a que hay Trabajadores Sociales en los equipos multidisciplinares que lo conforman y es el principal recurso en cuanto a asistencia y reinserción de la Comunidad de Aragón. Desde la cartera de servicios de la UASA se señalan las siguientes funciones¹⁶³:

- Información, orientación y asesoramiento tanto a los individuos implicados en conductas adictivas, como a las familias de éstos, sobre la problemática de las adicciones y sobre todos los problemas

¹⁶⁰Alarcón, C.

¹⁶¹Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

¹⁶²Dirección General de Salud Pública, 2010

¹⁶³Dirección General de Salud Pública, 2010, Op. Cit.

asociados; de salud física o psíquica, familiares, legales, laborales...

- Desarrollo de programas orientados al abandono del consumo de drogas u otras conductas adictivas mediante intervenciones individuales o grupales en diversas áreas por parte de los distintos profesionales y de forma ambulatoria.
- Planificación individualizada del proceso terapéutico: desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria.
- El diseño y desarrollo de los programas de mantenimiento con opiáceos y de reducción de daños.
- Asesoramiento a los familiares incorporándolos en el proceso terapéutico y facilitación de la permanencia en los programas.
- Intervención específica con adolescentes y jóvenes que presentan problemas relacionados con cualquier tipo de adicciones.
- Intervención continuada y seguimiento para mantenimiento de los objetivos terapéuticos.
- Apoyo al proceso de incorporación social en coordinación con los recursos sociales y las redes comunitarias. Coordinación con el resto de recursos de los niveles primario y terciario en las redes social y sanitaria.

2. Las comunidades terapéuticas: *"Son centros de rehabilitación de carácter residencial que proporcionan una atención orientada hacia la deshabituación, la rehabilitación y reinserción mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional, con objeto de facilitar la incorporación social del usuario"*¹⁶⁴. Aunque anteriormente existía la Comunidad Terapéutica pública del Frago, que pertenecía al Gobierno de Aragón, actualmente este servicio ha cerrado, y solo existe comunidades terapéuticas pertenecientes a instituciones privadas como las de Proyecto Hombre y Cruz Roja.

¹⁶⁴Dirección General de Salud Pública, 2010, Op. Cit.

3. Módulos terapéuticos en Centros Penitenciarios: Están dirigidos a problemas de conducta y adicciones entre la población reclusa, siendo los problemas de adicciones lo que ocupa el grueso de los esfuerzos de este servicio¹⁶⁵.
4. Centros de Prevención Comunitaria: "Son recursos pertenecientes a las corporaciones locales que desarrollan funciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludables¹⁶⁶". Estos centros trabajan en 5 niveles de prevención: Universal, selectiva, indicada y determinada¹⁶⁷.
5. Unidades de Corta Estancia de hospitalización psiquiátrica: Abordan la fase de desintoxicación de sustancias adictivas en régimen de internamiento hospitalario cuando el tratamiento ambulatorio es inviable¹⁶⁸, después de que el proceso de desintoxicación ha terminado se procede a derivar al usuario a una UASA.

4.5 ¿Cuáles son las principales funciones de un trabajador social en materia de adicciones?

No existe un único perfil de Trabajador Social, ya que este puede ocupar diferentes puestos dentro de la intervención en el ámbito de adicciones. Hay que tener en cuenta que las funciones del Trabajador Social variarán dependiendo del tipo de intervención o en que fase de este proceso se encuentre el usuario, así no es lo mismo la gestión de una demanda de un proceso terapéutico por parte de la familia de un drogodependiente, que la reinserción laboral de este mismo una vez que la terapia haya finalizado.

Además también encontramos una diferencia importante entre, por una parte el

165 2011, agosto 16.

166 Dirección General de Salud Pública, 2010, Op. Cit.

167 Dirección General de Salud Pública, 2010, Op. Cit.

168 Canalsalut, 2014

tipo de usuario de drogas con el que el profesional se enfrente (el toxicómano propiamente dicho que podría necesitar un internamiento, o un joven que consume esporádicamente, el cuál únicamente necesitaría orientación y/o evaluación psicológica y social)¹⁶⁹, y por otra parte, el tipo de institución en el que el profesional desempeñe su función, que podría ser una institución pública o una entidad social que trate la problemática de la drogodependencia o bien problemáticas relacionadas como vivienda, reinserción laboral, etc.

La intervención en drogodependencias es una acción que es llevada a cabo generalmente por un equipo multidisciplinar en el que se encuentran profesionales de diferentes ciencias que aportan una perspectiva más completa y profunda a la hora de manejar intervenciones.¹⁷⁰ Es aquí donde se inserta el Trabajador Social, como pieza de un equipo de profesionales donde cada uno cumple una función específica a la hora de resolver una problemática.

- *¿Cuáles son las principales funciones de un trabajador social en materia de adicciones en **Los Países Bajos**?*

El Gobierno Neerlandés ha hecho énfasis en el desarrollo e integración en los programas de instituciones especializadas en adicciones de las *e-healths interventions*. Este término acuñado por John Mitchell en 1999 hace referencia al "*uso combinado de la tecnología de la comunicación y la información electrónica en el sector de la salud ... el uso en el sector sanitario de los datos digitales - transmitir, almacenar y recuperar electrónicamente - con fines clínicos, educativos y administrativos, tanto en la entorno local, cómo a distancia*¹⁷¹". Utilizando las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICS), se puede utilizar este tipo de intervención para las labores de diagnóstico, gestión de las

169Becerra, R.M., 1999

170 Carrón y Sanchez, 1995.

171 Traducción propia de Mitchell, J. citado en Della, 2001

organizaciones implicadas en el proceso o seguimiento del usuario¹⁷². Las labores de información, asesoramiento y orientación, además de las de seguimiento que lleva a cabo el Trabajador Social con los usuarios se ven ampliamente mejoradas por este tipo de intervención, esto es porque el profesional puede acceder a un sistema de información sobre el usuario más integrado y coordinado con otros organismos con datos sobre el usuario¹⁷³.

- *¿Cuáles son las principales funciones de un trabajador social en materia de adicciones en **Argentina**?*

Me parece importante aclarar antes de continuar analizando la documentación acerca del rol del Trabajador Social, que en Argentina el adicto es considerado como un enfermo mental, por lo que el tratamiento de este se realiza desde la rama clínica del Trabajo Social¹⁷⁴.

De acuerdo con Becerra¹⁷⁵, las tareas específicas que el profesional del Trabajo Social lleva en el ámbito de las adicciones pueden clasificarse en dos: "intra-mural" (La que se desarrolla dentro de la institución) y "extra-mural" (La que se desarrolla fuera de la institución)¹⁷⁶. No obstante, además de la oferta institucional, aparece una oferta privada principalmente desde las ONG especializadas y la iglesia. De acuerdo con esta autora¹⁷⁷, el rol del trabajador social atiende a un método integrado compuesto por:

- Investigación
- Diagnóstico

172 Fundación Orange, 2006.

173 Fundación Orange, 2006.

174 Antipan, I. Y Reyes, D., 2012

175 Rosa Maria Becerra es licenciada en Trabajo Social y especializada en psiquiatría y drogadicción. Ha realizado sus funciones como Trabajadora Social en Argentina y ha sido Jefa del Centro Nacional de Reeducción Social en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

176 Becerra, R.M., 1999, Op. Cit.

177 Becerra, R.M., 1999, Op. Cit.

- Planificación
- Ejecución-tratamiento
- Evaluación

Algunos ejemplos del rol del Trabajador Social en instituciones argentinas son:

1. Centro de Evaluación y Derivación: un equipo multidisciplinar, entre los que se encuentran trabajadores sociales, realizan entrevistas a las personas que acuden con una demanda con la intención de realizar un pre-diagnóstico, elaborar un informe psicosocial, y si fuera necesario, una admisión. Esta puede darse tanto en un organismo de la red pública, cómo en una ONG prestadora de SEDRONAR por medio del Programa de Subsidios Asistenciales. Además cuentan con una serie de opciones asistenciales para dar respuesta de acuerdo a las necesidades del demandante. El trabajador social realiza en estos casos una evaluación socio-económica del caso para conocer el ecosistema del usuario¹⁷⁸.
2. Centro Nacional de Reeducción Social: El rol del trabajador social en esta institución es el de realizar diagnósticos sociales y propuestas de atención y tratamiento vinculadas, principalmente, a elementos socio-familiares y comunitarios¹⁷⁹. Debe abordar la red social del usuario con el objetivo de que ayude en su rehabilitación, se entiende por red social el "sistema-cliente", es decir, la familia del asistido con este incluido en el sistema. De esta manera la intervención, tanto investigativa y diagnóstica cómo terapéutica del trabajador social, es dirigida a la familia del asistido y tendiente hacia la red¹⁸⁰.
3. Comunidades terapéuticas: En Argentina las comunidades terapéuticas se han configurado cómo un importante elemento en la rehabilitación de adictos en el que los trabajadores sociales pueden realizar diversas

¹⁷⁸ Extraído de la Pagina Web de SEDRONAR. <http://www.sedronar.gov.ar>

¹⁷⁹ Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

¹⁸⁰ Becerra, R.M., 1999, Op. Cit.

funciones dependiendo de la Comunidad Terapéutica¹⁸¹.

Por último, es interesante referirnos a la diferenciación que realiza Becerra¹⁸² de la actitud asumida por los agentes de la acción directa en Argentina, entre los que se encuentran los trabajadores sociales. Según esta autora, existen dos actitudes que un trabajador social argentino puede tomar respecto a la problemática de las drogas:

1. Actitud conformista: Entre esta actitud estarían los que no ponen en duda los valores ni la sociedad, negando la existencia de un problema global. Defienden el concepto de inadaptación social, proponiendo la reintegración social como finalidad de la rehabilitación y el desarrollo de la información como método preventivo¹⁸³.
2. Actitud radical: Consideran la etilogía de problema, desarrollando una perspectiva ecológica. Entienden que la relación entre las drogas y los jóvenes está influida por las condiciones sociales de estos y ponen en duda la idea de reintegración social, proponiendo modelos alternativos para que el joven logre un equilibrio interior¹⁸⁴.

- *¿Cuáles son las principales funciones de un trabajador social **español** en materia de adicciones?*

Los Trabajadores Sociales aragoneses pueden realizar su labor en diferentes servicios orientados a la prevención, asistencia y reinserción:

181 Becerra, R.M., 1999, Op. Cit.

182 Becerra, R.M., 1999, Op. Cit.

183 Becerra, R.M., 1999, Op. Cit.

184 Becerra, R.M., 1999, Op. Cit.

- Centros de Prevención Comunitaria: Trabajan estrechamente con los Servicios Sociales Comunitarios para impulsar la Red de Centros de Prevención Comunitaria. Los Trabajadores Sociales desempeñan funciones relacionadas con la información y la orientación, y orientados hacia la educación para la salud. También tienen su función en la formación y asesoramiento de profesionales en materia de adicciones.
- Centros de Servicios Sociales: Además de los centros de atención primaria sanitaria, en los centros de Servicios Sociales se pueden detectar conductas adictivas. También el Trabajador Social puede gestionar demandas de amigos y familiares para posteriormente realizar una derivación a un servicio especializado en adicciones.
- Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA): Estas unidades están formadas por un equipo multidisciplinar formado por médico, enfermero, psicólogo, trabajador social y auxiliar administrativo. Estos profesionales realizan un abordaje biopsicosocial de los usuarios¹⁸⁵.

4.6 ¿Existe coordinación entre instituciones públicas y los actores sociales en materia de adicciones?

Entendiendo instituciones públicas cómo *"Cada una de las organizaciones fundamentales de un Estado"*¹⁸⁶ y actor social cómo el *"sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias"*¹⁸⁷ se va a intentar dibujar la relación entre estos dos agentes por su importancia en la provisión de servicios que cubran necesidades sociales.

¹⁸⁵Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y consumo, 2010, Op. Cit.

¹⁸⁶Definición extraída textualmente del diccionario de la Real Academia Española.

¹⁸⁷ En referencia a Alain Touraine, 1984

Partiendo de que se ha identificado cómo instituciones públicas a los Administraciones Públicas de Argentina, España y Países Bajos, se encuentra más problemática la identificación y caracterización de actores sociales en ambos países. De acuerdo con Crozier y Friedberg, que analizaron la posición de estos actores en el sistema, los consideran cómo *“un grupo de intervención, tal que percibe a sus miembros como productores de su historia, para la transformación de su situación”*¹⁸⁸. Según estos autores, *“el actor se ubica como sujeto colectivo, entre el individuo y el Estado. En dicho sentido es generador de estrategias de acción (acciones sociales), que contribuyen a la gestión y transformación de la sociedad”*¹⁸⁹, se pone de manifiesto que los actores sociales son considerados desde una visión historicista de la sociedad humana, donde el conflicto social es el motor de cambio y la sociedad es parte de un sistema social no reglado donde los actores sociales ejercen su acción¹⁹⁰.

Obviamente para continuar con la investigación habría que identificar cuales son los actores sociales. Este proceso de identificación puede realizarse de manera inductiva (Por medio de una investigación empírica) o de manera deductiva (a partir de una reflexión teórica) *“considerando que los actores involucrados son todos aquellos que tiene responsabilidades o resultan beneficiados o perjudicados por la configuración actual de la situación, o porque tendrán responsabilidades, beneficios o perjuicios en las distintas configuraciones futuras posibles”*¹⁹¹.

- *¿Existe coordinación entre instituciones públicas y los actores sociales en materia de adicciones en **Los Países Bajos**?*

La GGZ nederlands (*Dutch Association of Mental Health and Addiction Care*) y el

188Crozier, M. y Friedberg, E., 1977

189Crozier, M. y Friedberg, E., 1977, Op. Cit.

190Crozier, M. y Friedberg, E., 1977, Op. Cit.

191Kullo, D. y otros

Gobierno neerlandés mantienen un flujo constante de información por medio del Sistema Nacional sobre Drogas y alcohol (LADIS por sus siglas en neerlandés) y en el que se recopila información acerca de los usuarios, sus tratamientos, perfiles de consumo, estadísticas, etc¹⁹². Como se ha mencionado con anterioridad, las instituciones de la GGZ intervienen en la asistencia a drogodependientes en el marco legal establecido por la *Opiumwet* (ley del opio de 1976 con sus respectivas modificaciones). Cada Gobierno Regional y Local tiene competencias en la intervención en cuanto al ámbito de las drogadicciones. La política de drogas en el ámbito local, que debe cumplir con las directrices nacionales, es coordinada entre el alcalde, el fiscal jefe y el jefe de la policía, en las denominadas consultas tripartitas¹⁹³.

- *¿Existe coordinación entre instituciones públicas y los actores sociales en materia de adicciones en **Argentina**?*

En Argentina, Kullock, D. identificó los actores sociales agrupándolos en¹⁹⁴:

- ✓ las **organizaciones comunitarias** de base, que son la forma asociativa más representativa de los habitantes, y en las cuales las actividades se focalizan en el mejoramiento de las condiciones de vida existentes (clubes de madres, asociaciones de jóvenes, asociaciones de padres, y otras).
- ✓ las **juntas vecinales**, que constituyen la organización representativa de un sector ante las autoridades administrativas competentes, y se ven así encargadas por el poder político, de las negociaciones entre el sector público y los habitantes.

192Centro de investigación y Documentación y Trimbos Instituut, 2013

193Extraído de la Website de la EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Netherlands>

194Kullock, D., 1993, Op. Cit.

- ✓ las **organizaciones no gubernamentales (O.N.G.)** , que defienden ciertos derechos de los habitantes (de carácter humanitario, económico, cultural o político), y se constituyen en grupos de presión ante las instancias involucradas.
- ✓ los **grupos de presión** de carácter coyuntural, que se caracterizan por su existencia transitoria en relación con un problema limitado en su extensión y en el tiempo.
- ✓ las **agrupaciones políticas**, que defienden a sus afiliados sobre la base de valores ideológicos (construcción teórica de la sociedad y de su evolución) dando lugar a acciones tendientes a hacer evolucionar a la organización social en relación con sus valores y con los fines defendidos.
- ✓ los **emprendedores**, que son individuos o asociaciones que gerencian el desarrollo e implementación de los proyectos y/o emprendimientos, motivo de las EIA, y que defienden sus intereses de grupo (maximizar sus beneficios).
- ✓ los **propietarios de bienes raíces**, que son los poseedores de parcelas y de los inmuebles potencialmente afectados.
- ✓ los **agentes inmobiliarios**, que operan en el mercado de las propiedades urbanas y rurales.
- ✓ el **sector financiero**, (banca hipotecaria, mutuales, cooperativas de crédito y de ahorro, banca comercial); que juega un rol de intermediación del crédito ante el público.

- ✓ el **sector público**, que son los operadores principales en materia de planificación, programación, gestión, supervisión y fiscalización; que tienen en principio la función de implementar las reglamentaciones y propender al bien común.
- ✓ los **sindicatos**, que tienen por objetivo la defensa de los intereses económicos y sociales de los trabajadores incluidos en un mismo rubro de actividades productivas.

Obviamente no todos estos actores sociales están involucrados en el ámbito de las drogas, a partir de mi experiencia en argentina y la reflexión bibliográfica posterior que he realizado, he podido identificar los actores sociales que tienen relación con el tema que se esta abordando.

- Las ONG's y entidades de bien público que trabajan directa o indirectamente con la problemática de las drogas. Cabe destacar la Federación de Organismos No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas (FONGA), que opera a nivel Nacional.
- Las Organizaciones Comunitarias, que surgen cómo asociaciones para dar respuesta a una problemática, cómo los colectivos de jóvenes. También destacan Red de madres contra el paco y por la vida, un colectivo que ha tenido mucha repercusión a nivel nacional.
- Las juntas vecinales, que también juegan un papel muy importante, sobretodo en los barrios más afectados por el consumo de droga.

- *¿Existe coordinación entre instituciones públicas y los actores sociales en materia de adicciones en **España**?*

Cómo se ha mencionado con anterioridad, los diferentes planes, estrategias y leyes establecen una coordinación y cooperación a nivel europeo, nacional y comunitario en aspectos como la gestión de la información y la elaboración de estadísticas y datos sobre el consumo. Por otra parte, las Administraciones a nivel nacional, comunitario y local se ha propuesto una coordinación por parte de la planificación de la prevención, asistencia y reinserción de drogodependencias, organizada:

1. Grupo Interministerial del Plan Nacional Sobre Drogas. Coordina a los Departamentos de la Administración General del Estado¹⁹⁵.
2. Conferencia Sectorial del Plan Nacional Sobre Drogas. Coordina a la Administración General del Estado y a las Administraciones Autonómicas¹⁹⁶.
3. Comisión interautonómica de la Conferencia Sectorial del Plan Nacional Sobre Drogas. Órgano delegado de la Conferencia¹⁹⁷.

También se ha planteado el trabajo cooperativo e integrado entre instituciones públicas y privadas, y actores sociales que tengan relación con la problemática.

¹⁹⁵Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

¹⁹⁶Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

¹⁹⁷Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

5. ANÁLISIS DE DATOS

5.1 Problemas del trabajo de campo

Aunque en un principio se pretendió realizar un mínimo de 2 entrevistas en cada contexto, por diferentes causas y barreras a la hora de encontrar profesionales que quisieran colaborar con la investigación solo se han podido realizar 2 entrevistas en España, una en Argentina y otra en Holanda. Los profesionales entrevistados ejercen su labor en:

España:

- UASA del Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones, perteneciente al Ayuntamiento de Zaragoza. Anexo 4.

- UASA de Cruz Roja (Zaragoza). Anexo 5.

Argentina:

- Fundación Sol (Ciudad de Córdoba). Esta entrevista no pudo ser realizada en persona y tuvo que realizarse vía email, por lo que realizar una entrevista semiestructurada fue imposible y se sustituyó por una entrevista de preguntas cerradas. Anexo 6.

Países Bajos:

- Tactus (Hengelo). Esta entrevista fue realizada íntegramente en inglés, por lo que se ha realizado una traducción al castellano de la misma. Hay que tener en cuenta que el inglés no es el idioma materno ni del entrevistador, ni del entrevistado, lo que ha limitado la realización de la entrevista. Anexo 7.

5.2 Análisis de Datos

Debido a la extensión de los datos obtenidos, se ha precedido a realizar un análisis de los aspectos más importantes de los temas tratados en las entrevistas, y que influyen en el rol del Trabajador Social.

Perfiles de consumo

La población de estos 3 países presentan una evolución de los patrones de consumo que condiciona la actuación de los Trabajadores Sociales. Así por ejemplo, la suministración de drogas por vía intravenosa ha sido en países como España y los Países Bajos una larga tradición que ha marcado, y continua marcando, el diseño de programas.

Muchos de los recursos y servicios que las diferentes instituciones y entidades públicas han creado han ido orientados en un principio a prevenir la crisis de la heroína de los años 70 y 80. Un ejemplo de esta situación es la creación del CMAPA en el año 1985. también se puede citar lo que la trabajadora social de la UASA de la Cruz Roja dice al respecto:

"la UASA de Cruz Roja tiene más de 10 años, al principio este centro estaba más especializado, y sobretodo se dirigía a pacientes con adicción a heroína, tratados con medicación, con metadona" (Trabajadora Social UASA Cruz Roja)

No obstante aunque en ambos países el tratamiento de la heroína sea un tema importante en la agenda de las instituciones especializadas en adicciones, nuevos patrones de consumo están preocupando a los profesionales que trabajan en adicciones. En España, el aumento de prevalencias de consumo de hipnosedantes es un tema que preocupa a Gobierno y profesionales:

“Hay quien consume sustancias tóxicas incluso recetadas médicamente, cómo por ejemplo el tranquimazin, el tranzilium, las benzodiazepinas (...) hay veces que desde los centros de salud no se realiza el seguimiento que quisieran para que ese tratamiento que en principio no ha de ser crónico, sino algo temporal, sino que se lleve bien por parte del paciente con una supervisión del médico, que no sea solo recetar y vuelta a recetar y continúe con el consumo de este fármaco por los siglos de los siglos” (Trabajadora Social UASA Cruz Roja)

En los Países Bajos, el aumento de consumo de éxtasis y cocaína es uno de los temas más importantes que aparecen en la agenda política de los Gobiernos Regionales y Locales. También entra en la agenda política de este país la regulación de los Caffé-shops con el objetivo de acabar con el “turismo de la droga”.

En cuanto a Argentina, desde la crisis de 2001 donde se produjo un incremento muy notable del consumo de pasta Base, muchas intervenciones en prevención y asistencia han ido orientadas a este perfil de consumidores. No obstante, los tranquilizantes y la marihuana son tercera y cuarta sustancia más consumida en este país, y los esfuerzos de los profesionales van encaminados a la intervención frente a estas sustancias.

Coordinación

A nivel Europeo existe una coordinación establecida por la Estrategia Europea sobre Drogas 2013-2020, y tanto los Gobiernos de los Países Bajos cómo España tienen planes nacionales, regionales y locales que establecen coordinación entre los diferentes poderes administrativos. Ahora bien, existen diferencias en cuanto a las competencias que tienen los Gobiernos Regionales y Locales de ambos países para abordar la problemática.

A partir de los datos de ambas entrevistas se puede concluir que tanto

instituciones públicas, cómo diferentes agentes sociales (ONG's, instituciones privadas, asociaciones, etc.) están en constante coordinación a la hora de realizar intervenciones. Además de tal coordinación surgen sistemas de información que recopilan datos acerca de patrones de consumo, profesionales especializados en la problemática, programas, usuarios, y otros indicadores que facilitan que se trabaje en un sistema de información coordinado de atención a las adicciones.

En el caso de Argentina, aunque a nivel internacional las actuaciones en esta materia están coordinadas con otras instituciones cómo la ONUDD y la CICAD, y a nivel nacional el Plan federal establece una declaración de intención para que exista una coordinación entre Órganos de la Administración y Entidades Sociales, en la práctica no existe una coordinación completa entre los diferentes actores sociales especializados en adicciones, por lo que la red de servicios asistenciales está fragmentada, lo que lleva a diferentes actores sociales (vease ONG's, juntas vecinales y Organizaciones Barriales) a trabajar al margen del Estado creando una red propia para satisfacer las necesidades de la población.

"Nuestra organización está inserta en la FONGA¹⁹⁸, que engloba a las organizaciones que trabajan en nuestro ámbito y con algunas de ellas existe una colaboración mutua, también trabajamos a nivel provincial con el Colectivo de Jóvenes de Córdoba. A nivel de instituciones públicas, si bien es cierto que parte de la financiación de la entidad se debe a la obra social de los usuarios, financiada por OSECAC¹⁹⁹, la relación con el Gobierno es mínima ya que no compartimos su perspectiva en cuanto al tratamiento de la problemática de la drogas y del adicto" (Trabajador Social Argentina)

También se echa en falta la construcción de Planes Regionales y Locales que establezcan objetivos y líneas de actualización. Si bien en la Secretaría en Prevención y Asistencia de las Adicciones (SEPADIC) de la Provincia de Córdoba se está diseñando un Plan municipal sobre adicciones que establezca planes

198El entrevistado hace referencia a la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la prevención y el tratamiento del abuso de drogas.

199Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles

programas y proyectos en materia de adicciones, aún está en construcción.

Legislación

En el caso de España, ambas profesionales coinciden en que la legislación en materia de adicciones en España y en especial en Aragón respondía a las necesidades de la población.

“la ley que hay en drogas en materia de prevención y asistencia de drogodependientes, esta muy bien, la ley no me parece mal, lo que pasa es que luego eso se tiene que traducir en recursos que posibiliten que esa ley se pueda llevar a cabo” (Trabajadora Social UASA CMAPA)

No obstante, ambas añadían que sería importante seguir invirtiendo en recursos, siendo la Trabajadora Social de Cruz Roja la que incidía en:

“la reducción de recursos en el área asistencial y sanitaria y con el auge de enfermedades de carácter psiquiátrico y la prescripción de fármacos, nos encontraremos, por no invertir en personal, en programas, pues nos encontraremos con más pacientes adictos a sustancias cómo las benzodiazepinas, que los que nos podamos encontrar ahora, y eso, si se reconoce” (Trabajadora Social UASA Cruz Roja)

En cuanto en el caso de los Países Bajos, la Trabajadora Social analizó que la política del Gobierno Neerlandés va orientada hacia la reducción de daños, intentando evitar el conflicto social que surge entre drogodependientes y población en general con las problemática relacionadas a la drogadicción, cómo por ejemplo robos, la aparición de un mercado negro, jeringuillas usadas y abandonadas en zonas públicas, etc.

“pero sólo existe por el hecho de mantener a estas personas adictas fuera de las calles y ofrecerles un lugar seguro para usar drogas. Los Países Bajos están muy lejos en esto, en comparación con otros países en los que casi todas las drogas son ilegales. Los Países

Bajos también son famosos por su política de drogas. Siempre hay un gran debate sobre esta política, pero la vista del gobierno holandés es que, si se legalizan las drogas, hasta cierta medida, va a reducir el mercado negro, reducir la delincuencia y mantener a los adictos fuera de las calles” (Trabajadora Social Países Bajos)

En cuanto a Argentina, la legislación de tolerancia cero que pena con cárcel el consumo propio es criticada por el entrevistado. Además, opina que crea otros problemas cómo la estigmatización del drogodependiente o la ocultación de la problemática:

“Muchos casos de sobredosis no se contabilizan porque en este país es ilegal morir por la droga, los propios médicos no dicen que una sobredosis, o un ataque cardíaco es por droga porque ya tendrían que llamar a un fiscal y dar explicaciones ante un juzgado. Esto es un tema muy importante aca porque al final lo que genera es una ocultación de la problemática y dificulta a los profesionales que accedamos a estadísticas reales” (Trabajador Social Argentina)

Rol del Trabajador Social

El rol del Trabajador Social en los tres países analizados puede realizar su papel tanto en las tareas de asistencia y reinserción, cómo en las de prevención. Lo que si que es cierto es que el enfoque que la institución u organismo donde trabaje el profesional condicionará el papel que este realice de cara a los usuarios.

Por una parta en el CMAPA, el rol del Trabajador Social es el siguiente:

“mi rol es atender la problemática social de la persona (...) cuando una persona viene, el primer contacto con ella es lo que denominamos acogida, cuando una persona viene y te cuenta un poco en cómo es la demanda, a ver en que momento esta y luego empieza una fase de valoración medica, psicológica y social para ver las necesidades de la persona, establecer un plan de trabajo con esa persona, unos objetivos de trabajo, y ya se incorpora a terapia individual o grupal o algún otro programa que tenemos complementario” (Trabajadora Social CMAPA)

En cuanto a la UASA de Cruz Roja:

"Cómo Trabajadora Social, me encargo de la primera entrevista, de informar a los paciente de que tipo de centro es este, de quienes constituimos el equipo terapéutico, de las posibilidades que tiene el paciente de que su tratamiento evolucione más rápido o menos rápido en función de su voluntad (...) En cuanto a los pacientes, yo me encargo de la información y de recoger su historia social, sus datos de identificación. Para ello hago una entrevista, en profundidad de primeras en la que observo escucho, solicito al paciente que me hable de sus situación familiar, de su situación laboral, de su situación estudiantil, de su situación y relación de pareja, de relación en el entorno, con amigos, y después de esa primera entrevista, lo que hago es pasar o dar cita con los otros dos compañeros para que ellos desde su ámbito, desde la psicología, la medicina, o biología, pues también hagan esa primera observación y valoración y entre los tres hagamos un diagnóstico de porque esa persona es consumidora y cómo podemos reducir el consumo o incluso llegar a la abstinencia y mantenerse en el tiempo...abstinente" (Trabajadora Social UASA Cruz Roja)

En cuanto a Argentina, se hace referencia a:

"Tratamos a los pibes en varios módulos de acuerdo a su edad y problemática. Por ello lo primero que hacemos es identificar la demanda de los jóvenes, ya que cada usuario tiene una relación diferente con la droga, y de ahí se derivan al modulo que más les convenga. Hay que contar con dos módulos diferenciados por su enfoque: Uno que parte de la perspectiva de la reducción de daños y otro desde la perspectiva de protección de derechos. En cada módulo hay un equipo multidisciplinar que se encarga, primero de realizar las primeras entrevistas, para realizar la admisión y elaborar un diagnóstico. Yo cómo trabajador social, realizo una labor de acompañamiento de los jóvenes en su proceso de recuperación, además también realizo acciones de intervención comunitaria dentro de barrios más conflictivos" (Trabajador Social Argentina)

La trabajadora social neerlandesa hace referencia en la entrevista a la actitud del trabajador social cuando ejerce su rol. Las experiencias del profesional con otros usuarios pueden crear actitudes negativas hacia futuros usuarios, por lo que hay que intentar tener en todo momento una actitud profesional:

"En mi trabajo tengo que estar a preparada para todo tipo de situaciones con los clientes, y también tengo escuchar a los usuarios, sin ser crítico. Y cuando las cosas van mal, hay que mantener una actitud positiva y no dejarse llevar por un error o una experiencia negativa pasada. Como trabajadora social, se puede encontrar algún tipo de agresión, personas que mienten, roban y hacen todo lo posible para conseguir drogas. Esta es la realidad que hay que enfrentar. La pregunta es ¿puede mostrar el cliente cualquier otro comportamiento? Puesto que él o ella es un adicto y hará cualquier cosa para conseguir su dosis" (Trabajador Social Países Bajos)

En cuanto a su labor cómo trabajadora social expone:

"Mi función es la de orientar (a los usuarios) y tratar de reducir las prácticas de riesgo potenciales. Tengo que enseñarles técnicas de control y tratar de evitar las recaídas. También realizo un seguimiento a lo largo del proceso" (Trabajador Social Países Bajos)

También habla de su función en los programas relacionados con las adicciones a opiáceos.

"La función del trabajador social en esta historia es asegurarse de que los clientes logren un ambiente seguro, y que pueden usar agujas limpias para inyectarse la heroína y metadona bajo una vigilancia estricta" (Trabajador Social Países Bajos)

También hay que mencionar la labor del Trabajador Social en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA. Este rol aparece en los tres países analizados, ya sea por programas de concienciación y sensibilización, programas de intercambio de jeringuillas o charlas sobre practicas sexuales seguras²⁰⁰.

200 A partir de la información en las entrevistas, mirar anexos y la información fruto de la revisión bibliográfica.

6. REFLEXIÓN FINAL

El trabajo social es una profesión que *“promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el trabajo social”*²⁰¹. Sabiendo esto, la labor que realice el profesional del Trabajo Social en el ámbito de las adicciones tiene que ir encaminado hacia el bienestar, tanto del usuario como de la sociedad. Es por eso que el Trabajador Social, con su labor, actúa como agente de cambio al seguir un sistema de valores que guían su actuación. Al hacer frente a las necesidades humanas y al desarrollar el potencial humano, el trabajador social no solo tiene un compromiso con el individuo sujeto de su intervención, sino que, también tiene un compromiso social con la familia de este y la comunidad donde vive, porque la problemática de las drogas no es una problemática en sí, sino que es el fruto de diferentes problemáticas de índole biopsicosocial que afectan al individuo, y que legitiman la intervención del trabajador social a otros niveles, para que la intervención a nivel de usuario sea efectiva, eficiente e íntegra.

Es por esto que el Trabajador Social tiene que confiar en el potencial del usuario como sujeto activo de su propia recuperación. No obstante también la sociedad juega un papel importante en la prevención, asistencia y reinserción de drogodependientes. Así pues, cuanto más positiva sea la actitud de la sociedad frente a la problemática, menos ocultación se dará y mejor será la prevención

²⁰¹Definición de Trabajo Social de acuerdo a la Federación Internacional de Trabajadores Sociales

cuando la sociedad está sensibilizada con ideas claras y concisas acerca del fenómeno.

También hay que mencionar el papel que han jugado algunos recursos, cómo los Centros de Consumo, y diferentes programas, cómo los programas de intercambio de jeringuillas o los programas de mantenimiento de metadona. Que desde un enfoque de la reducción de daños, han reducido la problemática, tanto a nivel usuario, cómo a nivel comunidad. A nivel usuario porque daban una respuesta a la situación personal de los usuarios. Por otra parte, se minimizaban problemáticas del consumo problemático que afectaban a la comunidad tales cómo robos, jeringuillas abandonadas en espacios públicos, etc. y que creaban actitudes negativas entre la comunidad.

La comunidad se organiza en muchas ocasiones con el objetivo de dar una respuesta a una problemática. En Argentina se puede observar como la sociedad civil organizada tiene un papel fundamental en el entramado social cómo proveedora de servicios y prestaciones hacía la problemática de las adicciones. Así pues, las asociaciones barriales cobran su importancia dentro de la comunidad al organizarse fuera de la red estatal para atender las problemática. Un ejemplo es la organización de Madres contra el Paco que empezaron en la Ciudad de Buenos Aires y que han creado una red a nivel nacional que busca capacitar a madres de jóvenes consumidores para prevenir el consumo de Paco en la villas de emergencia, y saber cómo actuar frente a una adicción.

El trabajador social tiene un papel en estas organizaciones, ya que, los valores que deben orientar a cualquier trabajador social van en consonancia con este tipo de iniciativas que buscan un cambio hacia una sociedad más justa y basándose en los Derechos Humanos y en la Justicia Social (principios básicos en la escala de valores de la profesión). Por ello, el profesional del Trabajo Social debe de impulsar la creación de este tipo de redes entre la sociedad civil ya que dan una

respuesta a la problemática conociéndola de cerca.

Por último, hablar de que las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) están revolucionando la manera en la que se entiende la relación entre profesional y usuario. Estamos ante una nueva etapa en cuanto a cómo el profesional interviene y con que herramientas cuenta para ello. Las TIC's suponen un mayor acceso a base de datos, lo que conlleva que el profesional cuente con más información acerca del usuario, y además se promueve una mayor coordinación e información entre diferentes niveles de la Administración al contar con datos estadísticos sobre patrones de consumo, o percepciones frente a una sustancia (por nombrar algunas).

Además el trabajador social, a la hora de realizar intervenciones en prevención asistencia o reinserción, se nutre de herramientas fruto de las TIC's tales como las redes sociales, paginas web, telefonía móvil, aplicaciones, etc, que promueven la participación entre diferentes segmentos de población que serían más difícilmente accesibles si no fuera por tales medios. De acuerdo con la Asociación Epsilon, *"las TIC suponen una nueva herramienta en la intervención en drogas y adicciones, ya que facilitan la difusión de información sobre drogas, consumos, adicciones, riesgos, medidas de protección, programas de prevención, asistencia y reinserción, actuaciones de las administraciones públicas y de las entidades sociales..., a los distintos colectivos que conforman la estructura social incluidos adolescentes y jóvenes, en su propio contexto vital (domicilio, trabajo, centro educativo...)"*²⁰² No obstante, siempre hay que tener en mente que información se quiere difundir, y cómo, evitando información errónea o manipulada.

Estas nuevas herramientas suponen un nuevo horizonte en la asistencia de la problemática, pero siempre hay que tener en cuenta que no es un remedio milagroso para todos los problemas y que deben de ser usadas por profesionales

202 Asociación epsilon, 2009.

formados y capacitados, que realicen una evaluación y autocrítica de cómo se están utilizando tales mecanismo y si están dando los resultados esperados.

BIBLIOGRAFÍA

Alain Touraine (1984). *El retorno del actor, ensayo de sociología*. Paris:Editorial Fayard.

Andrés, M. y Hernández, T. (1998). Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas. Formación de grupos de ayuda mutua entre drogodependientes y apoyo paritario. Madrid:Fundación de Ayuda a las Toxicomanías de Cruz Roja Española

Argentina, Observatorio Argentino de Drogas. (2010). Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Buenos Aires:Autor.

Argentina, Observatorio Argentino de Drogas. (2010). Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004 – 2010. Buenos Aires:Autor.

Argentina, Secretaria en Coordinación en Prevención y Asistencia de las Adicciones. (2010). Hacia un plan Municipal sobre adicciones. Córdoba:Autor.

Argentina, Secretaria de la Programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico. (2012). Plan federal de prevención integral de la drogadependencia y de control del tráfico ilícito de drogas. Buenos Aires:Autor.

Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Programa general residencia

interdisciplinaria en salud mental. Buenos Aires:Autor.

Bavin, F. (2012). Ante una nueva legislatura en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 37 (II), 141-146.

Becerra, R.M. (1999). Trabajo Social en Drogadicción. Buenos Aires:Editorial Lumen/Humanitas.

Carrón, J. Y Sánchez, L. (1995). Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes. Madrid:Grupo interdisciplinar sobre drogas.

Castilla, M.V., Olsen, M.C. Y Epele, M.A. (2012). Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires , Argentina. *Revista Antípoda*, 14, 209-229.

Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.

Blanken, P., Hendricks, V., van Ree, J. y van den Brink, W. (2010). Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*.

Boron Atilio, A. (2004). *Prólogo*. En Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005) *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología* (PP. 13-187). Buenos Aires, Argentina: CLACSO, Colección Campus Virtual.

Burillo-Putze, G., Climent, B., Echarte, J.L. Et al. (2010). Drogas emergentes: las Smart drugs. [versión electrónica] *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2 (34).

Crozier, M. y Friedberg, E. (1977). *El actor y el sistema*. Paris:Seuil.

Del Olmo, R. (1989). Drogas: Distorsiones y realidades. *Revista Nueva Sociedad*, 102, 81-93, Julio-Agosto 1989.

EU, General Secretariat of the Council. (2013). European Union drug strategy, 2013-2020. Bruselas:Autor

España, Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. (2010). II Plan Autonómico sobre drogodependencia y otras conductas adictivas, 2010-2016. Aragón:Autor.

España, Gobierno de Aragón, ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias. *Boletín Oficial de Aragón*, 43, 11 de abril.

España, Gobierno de Aragón, Dirección General de Salud Pública. (2010). Recursos en Atención a Drogodependencias. Aragón:Autor

España, Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2009). Estrategia Nacional sobre Drogas, 2009-2016. Madrid:Editor

España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2013). Encuesta Estatal Sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Madrid:Autor.

España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2012). Informe Nacional 2012

(datos del 2011) al OEDT por el Punto Focal Nacional REITOX. Madrid:autor.

Fundación Orange. (2006). Informe anual sobre el desarrollo de la Sociedad de la información en España. Madrid:autor.

Galante A., Rossi D., Goltzman P., Pawlowicz M.P. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. Revista *Escenarios*, 14, 113-121, Noviembre 2009.

Goodman, A. (2009). *Social work with drug and substance misusers*. Glasgow,UK:Learning Matters

Kooymann, M. El impacto de las políticas de drogas en los Países Bajos. Artículo a partir de la ponencia presentada en la XXI Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas. Melbourne, Australia.

Kullock, D. Y otros (1993). *Planificación Participativa y Hábitat Popular*. Buenos Aires

Martín Palomo, M. T., Miranda López, M. J., Vega Solís, C. (2002). Nuevos y viejos elementos en el debate de las drogas. *Revista política y sociedad*, 2 (39), 399-414.

Morales, H.A. (2009). El consumo de Paco en la Argentina. [Versión electrónica] *Revista electrónica de Psicología Política*, 21.

Oficina de Naciones Unidas contra la droga. (2008). Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre drogas en la subregión.

Países Bajos, Ministerio de Sanidad, Educación y Deportes. (1995). La política Holandesa de la Droga. La haya:autor

Países Bajos, Ministerio de Seguridad y Justicia. Centro de investigación y Documentación y Trimbos Instituut. (2013). The Netherlands Drug Situation 2013. La Haya:Autor

Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Revista Polis*, 2 (4), 157-186.

Soriano, R. y Dorado, M. (2000). VIH/SIDA y reducción de daños entre usuarios de drogas inyectables. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 8 ,231-257.

Tiberio Álvarez, T. (1980). Algunas Historias en la Historia del Opio. *Revista Col. Anest.* 8, 196.

Vallee, B. (2008). *El alcohol en el mundo accidental*. Ed. Proyecto Iberoamericano de Divulgación Científica. Investigación y ciencia.

Valverde, L. (1996). *Estrategias de intervención del Trabajo Social en la farmacodependencia*. *Revista de Ciencias Sociales*, Septiembre, 73-74.

Van Kalmthout, A. M. (1988). Aspectos de la política Holandesa en materia de drogas. *Eguzkilore, Cuaderno del Instituto Vasco de criminología*, 2, 87-106.

Verhoeven, N. (2011). *Doing Research. The how's and why's of applied research*. La Haya, Países Bajos: Eleven International publishing.

WEBGRAFIA

Alarcón, C. *El castigo cómo un tratamiento*. Recuperado de *Página 12* el 10/04/2014 de:

<http://www.pagina12.com.ar/1998/98-03/98-03-29/pag23.htm>

Antipan, I. Y Reyes, D. (2012). *El Trabajo Social en la Salud Mental: ¿Un Trabajo Social Clínico?*. Recuperado el 13/05/2014 de:

<http://dns.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000447.pdf>

Asociación Epsilon (2009). *El uso de las nuevas tecnologías en la intervención en drogodependencias*. Recuperado de *Revista de la Asociacion Épsilon* el 10/06/2014:

<http://www.drogasinformate.org/interrogantes/2009/09/06/el-uso-de-las-nuevas-tecnologias-en-la-intervencion-en-drogodependencias/>

Canadá, Bélgica y Holanda son los mayores productores de éxtasis. (22/08/2012). Recuperado de *Terra* el 22/03/2012:

<http://www.terra.com.co/actualidad/articulo/html/acu14305.htm>

Corrêa de Carvalho JT. (2007), *Historia de las drogas y de la guerra de su difusión*. Recuperado el 16/03/2013 de *Noticias Jurídicas*

<http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html>

Centros de desintoxicación para acceder a la libertad condicional. (16/08/2011). Recuperado el 01/06/2014 de *El Periodico de Aragón*:

http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/temadia/centros-desintoxicacion-acceder-libertad-condicional_694292.html

España continúa entre los mayores consumidores de cocaína y cannabis de la Unión Europea. (2013, 28 de mayo). Recuperado de RTVE el 06/08/2013

<http://www.rtve.es/noticias/20130528/espana-continua-entre-mayores-consumidores-cocaina-cannabis/673960.shtml>

Della Mea, V. (2001). What is e-Healt: The death of telemedicine. *Journal of Medical Internet Research*, 2. Recuperado el 10/06/2014 de:

<http://www.jmir.org/2001/2/e22/>

Generalitat de Catalunya, CanalSalut. (2014). *La red asistencial de recursos de atención a las drogodependencias*. Barcelona: Autor. Recuperado el 03/06/2014 de:

http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=cc35ed1244d63410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cc35ed1244d63410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&newLang=es_ES

Países Bajos, Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes. Recuperado el 19/08/2013

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/drugs/drugsgebruik-en-verslavingszorg>

Proyecto Hombre. (17/06/2013). *Estrategia sobre Drogas 2013-2020 de la Unión*

Europea. Recuperado el 20/05/2014 de:

<http://www.proyectohombrevea.org/estrategia-sobre-drogas-2013-2020-de-la-union-europea/>

Muñoz Contreras, F. *El trabajador social en drogodependencias: un traje a la medida, para nuestra disciplina, ética y quehacer*. Recuperado el 29/07/2013 de la pagina oficial del Colegio de Trabajadores Sociales de Chile.

<http://www.trabajadoressociales.cl/provinstgo/articulos.php>

TACTUS. Recuperado el 22/08/2013

http://www.tactus.nl/faqmiddelen/index/details/content_id/F0989708-C259-479C-8769-8D2F76D68579

